

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

ŞİZOFRENİ HASTALARININ PRİMER BAKIM
VERİCİLERİNDE YÜK, TÜKENMİŞLİK VE BAŞETME

NİLÜFER GÖK
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ

AYDIN-2022

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitimimin ve tez çalışmamın her aşamasında bilgisini, deneyimini, yardım ve desteğini benden hiçbir koşulda esirgemeyen, her durumda bana zaman ayıran, beni sabırla ve anlayışla yönlendiren her zaman örnek alacağım tez danışmanım değerli hocam Sayın Prof. Dr. Hülya ARSLANTAŞ'a,

Tez çalışmamda araştırmaya katılmayı kabul eden tüm hasta yakınlarına,

Çalışmamın istatistiksel değerlendirme aşamalarında bilgi ve destekleri için Serhat MEYDAN ve Hakan ÖZTÜRK'e,

Eğitim sürecim boyunca tüm sabır ve emekleri için Prof. Dr. Fatma DEMİRKIRAN, Dr. Öğr. Üyesi Hatice ÖNER ve Dr. Öğr. Üyesi Mehtap KIZILKAYA' ya,

Candan arkadaşlıkları, emekleri ve destekleri için Arş. Gör. Rüveyda YÜKSEL, Gülçin UZUNOĞLU ve İlkay ARABACIOĞLU' na,

Her daim desteklerini esirgemeyen, beni bugünlere getiren sevgili annem Nurcan GÜNEŞ ve babam Mazlum GÜNEŞ' e,

Yine tüm destekleri ve emekleri için annem Emiş GÖK, babam Ahmet GÖK ve kardeşim Gökhan GÖK' e

Her telaşlı günlerimde yardımına koşan kardeşimlerim Hakan GÜNEŞ ve Aycan GÜNEŞ' e

Tez sürecini beraber geçirdiğim sonsuz destekleri için sevgili Göğüs Hastalıkları Yoğun Bakım Ünitesi ekibime,

Tüm yüksek lisans sürecimde yanımda olan canım akrabalarım ve arkadaşlarıma,

Tez çalışmam süresince gösterdiği sabır, özveri ve destekleri için, eşim Mustafa Göksel GÖK' e, ve güzel kızım Lidya' ya

TEŞEKKÜR EDERİM.

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ	viii
ÖZET	xi
ABSTRACT.....	xiii
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2. Araştırma Sorusu.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Şizofreni Tanımı.....	2
2.2. Epidemiyoloji.....	2
2.3. Etiyoloji.....	3
2.3.1. Genetik Etkenler	3
2.3.2. Çevresel Etkenler	4
2.3.3. Beyin Görüntüleme Bulguları.....	4
2.3.4. Nörogelişimsel Varsayım	4
2.3.4. Nörokimyasal Varsayım.....	4
2.4. Hastalığın Seyri.....	5
2.4.1. Şizofrenide Başlangıç	5
2.4.2. Gidiş ve Sonlanım.....	5
2.5. Şizofreninin Pozitif ve Negatif Semptomları.....	5
2.5.1. Pozitif Belirtiler	6

2.5.2. Negatif Belirtiler	6
2.6. Şizofrenide Tedavi	7
2.6.1. İlaç Tedavisi	7
2.6.2. Elektro Konvülsif Tedavi	8
2.6.3. Ruhsal Toplumsal Tedaviler	8
2.7. Bakım Verme ve Bakım Vericilerin Özellikleri	8
2.8. Yük Kavramı	10
2.8.1. Bakım Yükünün Boyutları	11
2.8.2. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler	12
2.8.2.1. Sosyodemografik Özellikler	12
2.8.2.2. Psikolojik Faktörler	13
2.8.3. Bakım Vericilerin Talepleri	13
2.8.4. Bakım Vermedeki Bağlılık	14
2.9. Tükenmişlik Kavramı	14
2.9.1. Tükenmişliğin Boyutları	15
2.9.1.1. Duygusal Tükenme	15
2.9.1.2. Duyarsızlaşma	16
2.9.1.3. Kişisel Başarıda Düşme Hissi	16
2.9.2. Bakım Vericilerde Tükenmişlik	16
2.10. Bakım Vericilerde Yük ve Tükenmişlik İlişkisi	17
2.11. Baş Etme Kavramı	17
2.11.1. Bakım Vericilerin Baş Etme Stratejileri	18
2.12. Bakım Vericilerde Yük, Tükenmişlik ve Baş Etme	19
2.13. Şizofreni Hastasının Bakım Vericilerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları	20
3. GEREÇ VE YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri.....	22
3.3. Araştırmanın Zamanı	22
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	23
3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	23
3.5.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri	23
3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri.....	23
3.6. Veri Toplama Araçları	23
3.6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Soru Formu	24
3.6.2. Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı (AAYÖ)	24
3.6.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeğı (MTÖ).....	25
3.6.4. Stresle Başaıkma Tarzları Ölçeğı (SBCTÖ).....	25
3.7. Verilerin Toplanması	26
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değışkenleri	27
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	27
3.11. Araştırmanın Etik Yönü	28
4. BULGULAR.....	29
5. TARTIŞMA.....	79
5.1. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerinin Tartışılması.....	79
5.2. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerinin Tartışılması.....	82
5.3. Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	84
5.4. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Demografik Özelliklerine Göre Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı Toplam Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması.....	85
5.5. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması...	86

5.6. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması	88
5.7. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları İle Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması	88
5.8. Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerinde Tükenmişlik Düzeylerinin Tartışılması...	88
5.9. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinde Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması	90
5.10. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinde Yüğü ve Tükenmişlik İlişkisinin Tartışılması	91
5.11. Şizofreni Hastaların Yaş, Hastalık Süresi ve Hastaneye Yatış Sayısı Özelliklerine ve Bakım Vericilerin Tanımlayıcı Değışkenlerine Göre Bakım Vericilerde Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı, Maslach Tükenmişlik Ölçeğı ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğı Toplam Puan Ortalamalarının Korelasyon Analizinin Tartışılması	91
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	92
KAYNAKLAR	94
EKLER	106
Ek 1. Kişisel Bilgi Formu	106
Ek 2. Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı (AAYÖ)	108
Ek 3. Maslach Tükenmişlik Ölçeğı (MTÖ)	110
Ek 4. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğı (SBÇTÖ)	112
EK 5. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF)	114
EK 6. Etik Kurul Kararı	119
Ek 7. Kurumlardan Alınan Çalışma İzinleri	120
BİLİMSEL ETİK BEYANI	123
ÖZ GEÇMİŞ	124

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AAYÖ	: Algılanan Aile Yüğü Ölçeği
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
MTÖ	: Maslach Tükenmişlik Ölçeği
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
SBÇTÖ	: Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TRSM	: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	29
Tablo 2. Şizofreni hastalarının tedaviye uyum süreci ve psikoaktif madde (alkol, sigara, uyuşturucu madde vb.) kullanım özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 3. Şizofreni hastalarına ilişkin yaş, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı dağılımları.....	31
Tablo 4. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı.....	32
Tablo 5. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım süreci ve şizofreniyle ilgili sorulan sorulara verdiği yanıtların dağılımı	33
Tablo 6. Bakım vericilere ilişkin bakım vermeyle ilişkili tanımlayıcı istatistikler.....	34
Tablo 7. Araştırmada kullanılan Algılanan Aile Yüğü Ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri ..	38
Tablo 8. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Algılanan Aile Yüğü Ölçeği toplam puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması.....	36
Tablo 9. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Algılanan Aile Yüğü Ölçeği toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	38
Tablo 10. Araştırmada kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri	41
Tablo 11. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	42

Tablo 12. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı alt boyutların toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	46
Tablo 13. Bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği toplam puan istatistikleri	50
Tablo 14. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	51
Tablo 15. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	53
Tablo 16. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	55
Tablo 17. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	57
Tablo 18. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması.....	59
Tablo 19. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	61

Tablo 20. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	63
Tablo 21. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	66
Tablo 22. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	69
Tablo 23. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması	72
Tablo 24. Hastaların yaş, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı özelliklerine göre Algılanan Aile Yüğü Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği toplam ölçek ve alt ölçek puanlarının korelasyon analizi sonuçları.	75
Tablo 25. Bakım vericilerin tanımlayıcı değişkenlerine göre Algılanan Aile Yüğü Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği alt ölçek toplam puan ortalamalarının korelasyon analizi sonuçları	77

ÖZET

ŞİZOFRENİ HASTALARININ PRİMER BAKIM VERİCİLERİNDE YÜK, TÜKENMİŞLİK VE BAŞETME

Gök N. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın, 2022

Amaç: Bu çalışma şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım yükünü, tükenmişlik düzeylerini ve başetme yöntemlerini belirlemek amacıyla kesitsel olarak yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Araştırma Aydın ilindeki Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı yataklı servis ve polikliniklerinde, Aydın Devlet Hastanesinde yataklı servis ve polikliniklerinde ve Aydın Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde 183 hastayla Aralık-2018 ve Haziran 2022 tarihleri arasında yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında hastaların ve bakım vericilerin sosyodemografik özelliklerine ilişkin formun yanı sıra Algılanan Aile Yüğü Ölçeği (AAYÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ) uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programından yararlanılarak normal dağılım varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Bağımsız grup karşılaştırmalarında Mann Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkiler Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Araştırmada bakım vericilerin % 73.2' sinin kadın , %42.6' sinin hastanın eşi, %41.5' inin emekli, %73.8' inin başka ruhsal hastalığının olmadığı belirlenmiştir. Bakım vericilerin bakım yükü toplam puan ortalaması 20.77 ± 15.13 olarak bulunmuştur. Bakım vericilerin en yüksek tükenmişlik düzeyi kişisel başarı alt boyutunda görülmüştür. Bakım vericilerin stresle baş etmede en sık başvurdukları yöntemin boyun eğici yaklaşım olduğu bulunmuştur. Hasta ile geçirilen süre arttıkça bakım yükünün arttığı, kişisel başarı puanlarının arttığı baş etmede ise kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurunun arttığını görülmüştür.

Sonuç: Tüm bulgular değerlendirildiğinde, bakım vericilerin sorunlar karşısında uygun baş etme yöntemleri hakkında kapsamlı ve düzenli bir eğitim programı ve danışmanlık almalarının, tükenmişlik düzeylerini ve dolayısıyla bakım yükünü azaltabileceği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bakım Verici, Baş Etme, şizofreni, Tükenmişlik, Yük.



ABSTRACT

BURDEN, BURNOUT AND COPING IN PRIMARY CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

Gök, N. Aydın Adnan Menderes University, Institute of Health Sciences Mental Health and Diseases Nursing Program, Master Thesis, Aydın, 2022

Objective: This cross-sectional study was conducted to determine the burden of care, burnout levels and coping methods of primary caregivers of patients with schizophrenia.

Material and Methods: The research was carried out with 183 patients in Aydın Adnan Menderes University Department of Psychiatry, inpatient services and outpatient clinics, Aydın State Hospital inpatient services and polyclinics, and Aydın Community Mental Health Center between December-2018 and June 2022. In addition to the form regarding the sociodemographic characteristics of the patients and caregivers, the Perceived Family Burden Scale (PFBS), the Maslach Burnout Scale (MBS), and the Styles of Coping with Stress Scale (SCSS) were used to collect the data. In the evaluation of the data, the normal distribution assumption was checked with the Kolmogorov-Smirnov test by using the SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) package program. Mann Whitney U test and Kruskal-Wallis H test were used for independent group comparisons. Relationships between quantitative variables were examined by Spearman Correlation Analysis. The $p < 0.05$ value was considered statistically significant.

Results: In the study, it was determined that 73.2% of the caregivers were female, 42.6% was the spouse of the patient, 41.5% was retired, and 73.8% had no other mental illness. The mean total score of caregivers' burden of care was found to be 20.77 ± 15.13 . The highest burnout level of caregivers was seen in the sub-dimension of personal achievement. It was found that the most common method used by caregivers in coping with stress was the submissive approach. It was observed that as the time spent with the patient increased, the burden of care increased and personal success scores increased, while the self-confident approach, submissive approach and seeking social support increased.

Conclusion: When all the findings were evaluated, it was concluded that a comprehensive and regular training program and counseling by caregivers about appropriate coping methods in the face of problems can reduce their burnout levels and thus the burden of care.

Keywords: Burden, Burnout, Caregiver, Coping, Schizophrenia.



1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni toplumlarda en sık rastlanılan psikiyatrik hastalıklar arasındadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve ülkemizde gerçekleştirilen ruh sağlığı eylem planı (2007) verilerine göre en çok yeti yitimine neden olan 10 hastalıktan biridir (Şevik ve diğerleri, 2012, Randall, 2014). Son yıllarda gelişen teknoloji ve tedavi uygulamaları, politikalar, ekonomik yaklaşımlar sağlıkta da kendini göstermiş ve pek çok kronik hastalığın evde bakımının sürdürülmesine yol açmıştır (Akyar ve Akdemir, 2009).

Kronik psikiyatri hastalarının hastaneden ayrılıp evde bakım süreci geçişine bakacak olursak; sağlık politikalarının kurumsal bakımdan toplum temelli bakıma geçişi benimsemeleri Klorpromazinin keşfi ve antipsikotiklerin kullanımıyla olmuştur. Bu toplum temelli bakıma geçişte psikiyatrik bozukluğu sebebiyle yeti yitimi yaşayan bireyler bakım vericilerle yaşamaya başlamışlardır (Arslantaş, 2018; Arslantaş ve Adana, 2012). Bu sebeple bakım veren, yük, tükenmişlik kavramları ortaya atılmış ve ortaya çıkan sorunlarla baş etme stratejileri önem kazanmıştır. Sağlık çalışanlarının hastaların ve bakım vericilerin ruhsal sağlıklarını korumak için onları desteklemesi, bilgilendirmesi ve tedavi sürecine dâhil etmesi birincil önceliği olmalıdır (Arslantaş ve Adana, 2011). Bakım vericilerin aralıklı olarak yük ve tükenmişlik düzeylerini incelemek, sorunlarla baş etmede etkili yöntemler kullanmalarını sağlamak doğrudan bakım vericilerin dolaylı olarak da hastaların yaşam kalitesini arttırır. Bu sayede hastaların relapsı önlenir ve hastanede kalış süresi kısalmır (Etters ve diğerleri, 2008).

1.2. Araştırma Sorusu

Şizofreni hastalarının bakım yükü ve tükenmişlik düzeyi nasıldır ve sorunlara karşı baş etmede hangi stratejik yöntemleri uyguluyorlar?

Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü, tükenmişlik düzeyleri ve baş etme yöntemlerini etkileyen faktörler nelerdir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Tanımı

Şizofreni, sanrı ve varsanı gibi pozitif semptomlarla görülebilen; duygu ve düşünce sürecinde sıkışma gibi negatif semptomlar içeren; dikkat, bellek ve algılama sürecinde bozulmalara yol açan, davranışı etkileyen psikiyatrik bir hastalıktır (Summakoglu ve Ertugrul, 2018).

2.2. Epidemiyoloji

Şizofreni toplumda sık görülmesine rağmen gerçek sıklığı ve yaygınlığı üzerinde değişken veriler bulunmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Amerika’da yapılan geniş alan çalışmasında şizofreni ve şizofreniform bozukluğun bir yıllık yaygınlığı % 1 ve yaşam boyu yaygınlığı ise % 1.5 olarak saptanmıştır (Köroğlu ve Güleç, 2007). Dünya genelinde her yıl yaklaşık olarak 2 milyon yeni vaka ortaya çıktığı bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre şizofreni sıklığı Avrupa ve Asya’da % 0.85’tir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Türkiye verileri ise Binbay ve diğerlerinin 2011’ de yaptıkları çalışmaya dayanır. Buna göre Türkiye’ de şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı 1000 kişide 8.9’ dur (Binbay ve diğerleri, 2011).

Ülkeler arası verilerin farklı olmasıyla birlikte hangi ırkta daha fazla şizofreni hastasının görüldüğüne dair kesin veriler bulunmamaktadır. Kadın ve erkeklerde şizofreni görülme yaygınlığı eşittir. Erkekler kadınlara göre şizofreni hastalığına daha genç yaşlarda yakalanmaktadırlar. Başlangıç yaşı erkeklerde 15-25, kadınlarda 25-35 yaş aralığındadır. Kadınlarda 55-64 yaş aralığında ikinci bir başlama sıklığı görülmektedir. 10 yaşından önce (erken başlangıçlı) ve 45 yaşından sonra (geç başlangıçlı) şizofreni başlangıcı nadir olarak ortaya çıkmaktadır (Kocal ve diğerleri, 2017).

Şizofreni hastalarının özellikle erkeklerde hiç evlenmemiş olma, bekar ve boşanmış olanların oranları yüksektir (Agerbo ve diğerleri, 2004). Düşük sosyoekonomik düzeyde olan

ailelerde şizofreni görülme olasılığının yüksek olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir. Bu durumun nedeninin düşük sosyoekonomik düzeyin enfeksiyonlar, doğumdan önceki dönemde beslenme ve bakım yetersizliği sebebiyle şizofreniye yatkınlığa sebep olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür (Songur, 2015).

Yapılan aile çalışmalarında ebeveynleri sağlıklı olan kişilerde yaşam boyu şizofreniye yakalanma oranı % 1 iken, hem anne hem de babasında şizofreni olan kişilerde bu oranın % 35' lere çıktığı tespit edilmiştir. Anne ya da babasında şizofreni olan kişilerde ise bu oran % 13'tür. Şizofrenisi olan birinin birinci dereceden akrabalarında şizofreni ortaya çıkma oranı, genel toplumun hastalığa yakalanma oranına göre 10 kat artmaktadır. 1993 yılında ülkemizde yapılan bir çalışmada ailede şizofreni öyküsüne, kadınlarda daha sık rastlandığı bildirilmiştir (Kocal ve diğerleri, 2017).

Kış sonu-bahar başı gibi doğanlarda, yaz sonu gibi doğanlara oranla şizofreni için istatistiksel olarak anlamlı bir risk artışı olduğu tespit edilmiştir. Yapılan çalışmalarda özellikle gebeliğin ikinci üç ayında karşılaşılan viral enfeksiyonların şizofreni oluşma riskini arttırdığı tespit edilmiştir (Shenton ve diğerleri, 2001).

2.3. Etiyoloji

Şizofreninin ortaya çıkış nedeni tam olarak bilinmese de, genetik ve çevresel etkenlerin üzerinde durulmaktadır (Güdük, 2010; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

2.3.1. Genetik Etkenler

Şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmalarda hastaların birinci derece akrabalarının hastalığa yakalanma riskinin daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Öztürk, 2010; Eliüşük, 2008; Kavak, 2011; Yavuz, 2008). Tek yumurta ikizlerinde şizofreniform bozuklukların birlikte görülme oranının çift yumurta ikizlerinde görülme oranlarından daha yüksek olduğu bildirilmiştir. Literatürde evlat edinme çalışmaları da mevcuttur. Bu çalışmalarda sağlıklı bir aile ortamında yetişmiş olsalar dahi, şizofrenisi olan hastaların çocuklarında, şizofreni olma olasılığı diğer popülasyona göre daha yüksek bulunmuştur (Kalı, 2018; Güdük, 2010).

2.3.2. Çevresel Etkenler

Şizofrenide çevresel etkenler olarak obstetrik komplikasyonlar, madde bağımlılığı ve sosyoekonomik zorluklar sayılmaktadır (Yavuz, 2008).

Gebelikte görülen komplikasyonların, fetal gelişim bozukluklarının ve obstetrik komplikasyonlar ve doğum sonrası dönemde yaşanan zorlukların olması şizofreniye yatkınlığı arttırdığına dair bulgular mevcuttur (Öztürk, 2010; Güdük, 2010).

Şizofreninin oluşumunda sosyoekonomik düzeyin de etkili olduğu bilinmektedir. Düşük sosyoekonomik durum şizofreni oluşumunu arttırmaktadır. Göç etmenin ve şehirde yaşamının kişideki stres seviyesini arttırdığından şizofreni oluşumuna sebep olduğu bildirilmiştir (Kalı, 2018).

2.3.3. Beyin Görüntüleme Bulguları

Şizofreni hastalarına beyin görüntüleme çalışmaları yapılmış ve sonucunda toplam ventrikül hacminde artış olduğu, tüm beyin hacminde ise azalma olduğu bulunmuştur (Öztürk, 2010, Güdük, 2010).

2.3.4. Nörogelişimsel Varsayım

Şizofreniye beynin gelişim aşamasında meydana gelen yapısal değişikliklerin neden olduğu düşünülmektedir (Kavak, 2011).

2.3.5. Nörokimyasal Varsayım

Şizofreni oluşumunda dopamin, serotonin, norepinefrin, glutamat ve GABA gibi nörotransmitterlerin etkili olduğu bilinmektedir (Kalı, 2018).

2.4.Hastalığın Seyri

2.4.1. Şizofrenide Başlangıç

Hastalığın klinik semptomlarının başlangıcı ani veya kademeli olabilir. Başlangıçta psikososyal bakımdan gerileme görülmekte, çoğunlukla negatif veya özgül olmayan belirtiler eşlik etmektedir. Genellikle psikotik semptomlar davranışsal işlev bozukluğu ve subklinik belirtilerin artmasından önce gelir. Bu dönem genellikle 6.3 yıldır (Üçok, 2008).

2.4.2. Gidiş ve Sonlanım

Hastalığın seyri tedavinin başlangıcından sonra hastaların belirtilerine göre değişiklik gösterir. Hastalığın seyrine göre pozitif, negatif belirtiler ve artakalan belirtiler varlığını gösterebilir (Koroğlu, 2013).

Hastalığın seyrinde cinsiyetler arası farklılıklar olabilmektedir. Erkeklerin sosyal işlevselliğinin kadınlara oranla daha düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Erkek hastalarda ayaktan başvuru sayısı daha azdır. Buna rağmen erkek hastaların daha sık yatarak tedavi gördükleri bildirilmiştir (Karamustafaloğlu ve diğerleri, 1998).

Hastaların hastalıkları genellikle negatif belirtilerle seyreder ve işlevsellikleri minimal düzeydedir. Ölümle sonuçlanmasa da intihar riskleri bulunmaktadır (Özütek, 2005).

2.5. Şizofreninin Pozitif ve Negatif Semptomları

Şizofreni hastalığının çeşitli semptomlarının oluşu alt tiplerinin belirlenmesine neden olmuştur. Kraepelin pozitif veya negatif olarak adlandırmasa da birinde hastanın canlı ve renkli olduğunu, diğerinde ise yitimlerle seyrettiğini belirtmiştir (Kalı, 2018). Şizofreni hastalığı pozitif ve negatif belirtiler olmak üzere iki grupta sınıflandırılır.

2.5.1.Pozitif Belirtiler

1. Konuşma bozuklukları

- Konuşmada düzensizlik (biçimsel düşünce bozukluğu, dezorganize konuşma): Dinleyenin konuşmayı anlayamadığı düşünce ve konuşmanın dezorganizasyonudur.

- Konuşma dağınıklığı (enkoherans) : Düşünce akışı anlaşılmaz. Sözcükler mantıklı değildir veya gramer özelliklerini kaybetmiştir.

- Çağrışımlarda gevşeklik-düşüncenin raydan çıkması: Hasta geçmişteki bir düşüncedeki çağrışımlarla meşgul olur. Herhangi bir konuya odaklanmakta güçlük çeker (Davison ve diğerleri, 2004; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

2. Sanrılar (Hezeyanlar)

Hastanın içgörü eksikliği düşünce içeriğini bozmaktadır. Erotomanik, grandiyöz, persekütuar, somatik tip sanrılar vardır. Mellor, dıştan gelen bedensel duyular, düşünce yerleştirilmesi, düşüncelerin yayınlanması, düşüncenin çalınması; duyguların başka biri tarafından kontrol edilmesi, yönlendirilmesi, davranışların biri tarafından yönlendirilmesi, dayatılması gibi sanrıları da ele almıştır (Davison ve diğerleri, 2004; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

3. Varsanılar (halüsinasyonlar) ve diğer algı bozuklukları

Çevrede uyaran olmamasına rağmen duygusal yaşantılar olarak tanımlanırlar. En sık işitsel varsanıların olduğu bildirilmiştir. Özellikle hastanın kendi düşüncelerinin başkaları tarafından seslendirildiği, tartışılan seslerin olduğu yada davranışlarını yorumladığı işitsel varsanılar görülmektedir. Varsaniya rastlanma oranı düşük olduğundan şizofreni tanısı koymada önemli bir yer tutar. İşitsel varsanıların sıklığından sonra sırayla en sık görsel, kokusal, dokunsal ve tatsal varsanılar görüldüğü bildirilmiştir (Davison ve diğerleri, 2004; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

2.5.2. Negatif Belirtiler

Davranışsal sorun olduğu bildirilen avolisyon (istek ve enerji azalması), alogi (düşünce ve konuşma fakirliği), anhedoni (zevk alamama), duygularda küntleşme gibi belirtilerdir

(Davison ve diğerkleri, 2004; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

-Avolasyon (istek ve enerji azalması): Günlük faaliyetlerin yürütülmesiyle ilgili enerjinin olmaması ve bu faaliyetlere olan ilgisizliktir.

-Alogi (düşünce ve konuşma fakirliğı): Konuşmanın miktarının azalmasıyla birlikte içeriğinde bilgi azlığı vardır; tekrarlayıcı ve belirsiz yapıya sahiptir.

-Anhedoni (haz alamama): Hastalar yaptıkları işten veya sosyal aktivitelerden doyum alamaz.

-Duygulanım küntlüğü: Dışarıdan gelen hiçbir uyarana karşı duygusal tepkimenin olmamasıdır. Hasta apatik, yüz kasları sarkık, konuşması tekdüze olabilir.

-Asosyallik: Hastalar yakın ilişki kuramaz ve sürdüremez.

Bunlara ek olarak katatoni, katatonik hareketsizlik, mum esnekliğı ve uygunsuz duygudurum da görülebilir (Davison ve diğerkleri, 2004; Tormoehlen ve Lessick, 2010).

2.6. şizofrenide Tedavi

şizofreninin tedavisi birden fazla yaklaşımı içermelidir. Genel amaç hastalığın yol açtığı semptomları gidermek, devamında da hastalığın tamamen iyileşmesinin sağlanmasıdır. Hastaların çoğu yeterli içgörüye sahip olmadıklarından tedaviye uyum bakımından zorluklar yaşanmaktadır. İlaç tedavisinin yanı sıra aile terapisi, grup terapisi gibi çok boyutlu bir yaklaşım izlemenin daha iyi sonuçlar verdiği gözlenmiştir (Davison ve diğerkleri, 2004).

2.6.1. İlaç Tedavisi

şizofreni de ilk ve en etkin tedavi ajanı olarak antipsikotikler kullanılmaktadır. Antipsikotiklerin etkisi kadar hastaların günlük işlevselliğini bozan yan etkileri de mevcuttur. (Eliüşük, 2008).

Antipsikotikler etki mekanizması bakımından iki gruba ayrılmıştır.

Tipik antipsikotikler: Pozitif belirtilerin giderilmesinde kullanılır. Akut dönem ya da psikotik belirtilerin yoğun olduğu dönemlerde başlanır. Negatif belirtilerde etkisi sınırlıdır (Tormoehlen ve Lessick, 2010).

Atipikantipsikotikler: Tipik antipsikotiklere yanıt alınmadıysa ya da yan etkileri yönünden kullanılamayacaksa atipikantipsikotikler kullanılır. Hem pozitif hem negatif belirtiler üzerinde etkilidir (Tormoehlen ve Lessick, 2010).

2.6.2. Elektro Konvülsif Tedavi

İlaç tedavisiyle birlikte dirençli ya da ilaç yan etkileri nedeniyle sorun yaşayan hastalarda kullanılır. Bu tedavi kafa derisine elektrotlar yardımıyla elektrik akımı gönderilerek yapılmaktadır (Sügün, 2005).

2.6.3. Ruhsal Toplumsal Tedaviler

Şizofreni hastalarının tedaviye uyumu, sosyal becerilerini kazanması sadece ilaç tedavisiyle mümkün olmaz. Aile ve grup terapilerini içeren psikoeğitim, psikoterapi, destekleyici tedavi ve ortam tedavisini de içermelidir (Kalı, 2018).

2.7. Bakım Verme ve Bakım Vericilerin Özellikleri

Bakım verme; kronik hastalığı olan bireye emosyonel, fiziksel ve hatta maddi destek sağlamak, sosyal işlevselliklerine destek olmak, rutin sağlık bakımlarıyla ilgilenmek (ilaç kullanımı, tedavi ve izlemleri), alışverişlerini ve küçük ev işlerini yapmak gibi işlerin yürütülmesidir (Tel ve Ertekin-Pınar, 2013). Yurt dışındaki bakım vericiler aile üyeleri ve bunun yanı sıra bakım evlerinde (nursing home) çalışan bireyleri de kapsamaktadır (Korkmaz, 2014). Ülkemizde genellikle hastalar aileleriyle yaşamakta ve bakım verme genellikle anne, eş, çocuk veya kardeş tarafından yürütülmektedir (Tel ve Ertekin-Pınar, 2013; Çetinkaya-Duman ve Bademli, 2012). Arslantaş ve diğerlerinin (2019) yaptığı çalışmaya göre bakım verenlerin

%72.1' inin kadın, yaş ortalamaları 54.6, eğitim ortalamaları 9.6 yıl, ortalama 12.5 yıldır bakım veren konumunda olduğu bildirilmektedir (Arslantaş ve diğerleri, 2019). Arguvanlı-Çoban ve diğerlerinin (2013) yaptığı çalışmada bakım veren bireylerin 15-76 yaşları arasında olduğu, %75.5' inin kadın, %83' ünün evli, %52.8' inin ev hanımı, %37.7' sinin hastanın annesi olduğu belirtilmiştir (Arguvanlı-Çoban ve diğerleri, 2013). Esmek' in (2007) çalışmasında hasta yakınlarının %68' inin kadın, %28.2' sinin 20-29 yaş grubunda ve %66' sının evli, %53.4' ünün çekirdek ailede yaşadığı, %55.2' sinin çalışmadığı, %37.9' unun hastanın eşi olduğu bildirilmiştir (Esmek, 2007). Kaya (2013) yaptığı çalışmada bakım verenlerin %39.23' ünün 50-64 yaş aralığında olduğunu, %53.08' inin hastanın annesi ya da babası olduğunu, %45.38' inin çalışmadığını, %33.85' inin evde üç kişi yaşadıklarını ve %45.39' unun bakım verme süresinin 10 yıldan fazla olduğunu belirtmiştir (Kaya, 2013). Korkmaz' ın (2014) yaptığı çalışmada bakım vericilerin %54.4' ünün kadın, %45.6' sının erkek, %72.5' inin evli, %93.8' inin çekirdek aileye mensup olduğu, %40' ının eşi ve çocuklarıyla yaşamakta olduğu, %53.1' inin çalışmadığı belirtilmiştir (Korkmaz, 2014). Özlü ve diğerlerinin (2015) yaptığı çalışmada bakım verenlerin yaş aralığının 20-65 yaş arasında değişmekte olduğu, yaş ortalamalarının 49.51 olduğu, %71' inin kadın, %29' unun erkek, %71.4' ünün evli, %10.5' inin bekar, hemen hepsinin hastanın ailesi yada akrabası olduğunu bildirmişlerdir (Özlü ve diğerleri, 2015). Tel ve diğerlerinin (2010) yaptığı çalışmada bakım vericilerin %61.9' unun kadın, %38.1' inin 51 yaş ve üzeri yaş grubunda olduğunu, %74.6' sının evli, %61.9' unun çalışmakta olduğunu, %33.3' ünün hastanın eşi olduğunu ve %71.4' ünün eşi, çocuğu ve hasta ile birlikte yaşamakta olduğunu belirtmişlerdir (Tel ve diğerleri, 2010). Tel ve Ertekin-Pınar' ın (2013) yaptığı çalışmada da bakım vericilerin %60.2' sinin kadın, %42.7' sinin hastanın eşi olduğu, %73.8' inin evli, %47.6' sının ilkokul mezunu olduğu, %56.3' ünün ise çalışmadığı belirtilmiştir (Tel ve Ertekin-Pınar, 2013).

Bakım veren kişi, hastayla 7 gün 24 saat kesintisiz süre ilgilenen hayatının merkezindeki kişidir ve hastayla sosyal hayat arasındaki köprüdür. Bu durum genellikle seçilemez ve planlanamazdır (Atagün ve diğerleri, 2011). Aileler genellikle bu rolü herhangi bir destek almadan yerine getirir (Çetinkaya-Duman ve Bademli, 2013). Başlangıçta hastalığın ne olduğunu, nelerle karşılaşacaklarını, damgalamaya maruz kalıp kalmayacaklarını bilmemeleri ve hatta ümitsizlik, endişe, korku, suçluluk, diğer aile üyeleriyle çatışma, sosyal ve emosyonel destek eksikliği gibi sorunlarla da karşılaşmaktadırlar (Kaya, 2013). Ayrıca kronik psikiyatrik hastalığa sahip hastaya bakım veren aileler; stres, anksiyete, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe, öfke, kayıp ve depresyon gibi duyguları yaşadıkları literatürde yer almaktadır

(Tel ve Ertekin-Pınar, 2013). Bu sebeple bakım verenlerin ruhsal durumları, doğrudan bakım vericileri dolaylı olarak da hastaları etkilemektedir (Arguvanlı-Çoban ve diğerleri, 2013). Bakım vericilerin yaşadıkları bu ve bunun gibi durumlar yük kavramını ortaya çıkarmıştır.

2.8. Yük Kavramı

“Bakım veren yükü” kavramının gündeme gelmesi, 1950 yılında Klorpromazinin keşfiyle birçok antipsikotik ilacın kullanımının başlamasıyla olmuştur. Depo hastanelerin kapanması ve hastaların iyileşme sürecinin toplum içinde sürdürülmesiyle hasta yakınları, beklemedikleri, primer bakıcı rolünü üstlenmişlerdir (Awad ve Voruganti, 2008). Daha sonraki yıllarda aileyi hastalık nedeni olarak gören bakış açısı yerini, ailenin hastaya ve hastalığa karşı tutumunun hastalığın seyrini etkilediğine bırakmıştır. Brown ve arkadaşları, 1962 yılında duygu dışavurumu kavramını geliştirmişlerdir (Gülseren ve diğerleri, 2010). Hasta yakınları da sağaltım planına dahil edilmeye başlanmıştır. Bu gelişmeler aile yükü kavramının oluşmasına ve bu kavramla ilgilenilmesine yol açmıştır. Ailelerin durumuna yönelik çeşitli psikoterapiler ve eğitsel yaklaşımlar önem kazanmaya başlamıştır (Pitschel-Walz ve diğerleri, 2001).

Bakım veren yükü, fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik tepkileri ifade etmek için kullanılır (Atagün ve diğerleri, 2011). Bakım veren yükü bakıcının algısından kaynaklanır ve aktiviteler ve stresörler tarafından etkilenir (Etters ve diğerleri, 2008). Hoening ve Hamilton 1966 yılında yayınladıkları makalede, yükü nesnel (objektif) ve öznel (subjektif) yük olarak ikiye ayırmışlardır (Gülseren ve diğerleri, 2010).

Nesnel (objektif) yük, hastanın rahatsız edici davranışları yada hastalığın neden olduğu ekonomik zorluklar, gelir kaybı, günlük ve sosyal yaşamdaki kısıtlanmalar, ev ortamının gerginliği, aile üyelerindeki beden ve ruh sağlığı üzerindeki etkileri gibi gözlemlenebilen ve doğrulanabilen yönü olarak tanımlanır. Hastalığın neden olduğu bakım verenlerin direkt olarak etkilendiği zorluklar (yardım, danışmanlık, kontrol, ödeme gibi), deneyimler (sosyal ilişkilerde rahatsızlık ve aile içi ilişkide zorlanmalar) veya bireyin kendi yaşamında bir şey (hobi, iş vb.) yapmamasıdır (Arslantaş ve Adana, 2011).

Öznel (subjektif) yük, yaşanan bu zorlukların aile üyelerine ne ölçüde rahatsızlık verdiğini tanımlamak için kullanılır (Awad ve Voruganti, 2008). Arslantaş ve AdanaMaurin ve Boyd (1966) öznel yükü hastanın rahatsızlığı sonucu aileye çıkan duygusal maliyet olarak tanımlamıştır. Bu maliyetler, kapana kısılmışlık hissi, ev içinde kapatılmış olma, sosyal

izolasyon, diğerlerine karşı sorumluluk duygusu, davranışlara yönelik duygusal gerginlik olarak ifade edilir. Bu gerginlik; endişe, bunaltı, etiketlenme, utanç ve suçluluk belirtilerini içerir (Arslantaş ve Adana, 2011).

Bakım verici olma aynı zamanda depresyona yatkınlığı artırır. Akyar ve Akdemir' in (2009) yaptığı çalışmada bakım vericilerin %66' sının tanı konulmuş hastalığı olduğunu, bunların ise %75.6' sının depresyon olduğunu belirtmişlerdir (Akyar ve Akdemir, 2009). Gülseren ve diğerlerinin (2010) belirttiğine göre; hasta yakınlarına yönelik genel ruhsal durumlarını belirlemek için Genel Sağlık Anketi ve Hastane Anksiyete-Depresyon Skalası kullanılan çalışmada hasta yakınlarının %36' sının ölçek puanının yüksek olduğu bildirilmiştir (Gülseren ve diğerleri, 2010). Aydın ve diğerleri (2009) yapmış oldukları çalışmada günlük bakım verme süresiyle aile üyelerindeki anksiyete ve depresyon belirti şiddetinin ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (Aydın ve diğerleri, 2009).

2.8.1. Bakım Yükünün Boyutları

Şu şekilde gruplandırılabilir:

1. Direkt bakımla ilgili işler: Hastanın bakım ihtiyacına bağlı hastanın gözlemi ile ölçülen işlerdir.
2. Direkt bakımla ilgili olmayan işler: Evdeki bakım vermenin dışındaki diğer işlerdir. Hastanın hastalığı sonrasında diğer aile üyelerine devrettiği işlerdir.
3. Hastanın duygusal ihtiyaçları ile uğraşmak: Ailenin bazı üyeleri yada tamamı hastanın acılarına ve kaygılarıyla uğraşmaya kendilerini adanmışlardır.
4. Diğer yaşam rollerinde bakım vermenin sonuçları: Bakım vermenin evdeki birincil rolü olduğunu düşünebilir. Sorumlulukların artması bireysel ihtiyaçlarını ertelemelerine neden olur (Arslantaş ve Adana, 2012).

2.8.2. Bakım Yükünü Etkileyen Faktörler

2.8.2.1. Sosyodemografik Özellikler

Cinsiyet: Hastanın erkek, bakıcı aile üyesinin kadın olmasının aile yüküyle ilişkili olduğu belirtilmektedir. Erkek hastaların beklenen çalışma, aileye ekonomik olarak katkı sağlama gibi rolleri üstlenmemeleri ailenin daha fazla yük hissetmelerine sebep olduğu belirtilmektedir (Gülseren ve diğerleri, 2010; Nasr ve Kausar, 2009). Aydın ve diğerlerinin (2009) ve Kaya' nın yaptığı çalışmalarda (2013) cinsiyet ile yük arasında bir ilişki olduğu belirtilmemiştir (Aydın ve diğerleri, 2009; Kaya, 2013). Etters ve diğerlerinin (2008) yaptığı çalışmada kadın bakım vericilerin erkek bakım vericilere göre daha fazla depresif belirtiler ve sağlık sorunlarıyla karşılaştıklarını bildirmişlerdir (Etters ve diğerleri, 2008).

Yaş: Li ve diğerlerinin (2007) yaptığı çalışmada, genç hastalara bakım verenlerin hastalarla daha uzun süre ilgilenmek durumunda oldukları için bakım yükünün daha yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Li ve diğerleri, 2007). Aydın ve diğerlerinin (2009) yaptığı çalışmada ise hastanın yaşı arttıkça bakım verme yükünün de arttığı bildirilmektedir (Aydın ve diğerleri, 2009). Kaya' nın (2013) yaptığı çalışmada bakım verenin yaşı arttıkça bakım yükünün azaldığı bildirilmektedir (Kaya, 2013). Almberg ve diğerlerinin (1997) yaptığı çalışmada ise bakım verenin yaşı olmasının bakım veren yükünü arttırdığı bildirilmektedir (Almberg ve diğerleri, 1997).

Sosyoekonomik durum: Kaya' nın (2013) yaptığı çalışmada hastanın emekli olması aile yükünü azaltan durum olarak bildirilmiştir (Kaya, 2013). Roick ve diğerleri (2007) çalışan hastaya bakım vermenin bakım veren yükünü azalttığını bildirmektedirler (Roick ve diğerleri, 2007). Hastanın çalışamaz hale gelmesiyle gelir kaybı ve tedavi masraflarının aileyi zorlamasıyla ailede süregelen sağlık sorunları da ek bir stres kaynağı oluşturarak yükü arttırabilir (Gülseren ve diğerleri, 2010). Maldonado ve diğerlerinin (2005) yaptığı çalışmada bakım vericiler hastanın bakımına yeterli para bulamadıklarını ve bu yüzden bakım veren yükünün arttığını bildirmişlerdir (Maldonado ve diğerleri, 2005). Caqueo-Úrizar ve diğerlerinin (2011) yaptığı çalışmada hastanın çalışma durumu ile bakım verici yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı bildirilmiştir (Caqueo-Úrizar ve diğerleri, 2011). Kaya (2013) yaptığı çalışmada ailede gelirin giderden az olmasının bakım verici yükünü arttırdığını belirtmiştir (Kaya, 2013).

Sağlık: Sağlık sorunları olan bakım vericilerin daha fazla yük duygusu tanımladığı bildirilmektedir (Chou, 2000). Ayrıca hastaların tekrarlayan hastane yatışlarının bakım veren yükünü arttırdığı bildirilmektedir (Van Der Voot ve diğerleri, 2007).

İrk ve Kültür: Kültür, ailesel sorumlulukları artırır ve bakım veren yükünü etkiler. Ancak bakımdan kaynaklanan sıkıntılar farklı şekillerde dile getirebilirler. Örneğin, Kafkas bakım vericilerin Afrikalı Amerikalı bakım vericilerden daha fazla depresyon ve stres altında oldukları belirlenmiştir. Bu iki kültürün bakım deneyimlerinin aynı olduğu fakat Kafkas bakım vericilerin Afrikalı Amerikalı bakım vericilerine göre ifade biçimlerinin farklı olduğu için sonuçların farklı bulunduğu bildirilmiştir (Etters ve diğerleri, 2008).

2.8.2.2. Psikolojik Faktörler

Yükümlülük ve sorumluluk hissi: Kronik psikiyatri hastasına bakım verenlerdeki sorumluluk duygusu ve verilen bu bakımın sürekli olması sebebiyle bakım verenler sosyal olarak kendilerini arka plana atabilirler. Bakım verici ebeveynler çocuklarının rahatı için kendi hoşlandıkları eylemlerden kendilerini kısıtlayabilir ve bu nedenle sosyal izolasyon oluşabilir (Chou, 2000).

Duygusal yakınlık, karşılıklı ilişki ve aile ilişkileri: Yapılan çalışmalarda, aile içi olumlu ve sağlıklı ilişkinin yük duygusunu azalttığı bildirilmektedir. Aynı çalışmada güçlü aile bağının, bakım veren yükünü azalttığı da bildirilmektedir (Chou, 2000). Hasta ile olan ilişkilerin zorluğu bakım veren yükünü artırır (Van Der Voot ve ark, 2007). Etters ve diğerleri (2008) yaptıkları çalışmada hastanın eşi olmanın bakım veren yükünü arttırdığını bildirmişlerdir (Etters ve diğerleri, 2008).

2.8.3. Bakım Vericilerin Talepleri

Birincil talepler: Hastanın rahatsız edici davranışının derecesiyle ve sınırlı fonksiyonuyla ilgilidir (Arslantaş ve Adana, 2011).

İşlevsel sınırlılığın derecesi: Hastanın günlük yaşamıyla ilgili bakım verene olan bağımlılığı bakım yükünü artırır (Arslantaş ve Adana, 2011).

Rahatsız edici davranışın varlığı: Aydın ve diğerlerinin (2009) yaptığı çalışmada belirli örüntüsüyle bakım veren yükü arasında bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Aydın ve diğerleri, 2009). Gülseren ve diğerleri (2010), hasta olan yakınlarından şiddet gören aile üyelerinin daha fazla yük duygusuna sahip olduklarını bildirmişlerdir (Gülseren ve diğerleri, 2010). Cuipers ve Stam' ın (2000) yaptığı çalışmada hastanın rahatsız edici davranışlarının bakım vericilerde öznel yükü etkilediği bildirilmiştir (Cuipers ve Stam, 2000).

İkincil talepler: Arslantaş ve Adana (2011)' nın bildirdiğine göre bakım verene yönelik ikincil talepler aile, iş ve toplumdan gelebilir. Hane halkı geliri bakım verici yükünün en önemli belirleyicilerinden biri olarak bildirilmiştir. Bakım verenin tek başına bakım veriyor olması bakım yükünü arttırır (Arslantaş ve Adana, 2011).

2.8.4. Bakım Vermedeki Bağlılık

Zaman: Igberase ve diğerlerinin (2012) yaptıkları çalışmada, bakım vericilerin bakım verme süresi uzadıkça bakım yükünün azaldığını bildirmişlerdir (Igberase ve diğerleri, 2012). Kaya (2013) hastaya bakım vermenin süresi uzadıkça bakım veren yükünün arttığını bildirmektedir (Kaya, 2013). Lauber ve arkadaşlarının (2003) yaptığı çalışmada bakım verme süresinin uzamasıyla bakım yükünün arttığını bildirmektedir (Lauber ve diğerleri, 2003). Cuipers ve Stam' ın (2000) yaptığı çalışmada iki yıldan fazla bakım veren bakım vericilerin subjektif yük puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Cuipers ve Stam, 2000).

Görev içeriğinin sayısı: Arslantaş ve Adana (2011)' nın bildirdiğine göre yük ve görev algısı doğru orantılıdır (Arslantaş ve Adana, 2011).

2.9. Tükenmişlik Kavramı

İlk kez 1974 yılında Freudenberg' in yazdığı bir makalede “mesleki bir tehlike” olarak nitelendirilmiştir. “Başarısız olma, yıpranma, aşırı yüklenme sonucu güç ve enerji kaybı veya karşılanamayan istekler sonucu bireylerin iç kaynaklarında tükenme durumu” olarak tanımlanmaktadır. Sağlam-Arı ve Çına-Bal (2008)' ın bildirdiğine göre Maslach tükenmişliği şöyle açıklamaktadır: İşyerindeki stres artırıcı unsurlara karşı bir tepki olarak uzun sürede ortaya çıkan psikolojik bir sendromdur. Yine Sağlam-Arı ve Çına-Bal (2008)' ın bildirdiğine

göre Pines ve Aranson tükenmişliği “duygusal talepler gerektiren durumlara uzun süre maruz kalmanın neden olduğu fiziksel, duygusal ve zihinsel tükenme durumu” olarak tanımlamaktadırlar (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008).

Stresin üç aşaması vardır: alarm, direniş ve tükenmedir. Bedensel ve ruhsal sınırlarının aşırı zorlandığını hisseden birey bu uyarandan kaçarak ya da savaşıarak eski uyum düzeyine dönmeye çalışır. Fiziksel ve duygusal enerjinin mücadelesiyle stres faktörü direnişle yok edilmeye çalışılır. Eğer sorunla başa çıkılırsa direniş sonlanır. Ancak uyaran şiddeti fazla ve stres faktörüne uzun süre maruz kalındıysa tükenme dönemi ortaya çıkar (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008). Tükenmişliğin başlıca belirtileri şunlardır: enerji kaybı, motivasyon eksikliği, başkalarına karşı olumsuz tutum ve isteksizliktir. Tükenme durumunda bireylerde yorgunluk ve bitkinlik hissi, baş ağrısı, uyku bozuklukları, gastrointestinal sorunlar ve kilo kaybı, solunum güçlüğü, psikosomatik hastalıklar, sinirlilik, öfke, bilişsel becerilerde güçlük, hayal kırıklığı, çökkün duygudurum, anksiyete, sabırsızlık, benlik saygısının azalması, kaza ve yaralanmalarda artış gibi belirtiler de görülebilmektedir (Tel ve Ertekin-Pınar, 2013). Bir uğraşı yada mesleki tükenmişlik önce, bireylerarası ilişkilerde yoğunluk ve önemli ölçüde rol yada iş stresi içermesiyle ilgilidir. Tükenmişlik sunulan hizmeti ve hizmetin kalitesini negatif yönde etkiler (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008).

2.9.1. Tükenmişliğin Boyutları

Tükenmişlik kavramı; duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarıda düşme hissi olarak üç boyuttan oluşur (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008).

2.9.1.1. Duygusal Tükenme

Bireyde yorgunluğun, enerji eksikliğinin, duygusal yönden yıpranma gibi belirtilerin hissedildiği boyutudur. Tükenmişliğin içsel boyutu olarak bilinen bu durum en kritik ve en belirleyici olanıdır. Duygusal tükenmişlik yaşayan birey görevi olduğu işi geçmiş dönemlerdeki Kadar İyi Yapmadığını Düşünür (Sağlam-Arı Ve Çına-Bal, 2008).

2.9.1.2. Duyarsızlaşma

Duyarsızlaşma, bireyin hizmet sunduğu kişilere karşı birer birey olduklarını dikkate almaksızın duygudan yoksun tutum ve davranışlar sergilediği boyutudur. Birey insancılıktan uzaklaşmış, alaycı, küçümseyen, katı, duygusuz ve kayıtsız bir tutum içerisine girmiştir (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008). Küçültücü bir dil kullanma, insanları kategorize etme, katı kurallara göre iş yapma ve endişe duyarsızlaşmanın belirtileri arasındadır. Duyarsızlaşma, tükenmişliğin kişiler arası boyutunu ifade etmektedir (Budak ve Süregevil, 2005).

2.9.1.3. Kişisel Başarıda Düşme Hissi

Bu kavram “kişinin kendisini olumsuz değerlendirme eğiliminde olması” nı ifade etmektedir. Bu boyutta birey yetersizlik duygusu yaşar. Birtakım işleri gerçekleştirmek için yetkin olmadığını hisseder ve buna bağlı motivasyonu düşer. İşlerinde ilerleme kaydetmediği gibi gerileme olduğunu, çabalarının sonuçsuz olduğunu hatta çevresinde fark yaratamadığını düşünür (Sağlam-Arı ve Çına-Bal, 2008).

2.9.2. Bakım Vericilerde Tükenmişlik

“Akraba ya da arkadaşların gerekli primer bakımı sağlamasıyla ortaya çıkan sonuçların bakım verici üzerinde gözlenen ve algılanan durumu” olarak tanımlanabilir. Bu durum bakım verende fiziksel, sosyal ve ruhsal rahatsızlıklara neden olur. Bakım verici tükenmişliğinin objektif ve subjektif olmak üzere iki boyutu vardır. Objektif tükenmişlik gözlenen ve ölçülen sonuçlardır. Subjektif tükenmişlik ise bakım verenin içinde bulunduğu duruma verdiği değer olarak algılanabilir (Yaşar, 2008).

Angermayer ve diğerleri (2006) psikiyatri hastalarının bakım vericilerinin %23.3’ ünün duygusal tükenme, %26.3’ ünün duyarsızlaşma, %27.8’ inin kişisel başarıda yetersizlik yaşadığını bildirmektedirler (Angermayer ve diğerleri, 2006). Yılmaz ve diğerlerinin (2009) yaptığı çalışmada bakım verenlerin duyarsızlaşma puanlarının yüksek olduğu bildirilmiştir. Çalışmalar tükenmişliği durumsal faktörlerin (demografik özellikler gibi) ve kişisel faktörlerin

(baş etme stratejileri gibi) de etkilediğini göstermiştir (Yılmaz ve diğerleri, 2009). Tel ve Ertekin- Pınar’ ın (2013) yaptığı çalışmada 36-40 yaş aralığındaki bakım vericilerin tükenmişlik puanları, 18-25 yaş aralığındaki bakım vericilerin tükenmişlik puanlarından yüksek olduğu bildirilmiştir (Tel ve Ertekin-Pınar, 2013). Yapılan çalışmalarda kadın bakım vericinin tükenmişlik puanlarının erkek bakım vericilerin tükenmişlik puanlarından daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Yılmaz ve diğerleri, 2009; Almberg ve diğerleri, 1997).

2.10. Bakım Vericilerde Yük ve Tükenmişlik İlişkisi

Travma Sonrası Stres Bozukluğunda eşlerin yükleri hastalara yardımcı olamamaktan onları tatmin edememelerinden dolayı bakım vericide tükenmişliğe neden olur. Klarić ve diğerlerinin (2010) yaptıkları çalışmada bakım verenin yükü arttıkça tükenmişliğin de arttığını bildirmişlerdir (Klarić ve diğerleri, 2010). Bakım verenlerin itaatkâr yaklaşımı örneğin “ Bu benim kaderim” diyerek problemleri kötü şansa bağlaması tükenmişliği ve bakım veren yükünü artırır (Yılmaz ve diğerleri, 2009). Cuipers ve Stam (2000) yaptığı çalışmada hastanın eşi olmanın bakım veren yükünü arttırdığını ve bu bakım vericilerin duygusal tükenmişlik puanlarının da yüksek olduğunu bildirmişlerdir (Cuipers ve Stam, 2000). Almberg ve diğerleri (1997), bakım verenlerin sosyal hayattan kendilerini kısıtlamaları, olumlu bakış açılarının azalması, subjektif zayıf sağlık algılarının olması, aile içi çatışmaların olması bakım verenlerin subjektif yükünü ve tükenmişliğini arttırdığını bildirmişlerdir (Almberg ve diğerleri, 1997).

2.11. Baş Etme Kavramı

Baş etme, kişinin kendisine yönelik stres yaratan durumlar ve olaylar karşısında dayanma amacı gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkiler olarak tanımlanır. Kişinin kullandığı baş etme yöntemleri yaş, cinsiyet ve kişisel farklılıklar gibi faktörlerle değişiklik gösterir (Ağargün ve diğerleri, 2005).

Strese karşı kişi ya ayrı ya da birlikte iki yol dener. Kişi kendisindeki stresli durumu ya da olayı değiştirmeye çalışırsa bu çabaya “Probleme Dayalı Baş etme” denir. Kişi stresli duruma veya olaya karşı oluşan duygularını mevcut stresli durumu hafifletmek için uğraşır ve kendini değiştirme çabası gösterirse buna “Duygu Odaklı Baş etme” denir (Çam ve Engin, 2014).

Probleme dayalı baş etme yönteminde önce sorun tanımlanır, soruna yönelik alternatifler bulunur ve uygulanır. Duygu odaklı baş etmede ise bastırma, yansıtma, mantığa bürünme gibi savunma mekanizmaları kullanılır ve gerçek olduğundan farklı algılanmaya çalışılır. Fiziksel egzersizler, öfkeyi dışa vurma, dostlarından destek alma gibi bazı davranışsal çabalarla sorun zihinden atılmaya çalışılır (Yıldız, 2016). Duygu odaklı baş etmenin, stres karşısında probleme dayalı baş etmeden daha az etkili olduğu bildirilmiştir (Arslantaş, 2018).

2.11.1. Bakım Vericilerin Baş Etme Stratejileri

Kronik ruhsal hastalıklar, hastanın olduğu kadar bakım vericilerin de yaşamını olumsuz etkiler ve strese neden olurlar (Yıldız, 2016). Bakım vericilerin kullandıkları iki tür baş etme örüntüsü tanımlanmıştır. Probleme dayalı baş etme stratejileri, sorun olan durumları değiştirmek ve sorunu çözme, bilgiyi arama veya olumlu iletişim yolları geliştirme gibi konuları içerir. Bireyler duygu odaklı baş etme stratejilerini kaçınma ya da vazgeçme şeklinde kullanırlar (Arslantaş, 2018; Etters ve diğerleri, 2008).

Yıldız (2016) yaptığı çalışmada bakım vericilerin baş etme yöntemi olarak en sık “Kendine Güvenli Yaklaşım” kullandığını bildirmiştir (Yıldız, 2016). Akpınar (2013)’ ın belirttiğine göre, kendine güvenli yaklaşım, stres verici olay ya da durumlar karşısında bireyin bu durumla ya da olayla etkili bir şekilde başa çıkabilmek için özgüveninin yüksek olduğu ve planlı bir yol izleyerek problemle başa çıkabilme tutumu olarak tanımlanmaktadır (Akpınar, 2013). Çalışmada ağırlıklı olarak bakım verenlerin problem odaklı yaklaşımları tercih ettiklerini bildirmiştir (Yıldız, 2016). Yıldız (2016)’ın bildirdiğine göre, Folkman ve Lazarus’ a göre durumun değişebileceğini farkettilerinde bakım vericilerin sorun çözme, karar verme, harekete geçme gibi etkili baş etme yöntemleri geliştirdiklerini, durumun değişmez olduğunu farkettilerinde ise kabul etme, inkâr ve uzlaşmaya çalışmak gibi etkisiz baş etme yöntemlerini tercih ettiklerini göstermişlerdir. Yıldız (2016) evli olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşımı daha çok tercih ettiklerini bildirmiştir. Bu durumun oluşmasını; evli olan bakım verenlerin ev, iş ve aile sorumluluklarının daha fazla olduğu, bu durumda kişinin dayanıklılığını azalttığı ve dolayısıyla sıkıntılı durumlar için etkisiz baş etme stratejileri kullandıklarını bildirmiştir (Yıldız, 2016). Chadda ve diğerleri (2007) şizofreni ve bipolar bozukluk tanıılı hastaların bakım verenlerinde problemlerin çözümünde duygu odaklı (Özellikle kaçma/ kaçınma davranışı) yöntemlerini kullandıklarını bildirmişlerdir (Chadda ve diğerleri, 2007).

Lakiska ve diğlerleri (2000) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin hastaların olumsuz belirtileri ve hoş olmayan davranışlarıyla baş etmede duygu odaklı baş etme tekniklerini kullandıklarını bildirmişlerdir (Lakiska ve diğlerleri, 2000).

2.12. Bakım Vericilerde Yük, Tükenmişlik ve Baş Etme

Bakım vericilerin baş etme stratejileri bakım veren yükü algılarını ve tükenmişlik düzeylerini etkiler (Etters ve diğlerleri, 2008). Arslantaş (2018)' ın bildirdiğine göre çalışmalarda baş etmeyi en çok etkileyen faktörler; bakım vericinin yük seviyeleri, işlev bozuklukları ve yüksek duygu dışavurum seviyeleri, bakım vericide kaçınma, işinden istifa etme, bakım vermede zorlanma gibi bir takım uyumsuz ve duygu odaklı stratejileri kullanmaktır (Arslantaş, 2018). Bakım vericilerin boyun eğici yaklaşımı baş etme stratejisi olarak kullanması bakım veren yükünü ve tükenmişliği arttırdığı bildirilmektedir (Yılmaz ve diğlerleri, 2009).

Yıldız (2016) yaptığı çalışmada bakım veren yükü arttıkça stresle baş etmede kendine güvenli, çaresiz ve boyun eğici yaklaşımların da arttığı bildirilmektedir. Ayrıca bakım yükü arttıkça sosyal destek arama yaklaşımlarının azaldığını ve dolayısıyla tükenmişliğin de arttığını bildirmektedir (Yıldız, 2016). Özlü ve diğlerlerinin (2015) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin yükü arttıkça çaresizlik ve kaderci yaklaşımın da arttığı bildirilmektedir (Özlü ve diğlerleri, 2015). Başka bir çalışmada OKB hastalarının bakım verenlerinin utanma ve damgalamaya karşı hastanın semptomlarını inkar ettikleri belirtilmekte, bu nedenle de yükleriyle ilgili sessiz kaldıkları belirtilmektedir (Stengler- Wenzke ve diğlerleri, 2004). Kaçınma davranışını baş etme stratejisi olarak kullanan bakım vericilerin, bakım veren yükü ve tükenmişliği artabilmektedir (Di Mattei ve diğlerleri, 2008).

Bakım verenlerde yük sadece günlük işleyişi bozmaz, sürekli bir stres kaynağı oluşturur. Bu stresin nasıl yönetildiği hastaların hastalıklarının seyrini etkileyeceğinden bakım verenlerin baş etme stratejilerini anlamamız önemlidir (Scazufca ve Kuipers, 1999; Nehra ve diğlerleri, 2005). Bakım verenler tarafından hastalık farkındalığı ve uygun baş etme yöntemi edinmek ile bakım veren yükü ve tükenmişliği azaltılabilir (Van Der Voot ve diğlerleri, 2007).

2.13. Şizofreni Hastasının Bakım Vericilerine Yönelik Hemşirelik Yaklaşımları

Kronik ruhsal hastalığı olan kişilerin yakınlarının bakım verme sürecinde aile işlevselliğini sürdürmek için kullandıkları baş etme yöntemlerinin yetersiz olduğu ve bakım vericilerin baş etmelerini geliştirmek için profesyonel desteğe gereksinim duydukları bildirilmektedir (Liu ve diğerleri, 2007). Aileler hastanın bakımını sağlayan birincil kaynak olmasına rağmen, sağlık çalışanlarının desteğine ve uyguladıkları aile müdahalelerine ihtiyaç duymaktadırlar (Karancı, 2000, Arslantaş ve Adana, 2011).

Psikiyatri hemşirelerinin önemli işlevlerinden biri sağlık eğitimidir. Çalışmalarda şizofreni hasta ve ailelerinin yaşadıkları güçlükler nedeniyle sağlık eğitimine gereksinim duydukları bildirilmektedir (Chien ve diğerleri, 2001; Chien ve Norman, 2003). Psikoeğitim genel olarak hasta ve aileler için yapılandırılmış, bilişsel, davranışsal ve psikososyal tedavi yaklaşımlarını anlatmak için kullanılmaktadır. Psikoeğitimin amacı; hasta ve ailelere bilgi vermek, duygusal destek sağlamak, yaşam kalitelerini yükseltmek ve stresle başa çıkma yeteneklerini arttırmaktır (Yurtsever ve diğerleri, 2001). Özellikle şizofreni gibi kronik ruhsal hastalıklarda psikoeğitim uygulamalarının rutin tedavi programları içinde yer alması son derece önemlidir. Psikoeğitimsel programların hastaların ve hasta yakınlarının topluma uyumunu kolaylaştırdığı, semptomların kontrol altına alınmasının, hastaların bireysel işlevselliklerinin artırılmasının, hemşirelerin de içinde bulunduğu sosyal desteğin, ailenin bakım yükünü azalttığı vurgulanmaktadır (Arslantaş ve diğerleri, 2009; Gournay, 2000).

Psikoeğitim öncesi hastanın ve ailesinin; yaşadıkları yerler, alışkanlıkları, inançları, sağlık davranışları, günlük yaşam aktiviteleri, iletişim biçimleri, aile bireylerinin birbiriyle ilişkileri, aşırı duygu dışavurumunun olup olmaması, destek sistemleri, hastanın fiziksel ve ruhsal durumu, tedaviye uyumu, boş zamanlarını değerlendirme biçimi değerlendirilmektedir. Düzenli ev ziyaretleri ile kişisel hijyen, yemek pişirme, alışveriş, ulaşım, boş zaman değerlendirme gibi beceri eğitimleri yapılmaktadır. Bu eğitimlerde ailenin hasta ve hastalıkla ilgili olumlu tutumlar ve gerçekçi beklentiler geliştirmesi sağlanmaktadır.

Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireleri, ailenin bakım yükü ve tükenmişlik düzeylerinin azaltılmasında etkili olabilecek aileye yönelik müdahalelerin belirlenmesi ve geliştirilmesi için araştırmalar planlamalıdır. Yapılacak araştırmalar ile ailelerin bakım yükü, tükenmişlik düzeyleri ve stresle baş etmede hangi yöntemleri kullandıkları öğrenilerek bakım sürecinin değerlendirmesi yapılabilir ve bu süreç sonunda çeşitli müdahaleler geliştirilebilir (Arslantaş

ve Adana, 2011). Yapılan çalışmalarda hemşirenin şizofreni hastalarının ailelerine yönelik eğitim ve danışmanlık rolünü kullanarak hasta ve bakım vereni destekleyip bakım vericilerin bakımda yaşadıkları zorlukları en aza indirme sorumluluğu olduğu vurgulanmıştır (Dixon, 1999; Gournay, 2000). Hemşireler; aileye, şizofreni ve tedavisi hakkında bilgilendirme, hastalıkla baş etme ve sorun çözme becerilerini kazandırmak, ailelere zorlandıkları bakım sürecindeki rollerini öğretilip, benimsetebilmek gibi konularda bireysel ve grup psikoeğitimi planlayarak profesyonel destek sağlayabilirler (Goldstein, 2000; Gall ve diğerleri, 2002).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışma şizofreni hastalarının bakım vericilerinde bakım yükü, tükenmişlik düzeyleri ve tükenmişliğin bakım verenlerin yükü ile olan ilişkisini ve bakım verenlerin baş etmede hangi stratejik yöntemleri kullandıklarını incelemek amacıyla analitik/kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma, Aydın ilinde Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi' nin yataklı servisinde ve polikliniklerde başlatılmıştır. 24 yataklı serviste 5 öğretim üyesi, 18 araştırma görevlisi ve 9 hemşire çalışmaktadır. 4 adet ruh sağlığı ve hastalıkları polikliniği bulunmaktadır. 1 adet psikolog ünitesi polikliniği bulunmaktadır.

Araştırmanın yapılma tarihleri içerisinde şizofreni hastalarının takiplerine bakım vericilerle gelmeyişi ve araştırmacının belirli saatler içerisinde araştırma merkezinde bulunması gibi nedenlerle belirlenen yeterli sayıya ulaşamadığından araştırma merkezlerine gerekli izinler alınarak Aydın Devlet Hastanesi yataklı servisi ve polikliniği ve Aydın Toplum Ruh Sağlığı Merkezi de dahil edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Zamanı

Araştırmanın veri toplama süreci Aydın ilindeki Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Aydın Devlet Hastanesi ve Aydın Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Aralık 2018- Haziran 2022 tarihleri arasında yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma örneklemini hesaplanırken Magliano ve arkadaşlarının (1998) yaptığı çalışmanın sonuçlarından yararlanılmıştır. Araştırma örneklemini evreni bilinmeyen örneklem yöntemi ile güven aralığı %95, alfa: %5 kullanılarak hesaplanmıştır. Hesaplamaya göre örneklem sayısı 217 olarak belirlenmiştir. Örneklem alınacak bakım vericiler tabakalar içinden “Basit Rastgele Örneklem Yöntemi” ile seçilmiştir. Bu örneklem yöntemiye göre, hastaların isimlerine numara verilerek sıralanmış ve basit rastgele sayılar tablosu kullanılarak örneklem alınacak hastaların bakım vericileri belirlenmiştir. Ancak belirlenen tarih aralığında araya pandemi sürecinin girmesi, psikiyatri kliniklerinin kapanması nedeni ile 183 primer bakım vericiyle çalışma tamamlanmıştır.

3.5. Araştırmaya Alınma ve Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

3.5.1. Araştırmaya Alınma Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri, birincil bakım veren konumunda olma,
- Okur-yazar olma,
- En az 1 yıldır bakım verici konumunda olma.

3.5.2. Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- Bakım veren bireylerin herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığın olması,
- Görme ve işitme engeline sahip olmak.

3.6. Veri Toplama Araçları

Veriler, aşağıdaki veri toplama araçları kullanılarak edinilmiştir.

3.6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Soru Formu

İlgili literatür incelenerek oluşturulan hastanın Sosyodemografik özelliklerini içeren 13 soru, bakım vericinin Sosyodemografik özellikleri ve hastalıktan etkilenme durumlarını içeren toplam 31 sorudan oluşmaktadır (Kaya, 2013; Çabuk, 2014; Arslantaş ve Adana 2012; Arslantaş ve Adana, 2011; Arslantaş ve diğerleri, 2009).

3.6.2. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği (AAYÖ)

Levene ve arkadaşları (1996) tarafından geliştirilmiş, ülkemizde geçerlilik güvenilirlik çalışması Arslantaş ve diğerleri (2011) tarafından yapılmış olan Algılanan Aile Yüğü Ölçeği görüşmecinin ya da hasta bakım vericisinin kendisini değerlendirdiği bir ölçektir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.916 olarak hesaplanmıştır. Ölçek bakım vericinin son bir aydaki yükünü sorgulamaktadır. Genel değerlendirme iki basamakta yapılmaktadır: Birinci basamakta hasta yakınları hastalarında var olan davranışların hangisinin olduğunu işaretler ve ikinci basamakta bu davranışların onu ne kadar rahatsız ettiğini belirtir. Eğer belirli bir maddede sorgulanan davranışlar hastada yoksa o maddeye sıfır (0) verilir ve sonraki maddeye geçilir. Eğer sorgulanan davranışlar hastada bulunuyorsa ikinci basamağa ilerlenir ve davranışların aileye verdiği rahatsızlık dördürlü Likert tipi ölçek üzerinde hiç (1), biraz (2), oldukça (3), çok fazla (4) olarak derecelendirilir. Böylelikle her maddeye 0 ile 4 arası bir puan verilmiş olur. Bu puanların toplanması ile toplam puan elde edilir. Levene ve diğerleri (1996) sorgulanan davranışların olup olmadığına ilişkin ilk aşama değerlendirmelerini toplam puanın nesnel bileşeni (0 ile 24 puan arasında); sorgulanan davranışların verdiği rahatsızlığa ilişkin ikinci aşama değerlendirmelerini toplam puanın öznel bileşeni (0 ile 96 puan arasında) olarak tanımlamışlardır. Ayrıca öznel ve nesnel puanların toplamı toplam yüğü belirtmekte olup 0 ile 120 arasında puan alınmakta, puan arttıkça bakım verenin yük algısının arttığı düşünülmektedir (Arslantaş ve diğerleri. 2011). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.86 olarak hesaplanmıştır.

3.6.3. Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ)

Akademik personelin tükenmişliğini ölçmek için 1981 yılında Maslach ve Jackson tarafından geliştirilen ve 1992 yılında Ergin tarafından Türkçe'ye uyarlanan bir ölçektir. Toplam 22 ifadeden oluşan bu ölçek, tükenmişliği üç farklı boyut üzerinden ölçmektedir. Bunlardan birincisi 9 ifadeden oluşan duygusal tükenme (DT) (emotional exhaustion), ikincisi 5 ifadeden oluşan duyarsızlaşma (D) (depersonalization) ve sonuncusu 8 ifadeden oluşan kişisel başarı (KB) (personal accomplishment) alt boyutudur. Ankette yer alan kişisel başarı ifadeleri diğerlerinin aksine olumlu ifadelerdir ve bu ifadelerden alınan yüksek puan yüksek kişisel başarıyı ifade etmekte, diğer taraftan tükenmişliğin düşük düzeyde olduğunu göstermektedir. Buna göre duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinden alınan yüksek puanlar ve kişisel başarı alt ölçeğinden alınan düşük puan yüksek düzeyde tükenmişliği ifade etmektedir. Ölçeğin özgün Cronbach alfa değerleri duygusal tükenmişlik için 0.90, duyarsızlaşma için 0.79, kişisel başarı için 0.71' dir (Gülbol, 2020). Bu araştırmanın Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları duygusal tükenmişlik için 0.87, duyarsızlaşma için 0.82, kişisel başarı için 0.67 olarak hesaplanmıştır.

3.6.4. Stresle Başa çıkma Tarzları Ölçeği (SBÇTÖ)

Ölçek Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilmiştir. Türkiye' de Şahin ve Durak tarafında kısaltılarak üniversite öğrencilerine uyarlanmıştır. Ölçek gerekli uyarlamalar yapılarak 30 madde olacak şekilde uyarlanmıştır. Ölçek, kendine güvenli yaklaşım (8., 10., 14., 16., 20., 23. ve 26. maddeler), çaresiz yaklaşım (3., 7., 11., 19., 22., 25., 27. ve 28. maddeler), boyun eğici yaklaşım (5., 13., 15., 17., 21. ve 24. maddeler), iyimser yaklaşım (2., 4., 6., 12. ve 18. maddeler) ve sosyal destek arama (1., 9., 29. ve 30. maddeler) olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekte probleme yönelik etkili baş etme yolları ve duyguya yönelik etkisiz baş etme yolları olmak üzere iki boyut vardır. Alt ölçeklerden Kendine Güvenli Yaklaşım, İyimser Yaklaşım ve Sosyal destek arama yaklaşımı etkili/probleme yönelik baş etme, Çaresiz yaklaşım ve Boyun Eğici yaklaşım ise etkisiz/duyguya yönelik baş etmenin kullanıldığını göstermektedir. 4'lü Likert Tipi olan bir ölçektir. Sorulara verilen yanıtlara göre 0 ile 3 arasında puan verilmektedir (0: hiç uygun değil, 1: uygun değil, 2: uygun, 3: tamamen uygun). Sosyal Destek Arama alt boyutunda 1. ve 9. Maddeler (ters); hiç uygun değil: 3, uygun

değil: 2, uygun: 1, tamamen uygun: 0 puan olarak değerlendirilmektedir.

Alt ölçek puanları, her bir alt ölçekten alınan puanların ilgili alt ölçekteki madde sayısına bölünmesiyle elde edilmektedir. Alt ölçeklerin her birinden alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3' tür. Kendine güvenli, iyimser ve sosyal desteğe başvurma alt ölçeklerinden elde edilen puanlar arttıkça baş etmede etkili yolların kullanıldığı, çaresiz, boyun eğici yaklaşım alt ölçeklerinden alınan puanların artması ise sorunlarla baş etmede etksiz baş etme yöntemlerinin kullanıldığını bildirir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayıları (Cronbach Alfa), iyimser yaklaşım 0.68, kendine güvenli yaklaşım 0.80, çaresiz yaklaşım 0.73, boyun eğici yaklaşım 0.70, sosyal destek arama 0.47'dir (Folkman ve Lazarus, 1980; Şahin ve Durak, 1995). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı iyimser yaklaşım için 0.62, kendine güvenli yaklaşım için 0.52 çaresiz yaklaşım için 0.62, boyun eğici yaklaşım için 0.74, sosyal destek arama için 0.40 olarak hesaplanmıştır.

3.7. Verilerin Toplanması

Belirlenen tarih aralığında araştırmaya katılmaya gönüllü olan ve araştırmanın alım kriterlerini karşılayan şizofreni hastalarının 183 primer bakım vericileriyle yüzyüze görüşülerek araştırmayla ilgili bilgi verilmiş ve Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu doldurulmuştur. Veri toplama sırasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerindeki görüşme odaları kullanılmıştır. Aydın Devlet Hastanesinde bakım vericilerle Ruh Sağlığı ve Hastalıkları yataklı birimdeki hemşire odasında görüşülmüştür. Aydın Toplum Sağlığı Merkezinde ise bakım vericilerle merkezin ortak kullanım alanında görüşülmüştür.

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 22.0 (Statistical Package for the Social Sciences) paket programından yararlanılarak verilerin nicel değişkenler için normal dağılım varsayımı Kolmogorov-Smirnov testi ile kontrol edilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler; nicel değişkenler için medyan (25.-75.persantil), kategorik değişkenler için sayı ve yüzde, olarak verilmiştir. Bağımsız grup karşılaştırmalarında normal dağılım varsayımı sağlanmadığından Mann

Whitney U testi ve Kruskal-Wallis H testi kullanılmıştır. Nicel değişkenler arası ilişkiler parametrik test varsayımları sağlanmadığından Spearman Korelasyon Analizi ile incelenmiştir. $p<0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

3.9. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ve bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri araştırmanın bağımsız değişkenlerini, Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı (AAYÖ), Maslach Tükenmişlik Ölçeğı (MTÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğı (SBÇTÖ) ise araştırmanın bağımlı değişkenini oluşturmuştur

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmadan elde edilen sonuçlar kullanılan ölçeklerin geçerlik ve güvenirlik boyutlarıyla sınırlıdır.
- Araştırma sonucu, araştırmada kullanılan istatistiksel teknikler ile sınırlıdır.
- Araştırma Aydın ili Efeler ilçesi içerisinde yer alan hastaneler ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ile sınırlıdır.
- Araştırmanın belli tarihler arasında ulaşılan hastaların yakınlarına yapılması,
- Ulaşılmaması hedeflenen sayıya ulaşamaması,
- Hastaların sadece birinci derece olduğu düşünülen yakınlarının araştırmaya alınması diğer aile üyelerinin alınmamasıdır.
- Araştırmanın veri toplama sürecinin Covid-19 pandemi sürecine denk gelmesi, psikiyatri kliniklerinin kapatılması.

3.11. Araştırmanın Etik Yönu

Araştırmanın etik kurul onayı, kurum izni, ölçek kullanım izni ve katılımcıların izni alınmıştır.

- Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakóltesi Giriřimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 08/01/2019 tarih ve 2018/051 protokol numarası kararı ile etik kurul uygunluk onayı alınmıştır (Ek *6).

- Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastane Başhekimliğinin 15/02/2019 tarihli ve 10503 sayılı kararı ile kurum izni alınmıştır (Ek *7).

-Aydın Devlet Hastanesi ve Aydın Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden 12/06/2019 tarihli ve 95190038 sayılı kararı ile kurum izni alınmıştır (Ek *7).

4. BULGULAR

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinde yük, tükenmişlik ve baş etme ilişkisini araştırmak amacıyla yapılan analitik/kesitsel araştırmanın verileri aşağıda sunulmuştur.

Tablo 1. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	70	38.3
	Erkek	113	61.7
Medeni Durum	Evli	95	51.9
	Bekar	88	48.1
Sağlık Güvencesi	SGK	162	88.5
	Özel sigorta	10	5.5
	Yok	11	6.0
Eğitim Durumu	Okuryazar Değil	23	12.6
	İlkokul	56	30.6
	Ortaokul	35	19.1
	Lise	52	28.4
	Üniversite	14	7.7
	Lisansüstü	3	1.6
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	26.8
	Emekli	38	20.8
	Çalışmıyor	96	52.4

Şizofreni hastalarının sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1’de verilmiştir. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının %61.7’ sinin (n=113) erkek, %38.3’ ünün ise (n=70) kadın olduğu görülmektedir. Hastaların medeni durumu incelendiğinde %51.9’ unun (n=95) evli, %48.1’ inin ise (n=88) bekar olduğu görülmektedir.

Hastaların sağlık güvencelerine göre dağılımı incelendiğinde %88.5’ unun (n=162) SGK’ lı olduğu, %5.5’ inin (n=10) özel sigortasının olduğu, %6.0’ sının ise (n=11) herhangi bir sağlık güvencesinin olmadığı görülmektedir.

Hastaların eğitim durumuna göre dağılımları incelendiğinde %12.6’ sının (n=23) okuryazar olmadığı, %30.6’ sının (n=56)’ sının ilkokul mezunu olduğu, %19.1’ inin (n=35) ortaokul mezunu olduğu, %28.4’ ünün (n=52) lise mezunu olduğu, %7.7’ sinin (n=14) üniversite mezunu olduğu, %1.6’ sının (n=3) lisans üstü mezunu olduğu görülmektedir.

Hastaların çalışma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde %26.8' inin (n=49) çalışıyor olduğu, %20.8' inin (n=38) emekli olduğu, %52.4' ünün (n=96) çalışmıyor olduğu görülmektedir.

Tablo 2. Şizofreni hastalarının tedaviye uyum süreci ve psikoaktif madde (alkol, sigara, uyuşturucu madde vb.) kullanım özelliklerinin dağılımı

Hastaların tedaviye uyum süreci ve alkol, madde kullanım özellikleri		Sayı (n)	Yüzde (%)
İlaçları Düzenli Kullanma	Evet	131	71.6
	Arada bir aksatıyor	36	19.7
	Arada bir alıyor	11	6.0
	Hiç almıyor	5	2.7
Kontrole düzenli gitme	Evet	140	76.5
	Hayır	43	23.5
Alkol ve/veya madde kullanım durumu	Evet	95	51.9
	Hayır	88	48.1
Kullanılıyor ise kullanılan madde/maddeler	Yok	88	48.1
	Alkol	14	7.7
	Sigara	81	44.2

Şizofreni hastalarının tedaviye uyum süreci ve psikoaktif madde (alkol, sigara, uyuşturucu madde vb.) kullanım özelliklerinin dağılımı Tablo 2'de gösterilmiştir.

Hastaların ilaçları düzenli kullanma durumuna göre incelendiğinde %71.6' sının (n=131) ilaçlarını düzenli kullandığı, %19.7' sinin (n=36) ilaçlarını arada bir aksattığı, %6.0' ının (n=11) ilaçlarını arada bir aldığı, %2.7' sinin (n=5) ilaçlarını hiç almadığı görülmektedir.

Hastaların kontrollerine düzenli gitme durumları incelendiğinde %76.5' inin (n=140) kontrollerine düzenli olarak gittiği, %23.5' inin ise (n=43) kontrollerine düzenli gitmediği görülmektedir.

Hastaların %51.9' unun (n=95) alkol, madde veya sigara bağımlılığının olduğu, %48.1' inin ise (n=48.1) alkol, madde veya sigara bağımlılığının olmadığı görülmektedir. Alkol, madde veya sigara bağımlılığı olan hastaların %7.7' sinin (n=14) alkol bağımlısı olduğu, %44.2' sinin ise (n=81) sigara bağımlılığı olduğu görülmektedir.

Tablo 3. Şizofreni hastalarına ilişkin yaş, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı dağılımları

	Medyan (25.-75.persentil)
Hastanın Yaşı	44.0 (38.0 – 56.0)
Hastalık Süresi (Yıl)	10.0 (6.0 – 20.0)
Hastaneye Yatış Sayısı	6.0 (3.0 – 10.0)

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının yaş, hastalık süresi ve yatış sayısı dağılımları Tablo 3’te verilmiştir. Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının yaş medyanının 44 olduğu, hastaların hastalık sürelerinin medyanının 10.0 yıl olduğu, hastaların hastaneye yatış medyanının 6.0 olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı

Bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri		Sayı (n)	Yüzde (%)
Cinsiyet	Kadın	134	73.2
	Erkek	49	26.8
Medeni Durum	Evli	140	76.5
	Bekar	43	23.5
Hastaya Yakınlık Durumu	Anne	51	27.9
	Baba	12	6.6
	Çocuk	15	8.2
	Eş	78	42.6
	Kardeş	27	14.7
Eğitim Durumu	İlkokul	61	33.3
	Ortaokul	21	11.5
	Lise	80	43.7
	Üniversite	14	7.7
	Lisansüstü	7	3.8
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37	20.2
	Emekli	76	41.5
	Çalışmıyor	70	38.3
Gelir Düzeyi	Gelir giderden az	13	7.1
	Gelir gidere eşit	52	28.4
	Gelir giderden fazla	118	64.5

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı Tablo 4’te verilmiştir. Bakım vericilerin %73.2’ sinin (n=134) kadın, %26.8’ inin (n=49) erkek olduğu görülmektedir.

Araştırmaya katılan bakım vericilerin hastaya yakınlık durumları incelendiğinde %27.9’ unun (n=51) hastanın annesi olduğu, %6.6’ sının (n=12) hastanın babası olduğu, %8.2’ sinin (n=15) hastanın çocuğu olduğu, %42.6’ sının (n=78) hastanın eşi olduğu, %14.7’ sinin ise (n=27) hastanın kardeşi olduğu görülmektedir.

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin eğitim durumlarına göre dağılımları incelendiğinde % 33.3' ünün (n=61) ilkokul mezunu olduğu, %11.5' inin (n=21) ortaokul mezunu olduğu, %43.7'sinin (n=80) lise mezunu olduğu, %7.7' sinin (n=14) üniversite mezunu olduğu, %3.8' inin (n= 7) lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir.

Bakım vericilerin çalışma durumları incelendiğinde %20.2' sinin (n=37) çalışıyor olduğu, %41.5' inin (n=76) emekli olduğu, %38.3' ünün (n= 70) herhangi bir işte çalışmadığı görülmektedir.

Bakım vericilerin gelir düzeyleri incelendiğinde bakım vericilerin %7.1' inin (n=13) gelir giderden az olduğunu ifade ettikleri, %28.4' ünün (n=52) gelirlerinin giderleriyle eşit olduğunu ifade ettikleri, %64.5' inin (n=118) gelirlerinin giderlerinden fazla olduğunu ifade ettikleri görülmektedir.

Tablo 5. Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım süreci ve şizofreniyle ilgili sorulan sorulara verdiği yanıtların dağılımı

Bakım vericilerin bakım verme süreci özellikleri ve şizofreni hakkında bilgi durumu		Sayı (n)	Yüzde (%)
Bakım Sırasında Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma Durumu	Evet	105	57.4
	Hayır	78	42.6
Eğer Yardım Alıyorsa Bu Yardımı Kim/Kimlerden Aldığı	Anne baba	28	15.3
	Eş	33	18.0
	Çocuklar	35	19.1
	Kardeş	8	4.4
	Diğer (Komşu, arkadaş vb)	79	43.2
Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	48	26.2
	Hayır	135	73.8
Şizofreniyi Bilme Durumu	Evet	136	74.3
	Hayır	47	25.7
Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	129	70.5
	Hayır	54	29.5

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım süreci ve şizofreniyle ilgili sorulan sorulara verdiği yanıtların dağılımı Tablo 5’te gösterilmiştir. Bakım vericilerin bakım verirken diğer aile üyelerinden yardım alma durumları incelendiğinde %57.4’ ünün (n=105) diğer aile üyelerinden yardım aldığı, %42.6’ sının ise (n=78) diğer aile üyelerinden yardım almadığı görülmektedir.

Bakım vericilerin hastaya bakım verirken eğer yardım alıyorsa yardım aldığı diğer üyelerin istatistiksel dağılımına göre %15.3’ ünün (n=28) bakım vericinin anne veya babasından yardım aldığı, %18’ inin (n=33) bakım vericinin eşinden yardım aldığı, %19.1’ inin (n=35) bakım vericinin çocuklarından yardım aldığı, %4.4’ ünün (n=8) bakım vericinin kardeşinden yardım aldığı, %43.2’ sinin ise (n=79) bakım vericinin komşusu veya arkadaşı gibi kişilerden yardım aldığı görülmektedir.

Bakım vericilerin ailelerinde başka ruhsal hastalığın olma durumu incelendiğinde %26.2’ sinin (n=48) ailelerinde başka ruhsal hastalığı olan bireyin bulunduğu, % 73.8’ inin ise (n=135) ailelerinde başka ruhsal hastalığı olan bireyin bulunmadığı görülmektedir.

Hastaların şizofreniyi bilme durumu ve şizofreni hakkında bilgi alma durumları incelendiğinde %74.3’ ünün (n=136) şizofreni hastalığını bildiklerini düşündükleri, %70.5’ inin ise (n=129) şizofreni hastalığı hakkında bilgi aldıkları görülmektedir. Araştırmaya katılan bakım vericilerin %25.7’ sinin (n=47) şizofreni hastalığını bilmedikleri, %29.5’ inin ise (n=54) şizofreni hastalığı hakkında bilgi almadıkları görülmektedir.

Tablo 6. Bakım vericilere ilişkin bakım vermayeyle ilişkili tanımlayıcı istatistikler

	Medyan (25.-75.persentil)
Bakım Veren Yaşı	54.0 (45.0 – 64.0)
Evde Yaşayan Kişi Sayısı	3.0 (3.0 – 4.0)
Kaç Yıl Bakım Verdiği	12.0 (6.0 – 20.0)
Hasta ile Geçirilen Vakit (Saat)	24.0 (10.0 – 24.0)

Tablo 6’da bakım vericilerin bakım verme durumlarına ilişkin istatistiksel tanımlayıcı bilgiler verilmiştir. Bakım vericilerin yaşlarının medyanının 54.0 olduğu görülmektedir. Bakım vericilerin evde yaşayan kişi medyanının 3.0 olduğu görülmektedir. Bakım vericilerin bakım verdiği yılın medyanının 12.0 olduğu görülmektedir. Bakım vericilerin hasta ile geçirdiği vaktin medyanının 24.0 olduğu görülmektedir.

Tablo 7. Araştırmada kullanılan Algılanan Aile Yüğü Ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri

	Ortalama ve Standart Sapma	Araştırmamızdan elde edilen minimum ve maksimum puan	Ölçekten alınabilen minimum ve maksimum puan
Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı (n=183)	20.77±15.13	0.00-76.00	0.00-120.00

Tablo 7’de araştırmada kullanılan Algılanan Aile Yüğü Ölçeğinin tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Buna göre Algılanan Aile Yüğü Ölçeğinin ortalama ve standart sapma değeri 20.77±15.13, minimum değeri 0.00, maksimum değeri 76.00 olarak tespit edilmiştir. Algılanan Aile Yüğü Ölçeğinden alınabilecek minimum ve maksimum puan ise 0.00-120.00 puandır.

Tablo 8. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı toplam puanlarının ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test, p	P	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	70	17.0 (10.0 – 24.3)	1.418*	0.156	-
	Erkek	113	21.0 (9.0 – 32.0)			
Medeni Durum	Evli	95	17.0 (7.0 – 28.0)	-2.377*	0.017	Evli<Bekar
	Bekar	88	21.5 (12.0 – 32.8)			
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	23	15.0 (8.0 – 28.0)	6.678**	0.154	-
	İlkokul	56	20.5 (11.3 – 32.8)			
	Ortaokul	35	22.0 (11.0 – 31.0)			
	Lise	52	13.5 (6.3 – 24.0)			
	Üniversite	17	21.0 (10.0 – 29.5)			
Sağlık Güvencesi	SGK	162	18.0 (9.0 – 28.0)	5.475**	0.065	-
	Özel sigorta	10	22.5 (10.0 – 29.3)			
	Yok	11	32.0 (18.0 – 38.0)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	13.0 (3.0 – 23.5)	14.464**	0.001	Çalışıyor<Çalışmıyor
	Çalışmıyor	96	22.5 (12.0 – 33.0)			
	Emekli	38	15.5 (7.8 – 24.8)			
İlaçları Düzenli Kullanma	Evet	131	18.0 (8.0 – 27.0)	16.438**	<0.001	Evet<Arada bir alıyor ya da hiç Arada bir aksatıyor<Arada bir alıyor ya da hiç almıyor
	Arada bir aksatıyor	36	16.0 (11.0 – 31.5)			
	Arada bir alıyor ya da hiç almıyor	16	39.5 (22.5 – 47.0)			
Kontrolle Düzenli Gitme	Evet	140	19.0 (9.0 – 28.8)	-1.161*	0.246	-
	Hayır	43	20.0 (12.0 – 40.0)			
Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu	Evet	95	20.0 (11.0 – 32.0)	-2.161*	0.031	Evet>Hayır
	Hayır	88	16.0 (8.3 – 27.0)			

*MW:Mann-Whitney U Testi, **KW:Kruskall-Wallis H Testi

Tablo 8' de şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine ilişkin bakım vericilerin Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir. Toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Medeni duruma göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu ($MW=-2.377$, $p=0.017$). Evli olan hastaların bakım vericilerin AAYÖ toplam puan ortalamalarının, bekar olan hastaların bakım vericilerinin AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur.

Çalışma durumuna göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($KW=14.464$, $p=0.001$). Çalışan hastaların bakım vericilerinin AAYÖ toplam puan ortalamalarının, çalışmayan hastanın bakım vericilerinin AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

İlaçları düzenli kullanma durumuna göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($KW=16.438$, $p<0.001$). İlaçlarını arada bir alan ya da hiç almayanların hastalara bakım veren bakım vericilerin AAYÖ toplam puan ortalamalarının, ilaçlarını düzenli alanların ve arada bir aksatan hastalara bakım veren bakım vericilerin AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Alkol ve/veya madde kullanım durumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($MW=-2.161$, $p=0.031$). Alkol ve/veya madde kullanımı olan hastaların bakım vericilerinde AAYÖ toplam puan ortalamalarının, Alkol ve/veya madde kullanımı olmayan hastaların bakım vericilerinin AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Cinsiyet, eğitim durumu, sağlık güvencesi ve kontrole düzenli gitme durumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, $MW=1.418$, $p=0.156$; eğitim durumu, $KW=6.678$, $p=0.154$; sağlık güvencesi, $KW=5.475$, $p=0.065$; kontrole düzenli gitme durumu, $MW=-1.161$, $p=0.246$).

Tablo 9. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	134	19.0 (9.8-31.3)	-0.054*	0.957	-
	Erkek	49	20.0 (9.5-28.0)			
Medeni Durum	Evli	140	18.0 (9.0 – 28.0)	-0.947*	0.344	-
	Bekar	43	22.0 (11.0 – 32.0)			
Eğitim Durumu	İlkokul	61	22.0 (9.5-38.0)	3.095**	0.377	-
	Ortaokul	21	20.0 (9.5-31.5)			
	Lise	80	17.5 (8.3-27.0)			
	Üniversite	21	20.0 (11.5-27.5)			
Hastaya Yakınlık Durumu	Anne	51	21.0 (11.0-38.0)	11.016**	0.026	Eş<Anne Eş<Baba
	Baba	12	26.5 (17.0-40.8)			
	Çocuk	15	20.0 (12.0-32.0)			
	Eş	78	15.5 (6.8-27.3)			
	Kardeş	27	16.0 (10.0-24.0)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37	18.0 (8.5 – 29.5)	2.392**	0.302	-
	Çalışmıyor	70	17.5 (8.0 – 28.3)			
	Emekli	76	20.5 (12.0 – 31.5)			
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	13	26.0 (16.0 – 33.0)	3.789**	0.150	-
	Gelir Gidere Eşit	52	20.0 (10.3 – 31.5)			
	Gelir Giderden Fazla	118	18.0 (8.0 – 28.3)			

Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma Durumu	Evet	105	19.0 (8.5 – 30.5)	-0.209*	0.834	-
	Hayır	78	20.0 (10.0 – 29.3)			
Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	48	23.5 (12.5 – 40.8)	-2.767*	0.006	Evet>Hayır
	Hayır	135	18.0 (8.0 – 27.0)			
Şizofreniyi Bilme Durumu	Evet	136	20.0 (10.0 – 31.8)	-2.043*	0.041	Evet>Hayır
	Hayır	47	15.0 (6.0 – 24.0)			
Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	129	20.0 (10.0 – 29.5)	-1.188*	0.235	-
	Hayır	54	16.5 (6.0 – 29.0)			

*MW:Mann-Whitney U Testi, **KW:Kruskall-Wallis H Testi

Tablo 9’ da şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde hasta yakınlık durumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (KW=11.016, $p=0.026$). Hasta yakınlık durumu eş olanların AAYÖ toplam puan ortalamaları, hasta yakınlık durumu anne ve baba olanların AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin ailelerinde başka ruhsal hastalığı olma durumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (MW=-2.767, $p=0.006$). Ailelerinde başka ruhsal hastalığı olanların AAYÖ toplam puan ortalamaları, olmayanların AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde şizofreniyi bilme durumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (MW=-2.043, $p=0.041$). Şizofreniyi bilenlerin AAYÖ toplam puan ortalamaları, bilmeyenlerin AAYÖ toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, diğer aile üyelerinden yardım alma ve şizofreniyi bilme durumuna göre AAYÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.054, $p=0.957$; medeni durum, MW=-0.947, $p=0.344$; eğitim durumu, KW=3.095, $p=0.377$; çalışma durumu, KW=2.392 $p=0.302$; gelir düzeyi, KW=3.789, $p=0.150$; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-0.209, $p=0.834$; şizofreniyi bilme durumu, MW=-2.043, $p=0.235$).

Tablo 10. Araştırmada kullanılan Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri

Maslach Tükenmişlik Ölçeği Alt Boyutları	Ortalama ve Standart Sapma	Araştırmamızdan elde edilen minimum ve maksimum puan	Ölçekten alınabilen minimum ve maksimum puan
Duygusal Tükenme	25.15±6.78	10.00-31.00	0.00-36.00
Duyarsızlaşma	8.10±3.48	5.00-20.00	0.00-20.00
Kişisel Başarı	25.33±5.23	9.00-32.00	0.00-32.00
Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam	58.59±15.49	24.00-88.00	0.00-88.00

Tablo 10’ da şizofreni hastalarının bakım vericilerinde Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin ve alt boyutlarının tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Buna göre duygusal tükenme alt boyutunun ortalama ve standart sapma değeri 25.15±6.78, minimum puanı 10.00, maksimum puan değeri 31.00 olarak saptanmıştır. Duyarsızlaşma alt boyutunun ortalama ve standart sapma değeri 8.10±3.48, minimum puanı 5.00, maksimum puan değeri 21.00 olarak saptanmıştır. Kişisel Başarı alt boyutunun ortalama ve standart sapma değeri 25.33±5.23, minimum puanı 9.00, maksimum puan değeri 37.00 olarak saptanmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeği Toplam ortalama ve standart sapma değeri 58.59±15.49, minimum puanı 24.00, maksimum puanı 88.00 olarak saptanmıştır. Maslach Tükenmişlik Ölçeğinden alınabilecek minimum ve maksimum puan 0.00-88.00, alt ölçeklerinden alınabilecek minimum ve maksimum puan ise 0.00-32.00 puandır.

Tablo 11. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

			MTÖ Duygusal Tükenme			MTÖ Duyarsızlaşma			MTÖ Kişisel Başarı		
		n	Medyan (25.-75.persentil)	test	p	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p
Cinsiyet	Kadın	70	25.0 (22.0 – 28.0)	-0.160 *	0.873	7.0 (5.0 – 10.0)	-0.156 *	0.876	26.0 (23.0 – 29.0)	-0.95 *	0.342
	Erkek	113	24.0 (21.0 – 30.5)			7.0 (5.0 – 11.0)			26.0 (22.5 – 28.0)		
Medeni Durum	Evli	95	24.0 (21.0 – 29.0)	-1.085 *	0.278	7.0 (5.0 – 11.0)	-1.662 *	0.097	25.0 (22.0 – 28.0)	-2.224 *	0.026
	Bekar	88	25.0 (22.0 – 30.0)			6.0 (5.0 – 9.8)			27.0 (24.0 – 29.0)		
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	23	22.0 (18.0 – 28.0)	11.25 **	0.024	6.0 (5.0 – 8.0)	2.493 **	0.646	25.0 (23.0 – 28.0)	3.596 **	0.463
	İlkokul	56	25.0 (23.0 – 31.8)			7.0 (5.0 – 11.0)			26.0 (23.0 – 28.0)		
	Ortaokul	35	27.0 (21.0 – 32.0)			7.0 (5.0 – 11.0)			27.0 (24.0 – 29.0)		
	Lise	52	23.5 (21.0 – 27.8)			7.0 (5.0 – 10.0)			26.0 (22.0 – 29.8)		
	Üniversite	17	25.0 (16.5 – 27.5)			9.0 (5.0 – 13.0)			24.0 (18.0 – 28.5)		
Sağlık Güvencesi	SGK	162	24.0 (21.0 – 30.0)	6.583 **	0.037	7.0 (5.0 – 10.0)	2.025 **	0.363	26.0 (23.0 – 28.0)	4.270 **	0.118
	Özel sigorta	10	25.0 (16.8 – 27.3)			1.0 (5.0 – 13.3)			22.5 (17.5 – 28.0)		
	Yok	11	30.0 (26.0 – 33.0)			8.0 (5.0 – 16.0)			27.0 (26.0 – 30.0)		

Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	24.0 (21.0 – 26.0)	12.224**	0.002	6.0 (5.0 – 10.0)	1.664**	0.435	26.0 (22.5 – 29.0)	3.519**	0.172
	Çalışmıyor	96	26.5 (23.0 – 31.0)			7.0 (5.0 – 11.0)			26.5 (24.0 – 29.0)		
	Emekli	38	22.0 (17.8 – 29.0)			7.0 (5.0 – 9.3)			24.0 (19.8 – 28.0)		
İlaçları Düzenli Kullanma	Evet	131	24.0 (21.0 – 29.0)	8.410**	0.015	6.0 (5.0 – 9.0)	13.642**	0.001	26.0 (23.0 – 29.0)	1.413**	0.493
	Arada bir aksatıyor	36	25.0 (22.3 – 30.3)			9.0 (6.0 – 12.0)			25.5 (23.0 – 28.0)		
	Arada bir alıyor ya da hiç Almıyor	16	29.5 (25.0 – 36.0)			9.0 (6.0 – 12.5)			26.0 (18.8 – 29.8)		
Kontrole Düzenli Gitme	Evet	140	24.0 (22.0 – 29.0)	-1.167*	0.243	7.0 (5.0 – 10.0)	-0.698*	0.485	26.0 (23.0 – 28.8)	-0.700*	0.484
	Hayır	43	27.0 (21.0 – 34.0)			7.0 (5.0 – 11.0)			26.0 (23.0 – 28.0)		
Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu	Evet	95	25.0 (22.0 – 32.0)	-1.797*	0.072	7.0 (5.0 – 11.0)	-1.131*	0.258	26.0 (23.0 – 28.0)	-1.072*	0.284
	Hayır	88	24.0 (21.0 – 28.0)			7.0 (5.0 – 9.8)			26.0 (24.0 – 29.8)		

*MW: Mann-Whitney U Testi, **KW: Kruskall-Wallis H Testi

Tablo 11’ de şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine ilişkin bakım vericilerin Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Eğitim durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=11.25, $p=0.024$). Okuryazar olmayan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, ilkokul ve ortaokul mezunu olan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Sağlık güvencesine göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (KW=6.583, $p=0.037$). Sağlık güvencesi olmayan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, sağlık güvencesi SGK ve özel sigorta olan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Çalışma durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (KW=12.224, $p=0.002$). Çalışmayan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, çalışan ve emekli olan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

İlaçları düzenli kullanma durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur (KW=8.410, $p=0.015$). İlaçlarını arada bir alan ya da hiç almayan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, ilaçlarını düzenli alan hastalara bakım verenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir.

Hastaların cinsiyeti, medeni durumu, kontrole düzenli gitme durumu ve alkol ve/veya madde kullanım durumu incelendiğinde, bakım vericilerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.160, $p=0.873$; medeni durum, MW=-1.085, $p=0.278$; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-1.167, $p=0.243$; alkol ve/veya madde kullanım durumu, MW=-1.797, $p=0.072$).

İlaçları düzenli kullanma durumuna göre duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=13.642, $p=0.001$). İlaçlarını

arada bir alan ya da hiç almayanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları, ilaçlarını düzenli alanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Hastanın cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu, kontrole düzenli gitme ve alkol ve/veya madde kullanım durumu incelendiğinde, bakım vericilerin duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, $MW=-0.156$, $p=0.876$; medeni durum, $MW=-1.662$, $p=0.097$; eğitim durumu, $KW=2.493$, $p=0.646$; sağlık güvencesi, $KW=2.025$, $p=0.363$; çalışma durumu, $KW=1.664$, $p=0.434$; kontrole düzenli gitme durumu, $MW=-0.698$, $p=0.485$; alkol ve/veya madde kullanım durumu, $MW=-1.131$, $p=0.258$).

Medeni duruma göre kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($MW=-2.224$, $p=0.026$). Evli olan hastaya bakım verenlerin kişisel başarı toplam puan ortalamaları, bekar hastalara bakım verenlerin kişisel başarı toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastanın cinsiyeti, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu, kontrole düzenli gitme, ilaçları düzenli kullanma durumu ve Alkol ve/veya madde kullanım durumu incelendiğinde bakım vericilerin kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, $MW=-0.95$, $p=0.342$; eğitim durumu, $KW=3.596$, $p=0.463$; sağlık güvencesi, $KW=4.270$, $p=0.118$; çalışma durumu, $KW=3.519$, $p=0.172$; kontrole düzenli gitme durumu, $MW=-0.700$, $p=0.493$; ilaçları düzenli kullanma durumu, $KW=1.413$, $p=0.484$; alkol ve/veya madde kullanım durumu, $MW=-1.072$, $p=0.284$).

Tablo 12. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma, kişisel başarı alt boyutların toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

			MTÖ Duygusal Tükenme			MTÖ Duyarsızlaşma			MTÖ Kişisel Başarı		
		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p
Cinsiyet	Kadın	134	24.0 (21.0 – 30.0)	1.015	0.310	7.0 (5.0 – 11.0)	-0.205	0.838	26.0 (23.0 – 28.0)	-0.220	0.826
	Erkek	49	26.0 (22.0 – 30.0)	*		7.0 (5.0 – 9.5)	*		26.0 (23.0 – 29.5)	*	
Medeni Durum	Evli	140	24.0 (21.0 – 29.0)	-1.277	0.201	7.0 (5.0 – 10.8)	-0.814	0.415	26.0 (22.5 – 28.0)	-2.344	0.019
	Bekar	43	25.0 (22.0 – 30.0)	*		8.0 (5.0 – 10.0)	*		27.0 (25.0 – 31.0)	*	
Eğitim Durumu	İlkokul	61	24.0 (21.0 – 31.0)	1.847	0.605	6.0 (5.0 – 8.5)	3.861	0.277	27.0 (24.0 – 29.0)	11.343	0.010
	Ortaokul	21	27.0 (21.5 – 32.5)			7.0 (5.0 – 9.5)			26.0 (24.0 – 28.0)		
	Lise	80	24.0 (22.0 – 29.0)			8.0 (5.0 – 10.8)			26.0 (23.0 – 29.8)		
	Üniversite	21	25.0 (20.5 – 28.5)			9.0 (5.0 – 12.5)			22.0 (17.0 – 25.5)		
Hastaya Yakınlık Durumu	Anne	51	25.0 (23.0 – 30.0)	4.140	0.387	6.0 (5.0 – 10.0)	1.184	0.881	27.0 (25.0 – 29.0)	8.866	0.070
	Baba	12	28.5 (23.0 – 26.5)			7.5 (5.3 – 8.8)			27.0 (24.3 – 30.0)		
	Çocuk	15	25.0 (16.0 – 31.0)			7.0 (5.0 – 12.0)			24.0 (20.0 – 29.0)		
	Eş	78	24.0 (21.0 – 28.3)			7.0 (5.0 – 11.0)			25.0 (22.0 – 27.3)		
	Kardeş	27	24.0 (21.0 – 30.0)			7.0 (5.0 – 10.0)			26.0 (23.0 – 28.0)		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37	25.0 (22.5 – 28.0)	1.906	0.386	8.0 (5.0 – 13.0)	2.456	0.293	25.0 (20.5 – 27.0)	3.480	0.175
	Çalışmıyor	70	24.0 (21.0 – 30.0)			6.0 (5.0 – 10.0)			26.0 (23.0 – 28.3)		
	Emekli	76	25.0 (22.0 – 30.8)			7.0 (5.0 – 10.0)			27.0 (23.0 – 30.0)		
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	13	26.0 (24.5 – 32.0)	1.772	0.412	11.0 (7.0 – 15.0)	12.235	0.002	20.0 (16.0 – 27.5)	4.935	0.085
	Gelir Gidere Eşit	52	25.0 (21.0 – 28.8)			7.5 (5.3 – 12.0)			25.5 (21.0 – 29.5)		
	Gelir Giderden Fazla	118	24.0 (21.8 – 30.0)			6.5 (5.0 – 9.0)			26.0 (24.0 – 28.3)		

Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma	Evet	105	24.0 (21.0 – 29.0)	-1.193 *	0.233	7.0 (5.0 – 10.0)	-0.238 *	0.812	26.0 (23.5 – 29.0)	-1.530 *	0.126
	Hayır	78	25.0 (21.8 – 30.0)			7.0 (5.0 – 11.3)			25.0 (21.0 – 28.0)		
Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	48	26.0 (21.0 – 32.5)	-0.717 *	0.474	8.0 (5.3 – 10.0)	-1.576 *	0.115	27.0 (24.3 – 30.8)	-2.277 *	0.023
	Hayır	135	24.0 (22.0 – 30.0)			6.0 (5.0 – 11.0)			26.0 (23.0 – 28.0)		
Şizofreniyi Bilme Durumu	Evet	136	25.0 (22.0 – 30.0)	-1.990 *	0.047	7.0 (5.0 – 11.0)	-1.554 *	0.120	26.0 (23.0 – 28.8)	-0.016 *	0.987
	Hayır	47	22.0 (21.0 – 28.0)			6.0 (5.0 – 9.0)			26.0 (24.0 – 28.0)		
Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	129	25.0 (22.0 – 30.0)	-2.801 *	0.005	8.0 (5.0 – 11.0)	-3.746 *	<0.001	26.0 (23.0 – 28.0)	-0.766 *	0.444
	Hayır	54	22.0 (18.0 – 27.3)			5.0 (5.0 – 7.3)			26.0 (24.0 – 29.0)		

*MW: Mann-Whitney U Testi, **KW: Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 12’de şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarının toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde şizofreniyi bilme durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($MW=-1.990$, $p=0.047$). Şizofreniyi bilenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, bilmeyenlerin duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($MW=-2.801$, $p=0.005$). Şizofreni hakkında bilgisi olanların duygusal tükenme toplam puan ortalamaları, bilgisi olmayanların duygusal tükenme toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, diğer aile üyelerinden yardım alma ve ailede başka ruhsal hastalığın varlığı durumuna göre duygusal tükenme toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı (cinsiyet, $MW=1.015$, $p=0.310$; medeni durum, $MW=1.277$, $p=0.201$; eğitim durumu, $KW=1.847$, $p=0.605$; hastaya yakınlık durumu, $KW=4.140$, $p=0.387$; çalışma durumu, $KW=1.906$, $p=0.386$; gelir düzeyi, $KW=1.772$, $p=0.412$; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, $MW=-1.193$, $p=0.233$; ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, $MW=-0.717$, $p=0.474$).

Bakım verenlerde gelir durumuna göre duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($KW=12.235$, $p=0.002$). Geliri giderlerinden az olanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları, geliri giderlerinden fazla olanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($MW=-3.746$, $p<0,001$). Şizofreni hakkında bilgisi olanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları, bilgisi olmayanların duyarsızlaşma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, diğer aile üyelerinden yardım alma, ailede başka ruhsal hastalığın varlığı ve şizofreniyi bilme durumuna göre duyarsızlaşma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, $MW=-0.205$, $p=0.838$; medeni durum, $MW=-0.814$, $p=0.415$; eğitim durumu, $KW=3.861$, $p=0.277$; hastaya yakınlık durumu, $KW=1.184$, $p=0.881$; çalışma durumu, $KW=2.456$, $p=0.293$; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, $MW=-0.238$, $p=0.812$; ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, $MW=-1.576$, $p=0.115$; şizofreniyi bilme durumu, $MW=-1.554$, $p=0.120$).

Bakım verenlerin medeni durumuna göre kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($MW=-2.344$, $p=0.019$). Evli olanların kişisel başarı toplam puan ortalamaları, bekar olanların kişisel başarı toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin eğitim durumuna göre kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($KW=11.343$, $p=0.010$). Üniversite mezunu olanların kişisel başarı toplam puan ortalamaları, ilkokul, ortaokul ve lise mezunu olanların kişisel başarı toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde ailede başka ruhsal hastalığı olma durumuna göre kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($MW=-2.277$, $p=0.023$). Ailesinde başka ruhsal hastalığı olanların kişisel başarı toplam puan ortalamaları, başka ruhsal hastalığı olmayanların kişisel başarı toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, hasta yakınlık durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, şizofreniyi bilme durumu ve şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre kişisel başarı toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, $MW=-0.220$, $p=0.826$; hastaya yakınlık durumu, $KW=8.866$, $p=0.070$; çalışma durumu, $KW=3.480$, $p=0.175$; gelir düzeyi, $KW=4.935$, $p=0.085$; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, $MW=-1.530$, $p=0.126$; şizofreniyi bilme durumu, $MW=-0.016$, $p=0.987$; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, $MW=-0.766$, $p=0.444$).

Tablo 13. Bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği toplam puan istatistikleri

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği	Ortalama ve Standart Sapma	Araştırmamızdan elde edilen minimum ve maksimum puan	Ölçekten alınabilen minimum ve maksimum puan
İyimser Yaklaşım	2.97±0.45	0.71-3.00	0.00-3.00
Kendine Güvenli Yaklaşım	2.83±0.39	0.38-2.95	0.00-3.00
Çaresiz Yaklaşım	1.95±0.43	0.00-2.10	0.00-3.00
Boyun Eğici Yaklaşım	2.98±0.45	1.66-3.00	0.00-3.00
Sosyal Desteğe Başvurma	2.71±0.47	1.50-2.75	0.00-3.00

Tablo 13’te bakım verenlerin SBÇTÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; bakım vericiler çoğunlukla “Boyun eğici yaklaşımı” kullanmaktadırlar (2.98±0.45). Başvurulan diğer baş etme yöntemleri ise en fazla kullanım sırasına göre iyimser yaklaşım (2.97±0.45), kendine güvenli yaklaşım (2.83±0.39), sosyal desteğe başvurma (2.71±0.47) ve çaresiz yaklaşımdır (1.95±0.43).

Tablo 14. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	70	2.25 (2.10 – 2.40)	-1.342*	0.180	-
	Erkek	113	2.25 (1.95 – 2.40)			
Medeni Durum	Evli	95	2.25 (2.10 – 2.40)	-0.457*	0.648	-
	Bekar	88	2.25 (1.99 – 2.40)			
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	23	2.25 (2.10 – 2.40)	2.865**	0.581	-
	İlkokul	56	2.25 (1.95 – 2.40)			
	Ortaokul	35	2.25 (2.10 – 2.40)			
	Lise	52	2.40 (1.95 – 2.40)			
	Üniversite	17	2.25 (1.95 – 2.40)			
Sağlık Güvencesi	SGK	162	2.25 (2.10 – 2.40)	2.752**	0.253	-
	Özel sigorta	10	2.17 (1.95 – 2.40)			
	Yok	11	2.10 (1.95 – 2.40)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	2.25 (2.10 – 16,5)	1.492**	0.474	-
	Çalışmıyor	96	2.25 (1.95 – 2.40)			
	Emekli	38	2.25 (1.87 – 2.40)			
İlaçları Düzenli Kullanma	Evet	131	2.25 (2.10 – 2.40)	7.680**	0.021	Evet<Arada bir alıyor ya da hiç almıyor
	Arada bir aksatıyor	36	2.25 (1.95 – 2.40)			
	Arada bir alıyor ya da hiç almıyor	16	1.95 (1.80 – 2.37)			
Kontrolle Düzenli Gitme	Evet	140	2.25 (2.10 – 2.40)	-0.427*	0.640	-
	Hayır	43	2.25 (1.95 – 2.40)			
Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu	Evet	95	2.10 (1.95 – 2.40)	-1.585*	0.113	-
	Hayır	88	2.25 (2.10 – 2.40)			

*MW: Mann-Whitney U Testi, **KW: Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 14’te şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine ilişkin bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

İlaçlarını düzenli kullanma durumuna göre iyimser yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=7.680, $p=0.026$). İlaçlarını düzenli kullanan hastalara bakım verenlerin iyimser yaklaşım toplam puan ortalamaları, ilaçlarını arada bir alanlar ya da hiç almayanlara bakım verenlerin iyimser yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastanın cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu, kontrole düzenli gitme durumu ve alkol ve/veya madde kullanım durumuna göre iyimser yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-1.342, $p=0.180$; medeni durum, MW=-0.457, $p=0.648$; eğitim durumu, KW=2.865, $p=0.581$; sağlık güvencesi, KW=2.752, $p=0.253$; çalışma durumu, KW=1.492, $p=0.474$; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-0.427, $p=0.640$; alkol ve /veya madde kullanım durumu, MW=-1.585, $p=0.113$).

Tablo 15. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	70	2.37 (2.12 – 2.50)	-1.477*	0.140	-
	Erkek	113	2.25 (2.12 – 2.37)			
Medeni Durum	Evli	95	2.25 (2.12 – 2.37)	-1.317*	0.188	-
	Bekar	88	2.37 (2.12 – 2.50)			
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	23	2.37 (2.12 – 2.50)	6.951**	0.139	-
	İlkokul	56	2.31 (2.12 – 2.50)			
	Ortaokul	35	2.25 (2.12 – 2.37)			
	Lise	52	2.31 (2.12 – 2.37)			
	Üniversite	17	2.12 (1.75 – 2.44)			
Sağlık Güvencesi	SGK	162	2.25 (2.12 – 2.50)	1.066**	0.587	-
	Özel sigorta	10	2.19 (1.75 – 2.56)			
	Yok	11	2.12 (2.00 – 2.50)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	2.37 (2.12 – 2.37)	10.561**	0.005	Emekli<Çalışıyor Emekli<Çalışmıyor
	Çalışmıyor	96	2.37 (2.12 – 2.50)			
	Emekli	38	2.12 (2.00 – 2.25)			
İlaçları Düzenli Kullanma	Evet	131	2.25 (2.12 – 2.50)	1.183**	0.554	-
	Arada bir aksatıyor	36	2.25 (2.04 – 2.50)			
	Arada bir alıyor ya da hiç almıyor	16	2.25 (1.91 – 19,8)			
Kontrole Düzenli Gitme	Evet	140	2.25 (2.12 – 2.37)	-1.135*	0.256	-
	Hayır	43	2.37 (2.12 – 2.50)			
Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu	Evet	95	2.25 (2.12 – 2.37)	-1.165*	0.244	-
	Hayır	88	2.37 (2.12 – 2.50)			

*MW: Mann-Whitney U Testi, **KW: Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 15’te şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Çalışma durumuna göre kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=10.561, $p=0.005$). Emekli hastaya bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları, çalışan hastaya ve çalışmayan hastaya bakım verenlerin kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastanın cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, ilaçlarını düzenli kullanma durumu, kontrole düzenli gitme ve alkol ve/veya madde kullanım durumuna göre SBÇTÖ toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-1.477, $p=0.140$; medeni durum, MW=-1.317, $p=0.188$; eğitim durumu, KW=6.951, $p=0.139$; sağlık güvencesi, KW=1.066, $p=0.587$; ilaçlarını düzenli kullanma durumu, KW=1.183, $p=0.554$; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-1.135, $p=0.256$; alkol ve/veya madde kullanım durumu, MW=-1.165, $p=0.244$).

Tablo 16. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	70	1.43 (1.22 – 1.59)	-0.909*	0.363	-
	Erkek	113	1.49 (1.22– 1.69)			
Medeni Durum	Evli	95	1.45 (1.22 – 1.59)	-0.178*	0.858	-
	Bekar	88	1.48 (1.22 – 1.8,8)			
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	23	1.43 (1.22 – 1.59)	1.175**	0.882	-
	İlkokul	56	1.50 (1.22 – 1.69)			
	Ortaokul	35	1.44 (1.22 – 1.69)			
	Lise	52	1.44 (1.22 – 1.69)			
	Üniversite	17	1.52 (1.22 – 2.01)			
Sağlık Güvencesi	SGK	162	1.44 (1.22 – 1.59)	6.551**	0.038	SGK<Yok
	Özel sigorta	10	1.60 (1.29 – 2.09)			
	Yok	11	1.67 (1.40 – 1.97)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	1.37 (1.17 – 1.59)	8.284**	0.016	Çalışıyor<Çalışmıyor
	Çalışmıyor	96	1.52 (1.22 – 1.69)			
	Emekli	38	1.46 (1.22 – 1.69)			
İlaçları Düzenli Kullanma	Evet	131	1.41 (1.22 – 1.59)	15.165**	0.001	Evet<Arada bir alıyor ya da hiç almıyor
	Arada bir aksatıyor	36	1.53 (1.31 – 1.76)			
	Arada bir alıyor ya da hiç almıyor	16	1.76 (1.45 – 2.04)			
Kontrolle Düzenli Gitme	Evet	140	1.44 (1.22 – 1.59)	-1.603*	0.109	-
	Hayır	43	1.53 (1.31 – 1.78)			
Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu	Evet	95	1.53 (1.22 – 1.78)	-2.018*	0.044	Evet>Hayır
	Hayır	88	1.40 (1.22 – 1.59)			

MW:** Mann-Whitney U Testi, *KW:** Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 16’da şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

Bakım vericilerin bakım verdikleri hastanın sağlık güvencesi durumuna göre çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($KW=6.551$, $p=0.038$). Sağlık güvencesi SGK olan hastalara bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarının, sağlık güvencesi olmayan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastanın çalışma durumuna göre bakım vericilerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($KW=8.284$, $p=0.016$). Çalışan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarının, çalışmayan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastasının ilaçları düzenli kullanma durumuna göre bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($KW=15.165$, $p=0.001$). İlaçlarını düzenli kullanan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarının, ilaçlarını arada bir alan ya da hiç kullanmayan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Hastanın alkol ve/veya madde kullanım durumuna göre bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($MW=-2.018$, $p=0.044$). Alkol ve/veya madde kullanımı olan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarının, alkol ve/veya madde kullanımı olmayan hastaya bakım verenlerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Hastanın cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu ve kontrole düzenli gitme durumuna göre bakım vericilerin çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Cinsiyet, $MW=-0.909$, $p=0.363$; medeni durum, $MW=-0.178$, $p=0.858$; eğitim durumu, $KW=1.175$, $p=0.882$; kontrole düzenli gitme durumu, $MW=-1.603$, $p=0.109$).

Tablo 17. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persantil)	Test	p	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	70	2.22 (2.00 – 2.37)	-0.356*	0.722	-
	Erkek	113	2.24 (2.00 – 2.37)			
Medeni Durum	Evli	95	2.21 (2.00 – 2.37)	-1.886*	0.059	-
	Bekar	88	2.26 (2.12 – 2.50)			
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	23	2.29 (2.25 – 2.37)	4.354**	0.360	-
	İlkokul	56	2.27 (2.04 – 2.50)			
	Ortaokul	35	2.19 (2.00 – 2.37)			
	Lise	52	2.24 (2.04 – 2.37)			
	Üniversite	17	2.12 (1.81 – 2.37)			
Sağlık Güvencesi	SGK	162	2.24 (2.00 – 2.37)	2.156**	0.340	-
	Özel sigorta	10	2.15 (1.72 – 2.56)			
	Yok	11	2.27 (2.25 – 2.62)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	2.26 (2.06 – 2.37)	1.347**	0.510	-
	Çalışmıyor	96	2.24 (2.12 – 2.37)			
	Emekli	38	2.20 (2.00 – 2.37)			
İlaçları Düzenli Kullanma	Evet	131	2.25 (2.00 – 2.37)	1.137**	0.566	-
	Arada bir aksatıyor	36	2.16 (2.00 – 2.37)			
	Arada bir alıyor ya da hiç almıyor	16	2.24 (2.00 – 2.47)			
Kontrolle Düzenli Gitme	Evet	140	2.24 (2.00 – 2.37)	-0.575*	0.565	-
	Hayır	43	2.25 (2.12 – 2.37)			
Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu	Evet	95	2.19 (2.00 – 2.37)	-1.312*	0.190	-
	Hayır	88	2.29 (2.04 – 2.37)			

*MW: Mann-Whitney U Testi, **KW: Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 17’de şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Buna göre tablo 17 incelendiğinde hastanın cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu, ilaçlarını düzenli kullanma, kontrole düzenli gitme ve alkol ve/veya madde kullanım durumuna göre bakım vericilerin boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.356, p=0.722; medeni durum, MW=-1.886, p=0.059; eğitim durumu, KW=4.354, p=0.360; sağlık güvencesi, KW=2.156, p=0.340; çalışma durumu, KW=1.347, p=0.510; ilaçlarını düzenli kullanma durumu, KW=1.137, p=0.566; kontrole düzenli gitme durumu, MW=-0.575, p=0.565; alkol ve/veya madde kullanım durumu, MW=-1.312, p=0.190).

Tablo 18. Şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	70	2.10 (0.56 – 2.25)	-2.079*	0.038	Kadın>Erkek
	Erkek	113	1.99 (0.56 – 2.25)			
Medeni Durum	Evli	95	2.04 (0.56 – 2.25)	-0.567*	0.571	-
	Bekar	88	2.02 (0.56 – 2.25)			
Eğitim Durumu	Okuryazar değil	23	2.10 (0.56 – 2.25)	4.892**	0.299	-
	İlkokul	56	2.10 (1.93 – 2.25)			
	Ortaokul	35	2.00 (0.56 – 2.25)			
	Lise	52	1.99 (1.74 – 2.25)			
	Üniversite	17	1.91 (1.59 – 2.25)			
Sağlık Güvencesi	SGK	162	2.04 (0.56 – 2.25)	2.510**	0.285	-
	Özel sigorta	10	1.78 (1.36 – 2.11)			
	Yok	11	2.08 (0.56 – 2.25)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49	2.02 (1.78 – 2.25)	0.569**	0.752	-
	Çalışmıyor	96	2.04 (0.56 – 2.25)			
	Emekli	38	2.00 (0.56 – 2.25)			
İlaçları Düzenli Kullanma	Evet	131	2.08 (0.56 – 2.25)	8.796**	0.012	Evet>Arada bir alıyor ya da hiç almıyor
	Arada bir aksatıyor	36	1.99 (1.69 – 2.25)			
	Arada bir alıyor ya da hiç almıyor	16	1.80 (1.56 – 11,8)			
Kontrole Düzenli Gitme	Evet	140	2.08 (0.56 – 2.25)	-2.534*	0.011	Evet>Hayır
	Hayır	43	1.91 (1.69 – 2.25)			
Alkol Ve/Veya Madde Kullanım Durumu	Evet	95	1.99 (1.69 – 2.25)	-1.312*	0.190	-
	Hayır	88	2.08 (0.56 – 2.25)			

*MW: Mann-Whitney U Testi, **KW: Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 18’de şizofreni hastalarının sosyodemografik özellikleri, tedavi süreci ve psikoaktif madde kullanım özelliklerine göre bakım vericilerin Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının iki grup karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Hastanın cinsiyet değişkenine göre bakım vericilerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (MW=-2.079, p=0.038). Cinsiyeti kadın olan hastaya bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarının, cinsiyeti erkek hastaya bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların ilaçlarını düzenli kullanma durumuna göre bakım vericilerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=8.796, p=0.012). İlaçlarını düzenli kullanan hastaya bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarının, ilaçlarını arada bir alan ya da hiç kullanmayan hastalara bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Hastaların kontrole düzenli gitme durumuna göre bakım vericilerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (MW=-2.534, p=0.011). Kontrole düzenli giden hastalara bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarının, kontrole düzenli gitmeyen hastalara bakım verenlerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Hastanın medeni durumu, eğitim durumu, sağlık güvencesi, çalışma durumu ve alkol ve/veya madde kullanım durumuna göre bakım vericilerin sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (medeni durum, MW=-0.567, p=0.571; eğitim durumu, KW=4.892, p=0.299; sağlık güvencesi, KW=2.510, p=0.285; çalışma durumu, KW=0.569, p=0.752; alkol ve/veya madde kullanım durumu, MW=-1.312, p=0.190).

Tablo 19. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	134	2.25 (2.10 – 2.40)	-0.203*	0.818	-
	Erkek	49	2.25 (1.95 – 17,0)			
Medeni Durum	Evli	140	2.25 (2.10 – 2.40)	-0.167*	0.868	-
	Bekar	43	2.25 (1.95 – 2.40)			
Eğitim Durumu	İlkokul	61	2.25 (2.10 – 2.40)	2.246**	0.236	-
	Ortaokul	21	2.25 (1.87 – 2.40)			
	Lise	80	2.25 (2.10 – 2.40)			
	Üniversite	21	2.25 (1.87 – 2.40)			
Hastaya Yakınlık Durumu	Anne	51	2.10 (1.95 – 2.40)	2.932**	0.204	-
	Baba	12	2.10 (1.95 – 2.40)			
	Çocuk	15	2.40 (2.25 – 2.40)			
	Eş	78	2.25 (1.95 – 2.40)			
	Kardeş	27	2.25 (2.10 – 17,0)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37	2.10 (1.95 – 2.40)	2.186**	0.335	-
	Çalışmıyor	70	2.25 (2.07 – 16,3)			
	Emekli	76	2.25 (2.10 – 2.40)			
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	13	2.25 (1.87 – 2.40)	2.792**	0.091	-
	Gelir Gidere Eşit	52	2.10 (1.95 – 2.40)			
	Gelir Giderden Fazla	118	2.25 (2.10 – 2.40)			
Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma	Evet	105	2.25 (1.95 – 2.40)	-0.126*	0.900	-
	Hayır	78	2.25 (2.10 – 2.40)			
Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	48	2.25 (1.99 – 2.55)	-0.678*	0.498	-
	Hayır	135	2.25 (2.10 – 2.40)			
Şizofreniyi Bilme Durumu	Evet	136	2.25 (1.95 – 2.40)	-0.759*	0.448	-
	Hayır	47	2.25 (2.10 – 2.40)			
Şizofreni Hakkında Bilgisi Alma Durumu	Evet	129	2.25 (1.95 – 2.40)	-1.0202*	0.229	-
	Hayır	54	2.25 (2.10 – 2.40)			

*MW: Mann-Whitney U Testi, **KW: Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 19’da şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği iyimser yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, şizofreniyi bilme ve şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre iyimser yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Cinsiyet, $MW=-0.203$, $p=0.818$; medeni durum, $MW=-0.167$, $p=0.868$; eğitim durumu, $KW=2.246$, $p=0.236$; hastaya yakınlık durumu, $KW=2.932$, $p=0.204$; çalışma durumu, $KW=2.186$, $p=0.335$; gelir düzeyi, $KW=2.792$, $p=0.091$; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, $MW=-0.126$, $p=0.900$; ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, $MW=-0.678$, $p=0.498$; şizofreniyi bilme durumu, $MW=-0.759$, $p=0.448$; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, $MW=-1.0202$, $p=0.229$).

Tablo 20. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	134	2.25 (2.12 – 2.37)	-1,196*	0.232	-
	Erkek	49	2.37 (2.12 – 2.50)			
Medeni Durum	Evli	140	2.25 (2.12 – 2.50)	-0,320*	0.749	-
	Bekar	43	2.25 (2.12 – 2.37)			
Eğitim Durumu	İlkokul	61	2.37 (2.12 – 2.50)	2.979**	0.003	Üniversite<İlkokul Üniversite<Ortaokul
	Ortaokul	21	2.37 (2.12 – 2.37)			
	Lise	80	2.25 (2.12 – 2.50)			
	Üniversite	21	2.12 (1.75 – 2.37)			
Hastaya Yakınlık Durumu	Anne	51	2.37 (2.12 – 2.50)	2.668**	0.323	-
	Baba	12	2.44 (2.19 – 2.60)			
	Çocuk	15	2.25 (2.00 – 2.37)			
	Eş	78	2.25 (2.12 – 2.41)			
	Kardeş	27	2.25 (2.12 – 2.50)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37	2.25 (1.87 – 2.44)	2.779**	0.092	-
	Çalışmıyor	70	2.37 (2.12 – 2.50)			
	Emekli	76	2.25 (2.12 – 2.50)			
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	13	2.00 (1.69 – 2.31)	2.780**	0.020	Geliri giderinden az<Geliri giderinden fazla
	Gelir Gidere Eşit	52	2.25 (2.12 – 2.50)			
	Gelir Giderden Fazla	118	2.37 (2.12 – 2.50)			
Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma	Evet	105	2.37 (2.12 – 2.50)	-1.703*	0.089	-
	Hayır	78	2.25 (2.12 – 2.37)			

Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	48	2.37 (2.12 – 2.50)	-1.917*	0.055	-
	Hayır	135	2.25 (2.12 – 2.37)			
Şizofreniyi Bilme Durumu	Evet	136	2.25 (2.12 – 2.50)	-1.102*	0.271	-
	Hayır	47	2.37 (2.12 – 2.50)			
Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	129	2.25 (2.12 – 19,5)	-0,894*	0.371	-
	Hayır	54	2.31 (2.12 – 2.50)			

MW:** Mann-Whitney U Testi, *KW:** Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 20’de şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği kendine güvenli yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H Testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde eğitim durumuna göre kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=2.979, p=0.003). Üniversite mezunlarının kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları, ilkokul ve ortaokul mezunlarının kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde gelir düzeyine göre kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=2.780, p=0.020). Geliri giderlerinden az olanların kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları, geliri giderlerinden fazla olanların kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin cinsiyeti, medeni durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, şizofreniyi bilme durumu ve şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre kendine güvenli yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-1.196, p=0.232; medeni durum, MW=-0.320, p=0.749; hastaya yakınlık durumu, KW=2.668, p=0.323; çalışma durumu, KW=2.779, p=0.092; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-1.703, p=0.089; ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, MW=-1.917, p=0.055; şizofreniyi bilme durumu, MW=-1.102, p=0.271; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, MW=-0.894, p=0.371).

Tablo 21. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	134	1.41 (1.22 – 1.69)	-0.603*	0.547	-
	Erkek	49	1.41 (1.22 – 1.59)			
Medeni Durum	Evli	140	1.41 (1.22 – 1.59)	-0.686*	0.493	-
	Bekar	43	1.41 (1.22 – 1.78)			
Eğitim Durumu	İlkokul	61	1.41 (1.22 – 17,5)	0.313**	0.342	-
	Ortaokul	21	1.50 (1.26 – 1.78)			
	Lise	80	1.41 (1.22 – 1.59)			
	Üniversite	21	1.41 (1.31 – 1.78)			
Hastaya Yakınlık Durumu	Anne	51	1.41 (1.22 – 1.69)	1.969**	0.742	-
	Baba	12	1.50 (1.34 – 1.67)			
	Çocuk	15	1.41 (1.31 – 1.59)			
	Eş	78	1.41 (1.22 – 1.59)			
	Kardeş	27	1.50 (1.22 – 1.78)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37	1.41 (1.22 – 1.78)	0.260**	0.249	-
	Çalışmıyor	70	1.41 (1.22 – 1.59)			
	Emekli	76	1.41 (1.31 – 1.69)			
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	13	1.50 (1.59 – 1.87)	0.688**	0.025	Geliri giderden az<Geliri giderden fazla
	Gelir Gidere Eşit	52	1.69 (1.59 – 1.87)			
	Gelir Giderden Fazla	118	1.78 (1.59 – 1.87)			
Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma	Evet	105	1.41 (1.22 – 1.59)	-1.837*	0.066	-
	Hayır	78	1.41 (1.22 – 1.78)			
Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	48	1.41 (1.31 – 1.69)	-0.496*	0.620	-
	Hayır	135	1.41 (1.22 – 1.50)			

Şizofreni Bilme Durumu	Evet	136	1.41 (1.22 – 1.69)	-1.035*	0.301	-
	Hayır	47	1.41 (1.22 – 1.59)			
Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	129	1.41 (1.22 – 1.69)	-1,510*	0.131	-
	Hayır	54	1.41 (1.22 – 1.59)			

*MW: Mann-Whitney U Testi, **KW: Kruskall-Wallis H Testi

Tablo 21’de şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği çaresiz yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılmasında iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde gelir düzeyine göre çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=0.688, $p=0.025$). Geliri giderden az olanların çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları, geliri giderden fazla olanların çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, diğer aile üyelerinden yardım alma, ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, şizofreniyi bilme ve şizofreni hakkında bilgisi olma durumuna göre çaresiz yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-0.603, $p=0.547$; medeni durum, MW=-0.686, $p=0.493$; eğitim durumu, KW=0.313, $p=0.342$; hastaya yakınlık durumu, KW=1.969, $p=0.742$; çalışma durumu, KW=0.260, $p=0.249$; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-1.837, $p=0.066$; ailede başka ruhsal hastalığın varlığı, MW=-0.496, $p=0.620$; şizofreniyi bilme durumu, MW=-1.035, $p=0.301$; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, MW=-1.510, $p=0.131$).

Tablo 22. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	134	2.25 (2.00 – 2.37)	-1.339*	0.180	-
	Erkek	49	2.25 (2.12 – 2.37)			
Medeni Durum	Evli	140	2.25 (2.00 – 2.37)	-0,941*	0.347	-
	Bekar	43	2.25 (2.00 – 2.50)			
Eğitim Durumu	İlkokul	61	2.25 (2.12 – 2.37)	2.361**	0.225	-
	Ortaokul	21	2.25 (2.06 – 2.37)			
	Lise	80	2.25 (2.00 – 2.37)			
	Üniversite	21	2.12 (2.00 – 2.25)			
Hastaya Yakınlık Durumu	Anne	51	2.25 (2.00 – 2.37)	2.063**	0.398	-
	Baba	12	1.37 (2.25 – 2.60)			
	Çocuk	15	2.25 (2.25 – 2.37)			
	Eş	78	2.25 (2.00 – 2.37)			
	Kardeş	27	2.25 (2.12 – 2.50)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37	2.25 (2.00 – 2.31)	1.885**	0.390	-
	Çalışmıyor	70	2.25 (2.12 – 2.37)			
	Emekli	76	2.25 (2.00 – 2.37)			
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	13	2.00 (1.87 – 2.25)	2.622**	0.022	Gelir giderden az<Gelir giderden fazla
	Gelir Gidere Eşit	52	2.25 (1.91 – 2.37)			
	Gelir Giderden Fazla	118	2.25 (2.12 – 2.37)			
Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma	Evet	105	2.25 (2.12 – 2.37)	-1.695*	0.090	-
	Hayır	78	2.25 (2.00 – 2.37)			

Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	48	2.37 (2.17 – 2.47)	-2.176*	0.030	Evet>Hayır
	Hayır	135	2.25 (2.00 – 2.37)			
Şizofreniyi Bilme Durumu	Evet	136	2.25 (2.00 – 2.37)	-0.303*	0.762	-
	Hayır	47	2.25 (2.00 – 2.37)			
Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	129	2.25 (2.00 – 2.37)	-0.819*	0.413	-
	Hayır	54	2.25 (2.10 – 2.37)			

*MW: Mann-Whitney U Testi, **KW: Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 22’de şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği boyun eğici yaklaşım alt boyutunun toplam puan ortalamalarının iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerde gelir düzeyine göre boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (KW=2.622, $p=0.022$). Geliri giderden az olanların boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamaları, geliri giderden fazla olanların boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerin ailesinde başka ruhsal hastalığın olması durumuna göre boyun eğici yaklaşım toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (MW=-2.176, $p=0.030$). Ailesinde başka ruhsal hastalığı olan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamaları, ailesinde başka ruhsal hastalığı olmayan bakım verenlerin boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, şizofreniyi bilme durumu ve şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre boyun eğici yaklaşım toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, MW=-1.339, $p=0.180$; medeni durum, MW=-0.941, $p=0.347$; eğitim durumu, KW=2.361, $p=0.225$; hastaya yakınlık durumu, KW=2.063, $p=0.398$; çalışma durumu, KW=1.885, $p=0.390$; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, MW=-1.695, $p=0.090$; şizofreniyi bilme durumu, MW=-0.303, $p=0.762$; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, MW=-0.819, $p=0.413$).

Tablo 23. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması

		n	Medyan (25.-75.persentil)	Test	p	Farklılık
Cinsiyet	Kadın	134	2.06 (1.87 – 2.25)	-0.794*	0.427	-
	Erkek	49	2.06 (1.69 – 2.25)			
Medeni Durum	Evli	140	2.06 (1.87 – 2.25)	-0.181*	0.856	-
	Bekar	43	2.06 (0.19 – 2.25)			
Eğitim Durumu	İlkokul	61	2.06 (1.87 – 2.25)	2.340**	0.342	-
	Ortaokul	21	2.06 (1.87 – 2.25)			
	Lise	80	2.06 (1.87 – 2.25)			
	Üniversite	21	1.87 (0.19 – 2.25)			
Hastaya Yakınlık Durumu	Anne	51	2.06 (1.87 – 2.25)	2.612**	0.461	-
	Baba	12	1.87 (1.50 – 2.25)			
	Çocuk	15	1.87 (1.69 – 2.25)			
	Eş	78	2.06 (1.87 – 2.25)			
	Kardeş	27	2.06 (1.69 – 2.25)			
Çalışma Durumu	Çalışıyor	37	2.06 (1.78 – 2.44)	0.733**	0.693	-
	Çalışmıyor	70	2.06 (1.87 – 2.25)			
	Emekli	76	2.06 (1.74 – 2.25)			
Gelir Düzeyi	Gelir Giderden Az	13	1.87 (1.50 – 2.06)	2.846**	0.089	-
	Gelir Gidere Eşit	52	2.06 (1.69 – 2.25)			
	Gelir Giderden Fazla	118	2.06 (1.87 – 2.25)			
Diğer Aile Üyelerinden Yardım Alma	Evet	105	2.06 (1.78 – 2.25)	-0.043*	0.966	-
	Hayır	78	2.06 (1.87 – 2.25)			
Ailede Başka Ruhsal Hastalığın Varlığı	Evet	48	1.87 (1.69 – 2.21)	-2.231*	0.001	Evet<Hayır
	Hayır	135	2.06 (1.87 – 2.25)			

Şizofreniyi Bilme Durumu	Evet	136	2.06 (1.87 – 2.25)	-1.104*	0.270	-
	Hayır	47	2.06 (1.87 – 2.25)			
Şizofreni Hakkında Bilgi Alma Durumu	Evet	129	2.06 (1.69 – 2.25)	-0.433*	0.665	-
	Hayır	54	2.06 (1.87 – 2.25)			

*MW: Mann-Whitney U Testi, **KW: Kruskal-Wallis H Testi

Tablo 23’te şizofreni hastalarının bakım vericilerinin sosyodemografik özellikleri, bakım sürecinde yardım alma durumu ve şizofreni hakkındaki eğitim durumu özelliklerine göre Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği sosyal desteğe başvurma alt boyutunun toplam puan ortalamalarının iki grup karşılaştırılmasında, Mann Whitney U testi, ikiden fazla grup karşılaştırılmasında ise Kruskal Wallis H testi uygulanmıştır.

Bakım verenlerin ailesinde başka ruhsal hastalığı olma durumuna göre sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.001$). Ailesinde başka ruhsal hastalığı olanların sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları, ruhsal hastalığı olmayanların sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, çalışma durumu, gelir düzeyi, diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, şizofreniyi bilme durumu ve şizofreni hakkında bilgi alma durumuna göre sosyal desteğe başvurma toplam puan ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (cinsiyet, $MW=-0.794$, $p=0.427$; medeni durum, $MW=-0.181$, $p=0.856$; eğitim durumu, $KW=2.340$, $p=0.342$; hastaya yakınlık durumu, $KW=2.612$, $p=0.461$; çalışma durumu, $KW=0.733$, $p=0.693$; gelir düzeyi, $KW=2.846$, $p=0.089$; diğer aile üyelerinden yardım alma durumu, $MW=-0.043$, $p=0.966$; şizofreniyi bilme durumu, $MW=-1.104$, $p=0.270$; şizofreni hakkında bilgi alma durumu, $MW=-0.433$, $p=0.665$).

Tablo 24. Hastaların yaş, hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısı özelliklerine göre Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı, Maslach Tükenmişlik Ölçeğı ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğı toplam ölçek ve alt ölçek puanlarının korelasyon analizi sonuçları

		Hastanın yaşı	Hastalık süresi	Hastaneye yatış sayısı
Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı	r	-0.313**	-0.269**	-0.117
	p	<0.001	<0.001	0.114
	n	183	183	183
Duygusal Tükenme	r	-0.105	-0.139	-0.007
	p	0.158	0,061	0929
	n	183	183	183
Duyarsızlaşma	r	-0.032	-0.136	-0.045
	p	0.667	0.066	0.546
	n	183	183	183
Kişisel Başarı	r	-0.183*	0.078	-0.083
	p	0.013	0.292	0.265
	n	183	183	183
İyimser Yaklaşım	r	0.097	0.072	0.047
	p	0.193	0.334	0.529
	n	183	183	183
Kendine Güvenli Yaklaşım	r	-0.138	0.044	0.056
	p	0.063	0.557	0.449
	n	183	183	183
Çaresiz Yaklaşım	r	-0.048	-0.033	-0.024
	p	0.516	0.661	0.743
	n	183	183	183
Boyun Eğici Yaklaşım	r	-0.129	0.010	0.001
	p	0.082	0.896	0.998
	n	183	183	183
Sosyal Desteğe Başvurma	r	-0.018	-0.056	-0.043
	p	0.809	0.452	0.562
	n	183	183	183

p<0.05*, p<0.01**

Tablo 24'te şizofreni hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre araştırmada bakım vericiler için kullanılan ölçekler arasında ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Bu bilgilere göre hastanın yaşı ile AAYÖ ve kişisel başarı toplam puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($r=-0.313$, $p<0.001$; $r=-0.183$, $p=0.013$). Hastanın yaşı arttıkça, AAYÖ ve kişisel başarı toplam puanları azaldığı görülmektedir.

Hastalık süresi ile bakım vericilerin AAYÖ toplam puanı arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($r=-0.269$, $p<0.001$). Hastalığın süresi arttıkça, AAYÖ toplam puanının azaldığı görülmektedir.



Tablo 25. Bakım vericilerin tanımlayıcı değişkenlerine göre Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı, Maslach Tükenmişlik Ölçeğı ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeğı alt ölçek toplam puan ortalamalarının korelasyon analizi sonuçları

		Bakım verenin yaşı	Kaç yıldır bakım veriyor?	Hasta ile geçirilen vakit
Algılanan Aile Yüğü Ölçeğı	r	-0.055	-0.159*	0.142
	p	0.461	0.033	0.055
	n	183	183	183
Duygusal Tükenme	r	-0.006	-0.140	0.110
	p	0.940	0,061	0.138
	n	183	183	183
Duyarsızlaşma	r	-0.084	-0.190*	-0.068
	p	0.257	0.011	0.361
	n	183	183	183
Kişisel Başarı	r	0.039	0.133	0.152*
	p	0.597	0.076	0.039
	n	183	183	183
İyimser Yaklaşım	r	0.001	-0.013	0.076
	p	0.998	0.866	0.306
	n	183	183	183
Kendine Güvenli Yaklaşım	r	0.015	0.108	0.168*
	p	0.839	0.150	0.023
	n	183	183	183
Çaresiz Yaklaşım	r	0.026	-0.073	-0.066
	p	0.724	0.332	0.376
	n	183	183	183
Boyun Eğici Yaklaşım	r	-0.041	0.054	0.162*
	p	0.584	0.469	0.029
	n	183	183	183
Sosyal Desteğe Başvurma	r	-0.028	-0.036	0.174*
	p	0.704	0.630	0.018
	n	183	183	183

*p<0.05

Tablo 25’te bakım vericilerin tanımlayıcı özelliklerine göre araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi test etmek için korelasyon analizi uygulanmıştır. Buna göre bakım verilen yıl ile AAYÖ ve duyarsızlaşma toplam puanları arasında negatif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($r=-0.159$, $p=0.033$; $r=-0.190$, $p=0.011$). Bakım verilen yıl arttıkça AAYÖ ve duyarsızlaşma toplam puanlarının azaldığı görülmektedir.

Hasta ile geçirilen vakit ile kişisel başarı, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma toplam puanları arasında pozitif yönde zayıf ilişki bulunmuştur ($r=0.152$, $p=0.039$; $r=0.168$, $p=0.023$; $r=0.162$, $p=0.29$; $r=0.174$, $p=0.018$). Hasta ile geçirilen vakit arttıkça kişisel başarı, kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurma toplam puanlarının arttığı görülmektedir.



5. TARTIŞMA

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinde yük, tükenmişlik ve baş etmelerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmamızın bulguları, alanyazın çalışmalarıyla tartışılmıştır.

5.1. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarının Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmamızda şizofreni hastalarının yaş ortalamasının 44 olduğu görülmektedir. Dikeç (2014) şizofreni hastalarının tedaviye uyum programına olan etkinliğini belirlemek için yaptığı çalışmada hastaların yaş ortalamasını 41.73 ± 6.41 olarak bildirmiştir (Dikeç, 2014). Gülseren ve diğerleri (2010) şizofrenide aile yükünü incelemek için yaptıkları çalışmada hastaların yaş ortalamasını 40.8 ± 12.2 olarak vurgulamışlardır (Gülseren ve diğerleri, 2010). Bulgumuzun alanyazın çalışmalarıyla uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda şizofreni hastalarının %61.7 (n=116) oranında erkek olduğu görülmektedir. Kavak (2011) şizofreni hastalarının yaşam özelliklerini ve işlevsel iyileşme durumlarını incelediği araştırmasında hastaların %70.7' sinin erkek olduğunu bildirmiştir (Kavak, 2011). Çetin ve diğerleri (2013) şizofreni hastalarının bakım vericileri ile çalıştıkları araştırmasında hastaların %68.8' inin erkek olduğunu bildirmişlerdir (Çetin ve diğerleri, 2013). Maldonado ve diğerleri (2005) şizofreni hastalarının aileleriyle olan çalışmalarında erkek hastaların oranının %67.7 olduğunu açıklamışlardır (Maldonado ve diğerleri, 2005). Çalışma bulgumuz diğer bu alanda yapılmış çalışma sonuçlarına yakınlık göstermektedir.

Çalışmamızda bekâr şizofreni hastalarının oranı %48.1 (n=88) olarak bulunmuştur. Çunkuş (2016)' un şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yaptığı çalışmada bekâr şizofreni hastalarının oranını %53.1 (n=50) olarak bildirmiştir (Çunkuş, 2016). Çabuk (2014) şizofreni hastalarının bakım vericilerinin aldıkları psikoeğitimin bakım yükü algılarına etkisini incelediği çalışmada hastaların %61.6' sinin bekâr olduğunu bildirmiştir (Çabuk, 2014). Tanrıverdi (2008)' nin şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yaptığı çalışmada hastaların %74.2' sinin bekâr olduğunu bildirmiştir. Araştırma bulgumuz Çunkuş' un yaptığı çalışmanın sonuçlarına benzerlik göstermektedir. Araştırmamızda çoğu hastanın iyileşme döneminde olması, kontrollerine düzenli gitmeleri, ilaçlarını düzenli kullanmaları sosyalleşmesine katkıda

bulunduğu gibi evlenme isteğini arttırdığı veya var olan evliliğini sürdürebildiğini göstermektedir.

Şizofreni hastalarının %88.5 (n=162)' inin sosyal güvencesi olduğu saptanmıştır. Çunkuş (2016) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının %95.7' sinin sosyal güvencesi olduğunu bildirmiştir. Konu ile ilgili yapılan çalışmaların bulgularının da araştırma bulgumuz ile uyumlu olduğu görülmektedir (Kızılırmak, 2014; Yılmaz, 2012; Dikeç, 2014; Yılmaz, 2011). Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kurumu kapsamında, çalışsın ya da çalışmasın herkesin sosyal güvencesi bulunmaktadır (www.sgk.gov.tr).

Şizofreni hastalarının %78.1' inin (n=143) ortaöğretim mezunu olduğu görülmektedir. Çunkuş (2016), Çetin ve diğerlerinin (2013) ve Chien (2008)' in yaptıkları araştırmalarda hastaların yüksek oranda ortaöğretim mezunu oldukları bildirilmiştir (Çunkuş, 2016; Çetin ve diğerleri, 2013; Chien, 2008). Chan ve diğerlerinin (2007) Hong Kong (%71.6)'da ve Taipei (%51.3)'de yapmış oldukları çalışmalarda hastaların çoğunluğunun ortaöğretim mezunu olduklarını bildirmişlerdir. Çalışma bulgumuzun alanyazın çalışma bulgularıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Şizofreni hastalığı bireyi iş, okul ve sosyal yaşamındaki işlevlerini bozmaktadır (Chan ve diğerleri, 2007; Üçok, 2008; Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Şizofreni hastalarının % 52.4 (n=96)' ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirtilmiştir. Çunkuş (2016)' un yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının %85.1' inin herhangi bir işte çalışmadığı bildirilmiştir (Çunkuş, 2016). Özlü (2007) şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yaptığı çalışmasında hastaların %86.7' sinin çalışmadığını bildirmiştir (Özlü, 2007). Çalışmamızın bulguları alanyazın çalışmalarına benzer oranlarda şizofreni hastalarının yaklaşık yarısından fazlasının çalışmadığını ortaya koymuştur (Chan ve diğerleri, 2007; Kızılırmak, 2014; Yılmaz, 2012; Nasr ve Kausar, 2009). Şizofreni hastalığı erken yaşta başladığı ve bilişsel yeti kayıplarına neden olduğu için bireylerin eğitimlerini tamamlamada zorluk yaşamalarına ve çalışmalarına engel olabilir. Meslek sahibi olan hastalar ise yine hastalıkları nedeniyle yaşadıkları zorluklar nedeniyle çalışmıyor olabilirler.

Araştırmamızdaki hastaların şizofreni tanısıyla izlenme süresi medyanının 10.0 olduğu bilinmektedir. Soygür ve diğerlerinin (1998) hasta yakınlarıyla gerçekleştirdikleri çalışmada deney grubu hastalarının hastalık süresi ortalamasını 10.50 ± 48.2 ; kontrol grubu hastalarının hastalık süresi ortalamasını 10.93 ± 7.99 olarak bildirmişlerdir (Soygür ve diğerleri, 1998). Pazvantoğlu ve diğerleri (2014) yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının hastalık süresi ortalamasını 11.70 ± 8.58 olarak belirtmişlerdir (Pazvantoğlu ve diğerleri, 2014). Araştırma bulgumuz, alanyazın çalışma bulgularıyla uyumludur.

Şizofreni hastalarının hastaneye yatma medyanını 6 bulduğumuz yatış ortalamasına sahip olduğu görülmektedir. Çunkuş (2016)' un araştırmasında şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin bakım verdikleri hastalarının %73.6' sının yılda bir kez; %26.4' ünün yılda iki kez ve üzeri hastaneye yatış yaptığı bildirilmiştir (Çunkuş, 2016). Çınar (2011)' ın yapmış olduğu çalışmada %59.9' unun 1-10 kez hastaneye yattığı belirtilmiştir (Çınar, 2011). Aydın ve diğerleri (2009) şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının hastaneye yatış ortalamasının 2.88 ± 2.94 olduğunu; Avcı (2001) şizofren hasta ailelerinin aile yükünü belirlemek için yapmış olduğu çalışmasında hastaların %54.5' inin 1–3 kez hastaneye yattığını bildirmiştir (Aydın ve diğerleri, 2009; Avcı, 2001). Yıldırım (2007)' ın yaptığı çalışmada deney grubu hastaların yatış ortalaması 1.88 ± 1.26 ; kontrol grubunun yatış ortalaması 2.12 ± 0.91 olarak belirtilmiştir (Yıldırım, 2007). Bulgularımız ve çalışmalar gösteriyor ki hastaların çoğunun hastaneye yatış öyküsü vardır.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının %71.6' sının (n=131) ilaçlarını düzenli kullandığı görülmektedir. Arslantaş ve Adana (2012) yapmış oldukları çalışmada hastaların %72.2' sinin ilaçlarını düzenli kullandığını bildirilmişlerdir (Arslantaş ve Adana, 2012). Kaya (2013)' nın çalışmasında hastaların %73.08' inin ilaçlarını düzenli kullandığı açıklanmıştır (Kaya, 2013). Akbulut (2009) yapmış olduğu çalışmada hastaların %65.8' inin; Kızılırmak (2014) yaptığı çalışmasında hastaların %80.2' sinin (n=195) düzenli ilaç kullanmakta olduğunu belirtmiştir (Akbulut, 2009; Kızılırmak, 2014). Bulgularımız alanyazın çalışmalarıyla uyumlu bulunmuştur. Toplulukçu bir kültür olmamız ve hastaların çoğunlukla aileleri ile birlikte yaşamaları ya da aileleri tarafından ilaç alımlarının takip ediliyor olmasının bu sonucu etkilediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının %76.5' inin (n=140) kontrollerine düzenli gittiği saptanmıştır. Kaya (2013)' nın yapmış olduğu şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükünü belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının %90.77' sinin kontrollerine düzenli olarak gittiğini bildirmiştir (Kaya, 2013). Demirel Döngel ve diğerlerinin (2018) şizofreni hastalarının fiziksel hastalıkların eş tanı profillerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada hastaların %74.3' ünün düzenli psikiyatrik takiplerine gittiğini bildirmiştir (Demirel Döngel ve diğerleri, 2018). Çalışmamızın bulgularının alanyazın çalışmalarıyla uyumlu olduğu görülmektedir. Toplulukçu bir kültür olmamız ve hastaların çoğunlukla aileleri ile birlikte yaşamaları ya da aileleri tarafından hekim kontrollerinin takip ediliyor olmasının bu sonucu etkilediği düşünülmüştür.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının %51.49' unun herhangi bir maddeye olan bağımlılığının olduğu bulunmuştur. Kaya (2013)' nın şizofreni hastalarıyla yapmış olduğu çalışmada hastaların %53.85' inin herhangi bir maddeye bağımlılığı olduğunu bildirmiştir (Kaya, 2013). Çalışmamızdan elde edilen bulguların alanyazınla uyumlu olduğu görülmektedir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının bağımlılığı olanların %44.2' sinin sigara bağımlılığının olduğu görülmektedir. Kaya (2013)' nın yapmış olduğu çalışmada herhangi bir bağımlılığı olan hastaların %91.43' ünün sigara bağımlılığı olduğunu bildirmiştir. Demirel Döngel ve diğerleri (2018) yapmış oldukları çalışmada şizofreni hastalarının %52.7' sinin sigara kullandığını bildirmişlerdir (Demirel Döngel ve diğerleri, 2018).

5.2. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerinin Tartışılması

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin yaş medyanının 54 olduğu görülmüştür. Çunkuş (2016) yaptığı çalışmada bakım vericilerin yaş ortalamasının 52.08 ± 14.59 olduğu görülmüştür (Çunkuş, 2016). Upkong (2012) şizofreni hastalarına bakım verenlerle yaptığı çalışmasında yaş ortalamasını 51.3 ± 15.5 olarak bildirmiştir (Upkong, 2012). Maldonado ve diğerleri (2005) çalışmalarında şizofreni hastasına bakım verenlerinin yaş ortalamasını 55.2 ± 13.2 olarak bildirilmişlerdir (Maldonado ve diğerleri, 2005). Aydın ve diğerleri (2009) çalışmalarında şizofreni hastasına bakım verenlerin yaş ortalamasının 55.18 ± 11.28 olduğunu bildirmişlerdir (Aydın ve diğerleri, 2009). Çalışmamızdaki bulgular yapılan diğer çalışmalardaki primer bakım vericilerin yaş ortalamaları yönünden benzerlik görülmektedir.

Araştırmamızda primer bakım vericilerin %73.2' sinin (n=134) kadın, %42.6' sının (n=78) hastanın eşi olduğu saptanmıştır. Çunkuş (2016), kadın primer bakım verici oranının %67.0 olduğunu ve primer bakım verenin yakınlık derecesinin 1/3 oranında anne olduğunu bildirmiştir (Çunkuş, 2016). Çetin ve diğerleri (2013) ve Gülseren ve diğerlerinin (2010) şizofreni hastasına bakım verenlerle yaptıkları çalışmalarda bakım vericilerin çoğunluğunun kadın ve anne olduğunu bildirmişlerdir (Çetin ve diğerleri, 2013; Gülseren ve diğerleri, 2010). Maldonado ve diğerlerinin (2005) şizofreni hastası yakınlarıyla yaptığı çalışmada bakım verenlerin %75.3' ünün kadın ve %61.5' inin hastanın annesi olduğunu açıklamışlardır (Maldonado ve diğerleri, 2005). Araştırma bulgumuz alanyazın çalışmalarında olduğu gibi

geleneksel bakım verici rolünün kadınlar tarafından üstlenildiğini destekler durumdadır. Bulgularımıza bakarak çalışmaya katılan hastaların evli olma oranının yüksek olması nedeniyle bakım verenlerin eşi olması sonucuna katkı sağladığı söylenebilir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %76.5' inin (n=140) evli olduğu görülmüştür. Çunkuş (2016) şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %76.6' sının evli olduğu bulgusunu paylaşmıştır (Çunkuş, 2016). , Aydın ve diğerleri (2009), Durmaz (2011), Özçelik (2015), Shibire ve diğerleri (2003), Nabeel ve diğerleri (2008) ve El Tantawy ve diğerleri (2010) tarafından yapılmış olan çalışmalarda da bakım vericilerin çoğunlukla evli olduğu bildirilmektedir (Aydın ve diğerleri, 2009; Durmaz, 2011; Özçelik, 2015; Shibire ve diğerleri, 2003; Nabeel ve diğerleri, 2008; El Tantawy ve diğerleri, 2010). Çalışma bulgularımız alanyazın çalışma bulguları ile örtüşmektedir.

Araştırmadaki şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin eğitim durumu incelendiğinde %43.7' sinin (n=80) lise mezunu olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Chien ve Wong (2007)' un Hong Kong' da şizofreni hastalarının aileleriyle psikoeğitim programı uyguladığı çalışmalarında bakım vericilerinin %50' sinin ortaöğretim ve üzeri mezunu olduğunu belirtmişlerdir (Chien ve Wong, 2007). Bulgularımız alanyazın çalışmasıyla örtüşmektedir

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %41.5'inin (n=76) emekli olduğu; %64.5' inin (n=63) gelir durumunu gelir giderden fazla olarak değerlendirdiği bulunmuştur. Akbulut (2009) yapmış olduğu çalışmada bakım vericilerin %58.9' unun; Şengün (2007) yaptığı çalışmada %78.6' sının; Magliano ve diğerlerinin (2002) İtalya' da şizofreni hasta yakınlarıyla yapmış oldukları çalışmada %72' sinin; Rodrigo ve diğerlerinin (2013) Sri Lanka' da yapmış oldukları çalışmalarında %60' ının çalışmadığını bildirmişlerdir (Akbulut, 2009; Şengün, 2007; Magliano ve diğerleri, 2002; Rodrigo ve diğerleri, 2013). Araştırma bulgumuz yapılan çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Özşen (2013)' in şizofren hastalarının yakınlarıyla yaptığı çalışmada bakım vericilerin %49.5' i gelir durumunu gelirlerini giderlerinden az; Çınar (2011)' in yaptığı çalışmada %53.3' ü gelirlerini giderlerinden az; Kaya (2013)' nın çalışmasında %55.,39' u gelirlerini giderlerine eşit olarak belirtmişlerdir (Özşen, 2013; Çınar, 2011; Kaya,2013). Gelir durumu bildirimi diğer alanyazın bulguları ile benzerlik göstermemektedir. Bunun nedeninin ankete katılan katılımcıların gelir düzeylerini belirtirken doğruyu yansıtmamaları ya da ekonomik beklentilerinin düşük olması olabilir.

Araştırmamızda şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %57.4' ünün (n=105) bakım verirken destek aldığı görülmüştür. Tanrıverdi (2008) yaptığı çalışmada bakım

vericilerin %71.0' inin; Kaya (2013) ise çalışmasında %65.38' inin hastasına bakım verirken destek aldığını bildirmiştir (Tanrıverdi, 2008; Kaya, 2013) Chang ve Harrocks (2006)' un yaptıkları çalışmada bakım vericilerin çoğunun destek almadığı bildirilmiştir (Chang ve Harrocks, 2006). Çalışma bulgumuz ülkemizde yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur. Bulgumuzun Chang ve Harrocks' un çalışmalarıyla uyumlu olmamasının nedeni araştırmanın yapıldığı ülkenin kültürel özelliklerinden kaynaklanıyor olabileceğidir. Bakım verirken alınan desteğin bakım yükünü hafiflettiği söylenebilir.

Çalışmamızda bakım vericilerin bakım verme süresinin medyanının 12.0 yıl olduğu görülmektedir. Atar (2018) şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının yükü, tükenmişlik ve sosyal uyum düzeylerini saptamak amacıyla yaptığı çalışmada bakım verme süresinin ortalamasının 124.02 ± 101.62 (Minimum:12-Maksimum:420) ay olarak bulunduğunu bildirmiştir (Atar, 2018). Araştırmamız ve yapılan diğer çalışma gösteriyor ki bakım vericiler hayatlarının büyük bir bölümünü bakım verdikleri hastalara ayırmaktadırlar dolayısıyla bakım vermek sosyal yaşamlarını ve ruhsal durumlarını büyük oranda etkilemektedir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin %70.5 oranında bu hastalık konusunda bilgi aldığını bildirmiştir. Şengün (2007) yapmış olduğu çalışmada primer bakım verenlerin % 87.6' sının şizofreniyle ilgili bir eğitim almadığını belirtmiştir (Şengün, 2007). Ayhan (2013) yaptığı çalışmada bakım vericilerin %89.4' ünün şizofreni ile ilgili eğitim almadığını bildirmişlerdir (Ayhan, 2013). Çalışmamızın bulgularının alanyazın çalışma bulgularıyla uyumlu olmadığı görülmektedir. Çalışma sonuçlarımız son yıllarda iyileşme odaklı yaklaşımlar doğrultusunda TRSM programlarının etkili çalıştığını gösteriyor olabilir. Gerek sosyal medya gerekse görsel medya yayınları kullanılarak hastaların yakınlarının eğitiminin sağlandığı düşünülebilir. Ayrıca hastaların uzun süredir tedavi alıyor olmaları ve araştırmanın nispeten düşük yoğunluğa sahip bir ilde yapılmış olması bu sonuçta etkili olmuş olabilir.

5.3. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Tartışılması

Araştırmaya katılan şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin Algılanan Aile Yüğü Ölçeği puan ortalamasının 20.77 ± 15.13 olduğu saptanmıştır. Çetin (2011) yapmış olduğu çalışmada Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalamasını 38.81 ± 4.67 olarak bildirmiştir (Çetin, 2011). Çınar (2011) yaptığı çalışmasında bakım verme yükü puan ortalamasını 42.52 ± 17.85

olarak; Tanrıverdi (2008) ise 57.2 ± 9.9 olarak belirtmişlerdir (Çınar, 2011; Tanrıverdi, 2008). Urizar ve diğerleri (2016) The SOFBI II Ölçeği' ni kullanarak yaptıkları çalışmada yük ortalamasını 62.4 ± 19.3 olarak bildirmişlerdir (Urizar ve diğerleri, 2016). Çalışmamızda bakım vermenin bir zorunluluk olduğu gibi cevaplar doğrultusunda bakım vericiler sorulara yönelik yaşadığı zorlukları ifade etmekten çekinmiş olabilirler

5.4. Bakım Verilen Şizofreni Hastalarına İlişkin Demografik Özelliklerine Göre Algılanan Aile Yüğü Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Medeni duruma göre evli olanların AAYÖ toplam puanları, bekârların AAYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu bulunmuştur. Çunkuş (2016) yapmış olduğu araştırmasında şizofreni hastalarının medeni durumu ile primer bakım vericilerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadığını bildirmiştir (Çunkuş, 2016). Konuyla ilgili yapılmış olan çalışmalarda bakım verenlerin yük duygusu ile hastanın medeni durumu arasında bir farkın olmadığı bildirilmiştir (Maldonado ve diğerleri, 2005; Aydın ve diğerleri, 2009; Çetin, 2011; Urizar ve diğerleri, 2011; Kızılırmak, 2014). Kaya (2013) Zarit Bakıcı Yüğü Ölçeği kullanarak yaptığı çalışmasında; bekâr hastalara bakım verenlerin yük puan ortalamalarının evli olan hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olduğunu fakat istatistiksel açıdan anlamlı olmadığını bildirmiştir (Kaya, 2013). Çalışma bulgumuzun literatürle uyumlu olmadığı görülmüştür. Araştırmaya katılan hastaların bakım vericilerin yüksek oranda evli, düzenli ilaç kullanan ve kontrollerini aksatmayan bir hasta popülasyonuna bakım veriyor olması yük duygusunu daha az yaşıyor olmalarına neden olduğu sonucu çıkarılabilir.

Çalışma durumuna göre çalışan şizofreni hastasına bakım verenlerin AAYÖ toplam puanları, çalışmayan hastaya bakım verenlerin AAYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Çunkuş (2016)' un çalışmasında çalışmayan şizofreni hastalarına bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması çalışan hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olup; istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır (Çunkuş, 2016). Maldonado ve diğerlerinin (2005) yapmış oldukları çalışmada, hastanın çalışma durumu ile bakım verenlerin yük duygusu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığını belirtmişlerdir (Maldonado ve diğerleri, 2005). Roick ve diğerleri (2007) çalışmayan hastalara bakım verenlerin yük duygusunun daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (Roick ve diğerleri, 2007).

Çalışma bulgularımız benzer yapılmış çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Çalışan hastaların bakım vericiyle daha az beraber vakit geçirdiği bu yüzden bakım vericilerin daha az yük duygusu hissettiği söylenebilir.

İlaçları düzenli kullanma durumuna göre ilaçlarını arada bir alan ya da hiç almayan hastalara bakım verenlerin AAYÖ toplam puanları, ilaçlarını düzenli alanların ve arada bir aksatan hastalara bakım verenlerin AAYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p<0.001$). Çunkuş (2016), ilaçlarını kullanan hastalara bakım verenlerin Bakım Verme Yüğü Ölçeği puan ortalaması, kullanmayan hastalara bakım verenlere göre daha düşük olup, istatistiksel açıdan anlamlı bulunduğunu bildirmiştir (Çunkuş, 2016). Arslantaş ve Adana (2012), ilaçlarını düzensiz kullanan veya kullanmayan hastaların bakım vericilerinin öznel yük algısının daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (Arslantaş ve Adana, 2012). İlaçlarını düzenli kullanan hastaların hastalık belirtilerinin hafiflediği, işlevsellik düzeylerinin arttığı ve bakım vericideki bakım yükünün azalmasına sebep olduğu düşünülebilir.

5.5. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Demografik Özelliklerine Göre Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bakım verenlerde hasta yakınlık durumu eş olan bakım vericilerin AAYÖ toplam puanları, hasta yakınlık durumu anne ve baba olan bakım vericilerin AAYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşüktür. Çunkuş (2016) yaptığı araştırmada yakınlık derecesi ile bakım yükü arasında anlamlı farklılık saptamamıştır (Çunkuş, 2016). Kızılırmak (2014), bakım verenin cinsiyetinin bakım yükünü etkilemediğini bildirmiştir (Kızılırmak, 2014). Annenin bakım verici olduğunda daha fazla yük duygusu yaşandığını bildiren çalışmalar mevcuttur (Cassidy ve O'callaghan, 2001; Maldonado ve diğerleri, 2005; Gülseren ve diğerleri, 2010). Lim ve Ahn (2003) bakım verdikleri hastanın kardeşi veya çocuğu olmanın bakım yükünü arttırdığını bildirmişlerdir (Lim ve Ahn, 2003). Çalışmalardan elde edilen bulgular arasındaki farklılıkların nedeni çalışmaya katılan bakım vericilerin kültürel farklılıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Bakım verenlerde medeni duruma göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.344$). Çunkuş (2016), medeni durum ile bakım yükü arasında fark görülmediğini bildirmiştir. Anlamlı olmasa da boşanmış/ayrı yaşıyor olan bakım verenlerin yük duygusu evli ve bekâr olanlara göre daha fazla olduğunu bildirmiştir (Çunkuş,

2016). Tel ve diğerleri (2012), bakım verenin evli olmasının bakım yükünü arttırdığını bildirmişlerdir (Tel ve diğerleri, 2012). Bakım verenin evli olmasının bakım yükünü etkilemediği yapılan çalışmalarla bildirilmiştir (Maldonado ve diğerleri, 2005; Özlü 2007; Çınar 2011; Ayhan 2013; Kızılırmak 2014). Çalışmamızın sonuçlarının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Bakım verenlerde eğitim durumuna göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.377$). Çunkuş (2016) araştırmasında üniversite ve üzeri eğitime sahip primer bakım vericilerin, ortaöğretim ve ilköğretim ve altı mezunlarından daha fazla yük hissettiklerini bildirmiştir (Çunkuş, 2016). Ukpong (2006)' un Nijerya' daki bakım vericilerle yaptığı çalışmasında eğitim yılının artmasıyla bakım verenin yükünün arttığını tespit etmiştir (Ukpog, 2006). Bakım vericilerin eğitim düzeylerinin artmasıyla bakım yükünün azaldığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (Maldonado ve diğerleri, 2005; Li ve diğerleri, 2007; Aydın ve diğerleri, 2009; Zahid ve Ohaeri, 2010). Araştırmalardan çıkan sonuçların benzer olmayışı, araştırmacıların farklı kültürlerde ve farklı çalışma yöntemi kullandıklarından kaynaklanıyor olabilir.

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.302$). Çunkuş (2016) da araştırmasında mesleki durumları ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptamamıştır. Maldonado ve diğerleri (2005) çalışmanın bakım yükünü etkilemediğini, Çınar (2011) mesleki durumları ile bakım yükü arasında anlamlı farklılık bulunmadığını bildirmişlerdir (Maldonado ve diğerleri, 2005; Çınar, 2011). Anlamlı olmasa da çalışmamızda çalışmayan veya emekli olan bakım vericilerin bakım verme yük puan ortalamalarının daha fazla olması ilgi çekicidir. Bakım verenlerin çalışmıyor ve tüm zamanlarını hastayla geçiriyor olmaları bakım yükü duygusunu arttırıyor olabilir.

Bakım verenlerde gelir düzeyine göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.150$). Bakım vericilerin gelir durumu ile bakım yükü arasında anlamlı farklılığın olduğu çalışmalar mevcuttur. Gelir düzeyi az olanların hissettikleri yük algısının daha yüksek olduğunu gördüklerini bildirmişlerdir. Bakım verenin hanesine giren gelir miktarı ve ailenin yaşam kalitesi arttıkça bakım yükünün azaldığı bildirilmektedir (Chien ve diğerleri, 2005; Li ve diğerleri, 2007; Gülseren ve diğerleri, 2010; Zahid ve Ohaeri, 2010). Gelir durumunu az olarak belirten aile üyelerinin; hastalıkla baş ederken, tedavi olanaklarına, sosyal imkânlarla ulaşmada daha fazla güçlük yaşadığı ve hastanın bakımı dışında kendi sosyal, duygusal, fiziksel ve ekonomik gereksinimlerini karşılamada zorlandıkları düşünülebilir.

5.6. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hasta Bakımına İlişkin Özellikleri İle Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bakım verenlerde başka aile üyelerinden yardım alma durumuna göre AAYÖ toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı ($p=0.834$). Çunkuş (2016) ve Tanrıverdi (2008) de çalışmasında anlamlı fark bulunmadığını bildirmiştir (Çunkuş, 2016; Tanrıverdi, 2008). Ölçeklerden edinilen bu sonuçlar anlamlı olmasa da bakım verenlerin bakım verme sürecinde yardım almasının bakım yükünü azalttığını bilmekteyiz.

5.7. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Eğitim Alma Durumları İle Bakım Verme Yüğü Ölçeğı Puan Ortalamaları Karşılaştırılmasının Tartışılması

Bakım verenlerde şizofreniyi bilenlerin AAYÖ toplam puanları, bilmeyenlerin AAYÖ toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksektir ($p=0.041$). Ayhan (2013) şizofreni hakkında eğitim alan bakım vericilerin bakım yükünün azaldığını bildirmiştir (Ayhan, 2013). Bakım vericilerin eğitim süresince nelerle karşılaşacakları ve tedavi süreci ile ilgili eğitim almaları bakım yükünü azalttığını söylenebilir.

5.8. Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerinde Tükenmişlik Düzeylerinin Tartışılması

Araştırmamızda bakım vericilerin kişisel başarı puanı 25.33 ± 5.23 ve duygusal tükenme puanı 25.15 ± 6.78 birbirine yakın değerler aldığı görülmektedir. Kokurcan (2013)' ın şizofreni hastalarının bakım vericilerinde tükenmişliği incelemek amacıyla yaptığı çalışmada özellikle duygusal tükenmişlik puanları yüksek bulunmuştur. Ortalama duygusal tükenmişlik puanını 14.55 ± 8.15 olarak bildirmiştir. Maslach duyarsızlaşma puanını ise 5.00 ± 3.39 olarak bildirmiştir (Kokurcan, 2013). Yapılan çalışmalarda duyarsızlaşma puanlarının düşük, duygusal tükenmişlik puanlarının yüksek olması bakım vericilerin tükenmişlik yaşasalar da bakım vermeye kendilerini zorladıkları yada testte tükenmişliklerini belirtmekten kaçındıklarını düşündürür. Kokurcan (2013) yapmış olduğu çalışmada kişisel başarı puanı ortalamasını 21.22 ± 6.01 olarak bildirmiştir (Kokurcan, 2013). Gülbol (2020) şizofreni

hastalarına bakım veren yakınlarının depresyon, tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini hesaplamak amacıyla yaptığı çalışmada duygusal tükenme 25.68 ± 8.21 (min-maks:9-40), duyarsızlaşma 9.86 ± 3.89 (min-maks: 5-19), kişisel başarı 25.16 ± 5.09 (min-maks:15-40) sonuçlarını bildirmiştir (Gülbol, 2020). Atar (2018) çalışmasında duygusal tükenme puan ortalamasını 23.99 ± 5.58 (min-maks: 0-34), duyarsızlaşma puan ortalamasını 11.46 ± 3.02 (min-maks: 0-16), kişisel başarı puan ortalamasını 21.49 ± 5.36 (min-maks:0-32) olarak bildirmiştir (Atar, 2018). Çalışmamızın sonuçlarının Atar' ın çalışma sonucuna benzer olduğu görülmektedir.

Araştırmamızda bakım vericilerin bekar olanlarının kişisel başarı puanlarının yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda medeni durum ile duyarsızlaşma ve duygusal tükenme puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı gözlemlenmiştir. Çalışmamızda çalışma durumu ile tükenmişlik puanları arasında anlamlı fark gözlemlenmemiştir. Kokurcan (2013) da araştırmalarında medeni durum ve çalışma durumunun tükenmişlik düzeyleri arasında anlamlı fark gözlemlenmediğini bildirmiştir (Kokurcan, 2013). Gülbol (2020) yaptığı çalışmada bekar olanların, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alanında tükenmişliğinin daha fazla olduğunu bildirmiştir (Gülbol, 2020). Atar (2018) çalışmasında bekar olanların kişisel başarı bölümündeki tükenmişlik skorlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Atar, 2018).

Araştırmamızda bakım vericilerin cinsiyeti ile tükenmişlik toplam puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Ancak erkek bakım vericilerin duygusal tükenme puanlarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Kokurcan (2013) bakım verenlerin cinsiyetinin tükenmişlik düzeyini etkilediğini bildirmiştir (Kokurcan, 2018). Atar (2018) çalışmasında bakım verenin yaşı arttıkça kişisel başarı tükenmişliğinin arttığını bildirmiştir (Atar, 2018). Gülbol (2020) da çalışmasında cinsiyeti kadın olan bakım verenlerin, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçek puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Gülbol, 2020). Kadınların bakım verme sorumluluğunu üstlenmesinin en önemli nedeni; genellikle toplumlar tarafından ev işleri ve aile ile ilgili işlerin kadının işi olarak görülmesi, kadınların karakter yapısı nedeni ile daha merhametli, daha duyarlı davranmaları, samimi ve güçlü ilişki kurabilme kapasitelerine sahip olmaları ve erkeklere oranla bakım vermenin zorlukları ile daha iyi baş edebileceklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Araştırmamızda üniversite mezunu olanların kişisel başarı toplam puanları, ilköğretim, ortaokul ve lise mezunu olanların kişisel başarı toplam puanlarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kokurcan (2013) eğitim seviyesi ile kişisel başarı puanı arasında korelasyon bulunduğunu, kişisel başarı alt ölçeğinde okur-yazar olmayanların ilköğretim ve lise mezunlarına göre daha yüksek puan aldığı ve aralarındaki farkın istatistiksel

olarak anlamlı olduğu sonucunu bildirmiştir. Okuryazar olmayanlarla üniversite mezunları arasında ise kişisel başarı açısından fark bulunmadığını bildirmiştir (Kokurcan, 2013). Gülbol (2020) ise Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişki bulunmadığını bildirmiştir (Gülbol, 2020). Ayrıca, bakım verenlerin eğitim düzeyi arttıkça ebeveynin şizofreni hakkında bilinçlenme, başa çıkma ve çözüm yolları arama yöneliminin arttığı ve bu etkinin de ailelerin öz yeterlilik algısını pozitif anlamda etkileyerek dayanıklılığı güçlendirdiği düşünölebilir.

Çalışmamızda geliri giderlerinden az olan bakım vericilerin duyarsızlaşma puanlarının daha yüksek olduğu görölmektedir. Araştırmamızda gelir düzeyi ile duygusal tükenme ve kişisel başarı puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı fark görölmemiştir. Gülbol (2020) gelir düzeyi yüksek olan bakım vericilerde Maslach Tükenmişlik Ölçeği' nin 'Duygusal Tükenme' ve 'Duyarsızlaşma' alt boyutlarından anlamlı düzeyde daha düşük puana sahip oldukları sonucunu bildirmiştir (Gülbol, 2020). Atar (2018) çalışmasında gelir arttıkça duygusal ve duyarsızlaşma tükenmişliğinde azalma olduğunu bildirmiştir (Atar, 2018).

Araştırmamızda diğer aile üyelerinden yardım alma durumuna göre tükenmişliğin tüm alt ölçeklerinde yapılan karşılaştırmalarda istatistiksel olarak anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir. Kokurcan (2013) bakım verenlerin bakım verme sürecinde yardımcısı olanlarda duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma puanları daha düşük, kişisel başarı puanları daha yüksek olduğunu bildirmiştir (Kokurcan, 2013). Bu da bakım verirken yardım almanın kişideki yalnızlık duygusunu azalttığı ve işlerin bir bölümünün başkasına devredilmesinin kişiyi daha az yorduğu gerçeğini bize hatırlattığı için bakım vericiler eğer ekonomik olanakları varsa yardım almaları konusunda yönlendirilebilirler.

5.9. şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinde Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Karşılaştırılmasının Tartışılması

Çalışmamızda bakım verenlerin stresli olaylar karşısında en sık başvurdukları baş etme yöntemi "Boyun eğici yaklaşım" dır. Başvurulan diğer baş etme yöntemleri kullanım sıklığına göre iyimser yaklaşım, kendine güvenli yaklaşım, sosyal desteğe başvurma ve çaresiz yaklaşımdır. Bademli (2012)' nin aileden aileye destek programının şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruh sağlıklarına ve baş etme yöntemlerine etkisini incelediği çalışmasında hem aileden aileye destek grubundaki hem de kontrol grubundaki bakım verenlerin program öncesi en sık başvurdukları stresle baş etme yöntemini " kendine güvenli yaklaşım" olarak bildirmiştir (Bademli, 2012).

Şengün (2007) araştırmasında bakım verenlerin “sosyal destek arama yaklaşımını” ilk sırada kullandıklarını bildirmiştir. Bakım vericilerin kullandıkları diğer baş etme yöntemleri sırayla kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, iyimser yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımdır (Şengün, 2007). Çalışmamızın bulgularının literatürden farklı olduğu görülmektedir. Çalışmamızda bakım vericilerin etkisiz bir baş etme yöntemini sıklıkla kullanıyor olmalarının nedeni; çalışmamızın veri toplama sürecinde COVID-19 gibi salgın hastalık dönemini de kapsıyor olması ve bakım vericilerin de bu durumdan etkilenmiş olmalarından kaynaklanmış olabilir.

5.10. Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinde Yük ve Tükenmişlik İlişkisinin Tartışılması

Çalışmamızda bakım verilen yıl arttıkça bakım yükü ve duyarsızlaşmanın arttığını gözlemlemekteyiz. Hastanın yaşı arttıkça bakım yükü ve kişisel başarıda düşmenin azaldığı sonucuna varılmıştır. Şizofreni hastalarının yaşı arttıkça tedaviye uyumun arttığı düşünülmektedir. Buna bağlı olarak bakım yükünün azaldığı dolayısıyla tükenmişliğin azaldığı sonucuna varılabilir. Atar (2018), çalışmasında hasta ile aynı evde yaşamının, fiziksel olarak rahatsızlıkların eklenmesinin, yaştan ve bakım verme zamanının artmasının bakıcılarda yük ve tükenmişlik düzeylerini arttırdığını bildirmiştir (Atar, 2018). Çalışmamızın sonuçları bu konuda yapılmış çalışmayla benzerlik göstermektedir.

5.11. Şizofreni Hastaların Yaş, Hastalık Süresi ve Hastaneye Yatış Sayısı Özelliklerine ve Bakım Vericilerin Tanımlayıcı Değişkenlerine Göre Bakım Vericilerde Algılanan Aile Yükü Ölçeği, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Korelasyon Analizinin Tartışılması

Araştırmamızda hasta ile geçirilen vakit arttıkça bakım yükünün arttığı, kişisel başarı puanlarının arttığı ve baş etmede ise kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurmanın arttığını görmekteyiz. İlgili alanyazıya dair benzer herhangi bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinde yük, tükenmişlik ve baş etme yöntemlerini inceleyen araştırmamızda ulaşılan genel sonuçlar şunlardır:

- Şizofreni hastalarının çoğunlukla erkek (%61.7), medeni durumlarının evli (%51.9), sosyal güvence durumlarının SGK (%88.5), eğitim durumlarının ilkokul mezunu (%30.6) ve herhangi bir işte çalışmıyor (%52.4) oldukları saptanmıştır.

- Şizofreni hastalarının ilaçlarını düzenli kullandıkları (%71.6), kontrollerine düzenli olarak gittikleri (%76.5), alkol veya madde kullandıkları (51.9) saptanmıştır.

- Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin çoğunlukla kadın (%73.2), medeni durumunun evli (%76.5), hastaya yakınlık durumlarının eş (%42.6) ve eğitim durumlarının lise (%43.7) olduğu saptanmıştır.

- Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım sırasında diğer aile üyelerinden yardım aldıkları (%57.4), başka ruhsal hastalığı olan aile üyesinin olmadığı (%73.8), şizofreniyi bildikleri (%74.9), şizofreni hakkında eğitim aldıkları (%70.5) saptanmıştır.

- Şizofreni hastalarının medeni durumunun, çalışma durumunun, düzenli ilaç kullanım durumunun ve alkol ve/veya madde kullanımının bakım vericinin bakım yükünü arttırdığı saptanmıştır.

- Bakım vericilerin beyanına göre özellikle hasta yakınlık durumunun baba olması, emekli olmak, gelirin giderden az olması, bakım verirken diğer aile üyelerinden yardım almıyor olma, ailede başka ruhsal hastalığın olmasının bakım yükünü arttırdığı saptanmıştır.

- Şizofreniyi bilmenin ve şizofreni hakkında bilgi almanın bakım vericilerin bakım yüklerini arttırdığı saptanmıştır.

- Bakım verenlerde cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, gelir düzeyi ile bakım yükü ilişkisi bulunamamıştır.

- Şizofreni hastasının çalışmıyor ve ilaçlarını düzenli kullanmıyor olmasının bakım vericilerde tükenmişliği arttırdığı saptanmıştır.

- Şizofreni hastasının primer bakım vericisinin bekar olması ve ailesinde başka ruhsal bir hastasının daha olması bakım verenin tükenmişlik düzeyini arttırdığı saptanmıştır.

- Bakım vericilerin bakım verme hizmeti sırasında yaşadığı zorluklara karşın başvurdukları baş etme yönteminin sıklıkla “Boyun eğici yaklaşım” olduğu saptanmıştır.

- Hasta ile geçirilen vakit arttıkça bakım yükünün arttığı, kişisel başarı puanlarının arttığı ve baş etmede ise kendine güvenli yaklaşım, boyun eğici yaklaşım ve sosyal desteğe başvurmanın arttığı saptanmıştır.

Bu sonuçlar ışığında;

- Şizofreni hastalarına ve bakım vericilere yönelik psikoeğitimler verilmesi önerilebilir.
- Oluşturulacak tedavi içeriği yalnızca şizofreni hastalarını değil bakım vericileri de dahil edilecek şekilde olması gerektiği önerilebilir.
- Psikiyatri hemşirelerine şizofreni hastalarına yönelik alkol ve madde bağımlılığının zararları hakkında eğitimler verilmesi önerilebilir.
- Psikiyatri hemşirelerinin şizofreni hastalarının bakım vericilerini periyodik olarak değerlendirmesi ve gerekli yardımları alması bakımından desteklemesi önerilebilir.
- Şizofreni hastalarının işlevsellik düzeylerini arttırmak için TRSM gibi kurumların etkinliğinin artırılması önerilebilir.
- Şizofreni hastalarının meslek sahibi olacak şekilde eğitim görmeleri, toplumsal hayata kazandırılmaları konusunda eğitim almaları önerilebilir.
- Toplumda şizofreni hasta ve yakınlarına yönelik damgalama konusunda eğitimler yapılması önerilebilir.
- Bu çalışma Aydın iline bağlı merkezlerde gerçekleştirilmiştir. Başka il ve coğrafi bölgeler hakkında da fikir edinebilmek için farklı değişkenlerin olduğu yeni araştırmalar planlanması önerilebilir.

KAYNAKLAR

- Agerbo, E., Byrne, M., Eaton, WW., Mortensen, PB. (2004). Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 61, 28-33. doi: 10.1001/archpsyc.61.1.28.
- Ağargün, MY., Beşiroğlu, L., Kıran, ÜM., Özer, ÖA., Kara, H. (2005). COPE (başa çıkma tutumlarını değerlendirme ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 221-226.
- Akbulut, Ş. (2009). *Şizofren hasta yakınlarının Şizofreniye yönelik tutumları ve hastanın bakımında yaşadıkları zorluklar*. Yüksek Lisans Tezi, Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa.
- Akpınar, O. (2013). Aile içi şiddete maruz kalan kadınlarda aile içi şiddetle başa çıkma özyeterliliği. *Türk Psikolojik Danışma Ve Rehberlik Dergisi*, 4(3), 24-36.
- Akyar, İ., Akdemir, N. (2009) Alzheimer hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları güçlükler. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-49.
- Almberg, B., Grafström, M., Winblad, B. (1997). Caring for a demented elderly person- burden and burnout among caregiving relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 109-116. doi: 10.1046/j.1365-2648.1997.1997025109.x.
- Angermayer, MC., Bull, N., Bernert, S., Dietrich, S., Kopf, A. (2006). Burnout of caregivers : a comparison between partners of psychiatric patients and Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(4), 158-165. doi: 10.1016/j.apnu.2005.12.004.
- Arguvanlı-Çoban, S., Özkan, B., Medik, K., Saraç, B. (2013). Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin yaşam kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 61-66. doi: 10.5505/phd.2013.58070.
- Arslantaş, H. (2018). Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve başetme stratejileri. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, 4(1), 39-47.
- Arslantaş, H., Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.

- Arslantaş, H., Adana, F. (2012). Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13, 8-15.
- Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V., Adana, F. (2009) Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2), 3-10.
- Atagün, Mİ., Balaban, ÖD., Atagün, Z., Elagöz M., Özpolat-Yılmaz, A. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552. doi: <https://doi.org/10.5455/cap.20110323>.
- Atar, S. (2018). *Şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının yükü, tükenmişlik ve sosyal uyum düzeylerinin saptanması*. Uzmanlık Tezi, Mustafa Kemal Üniversitesi, Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay.
- Avcı, A. (2001). *Şizofren hasta ailelerinin aile yükünün belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Awad, AG., Voruganti, LNP. (2008) The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162. doi: 10.2165/00019053-200826020-00005.
- Aydın, A., Eker, SS., Cangür, Ş., Şarandöl, A., Kırılı, S. (2009). Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilgili ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46 (Özel Sayı), 10-14.
- Ayhan, AGY. (2013). *Şizofreni hastalarına bakım verenlerin sağlık eğitimi gereksinimleri ile bakım yükleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Bademli, K. (2012). *Aileden aileye destek programının şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruh sağlıklarına ve başatme yöntemlerine etkisi*. Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Binbay, T., Ulas, H., Elbi, H., Alptekin, K. (2011). Türkiye’ de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22, 40-52.
- Budak, G., Süregevil, O. (2005). Tükenmişlik ve tükenmişliği etkileyen örgütsel faktörlerin analizine ilişkin akademik personel üzerine bir uygulama. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 20(2), 95-105.

- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., PeñalozaSalazar, C., Richards-Araya, D., Cuadra-Peralta, A. (2011). Attitudes andburden in relatives of patients with schizophrenia ina middle income country. *BMC FamilyPractice*, 12, 101. doi: 10.1186/1471-2296-12-101.
- Cassidy, E., O'callaghan, H. (2001). Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *European Psychiatry*, 16(8), 446-450. doi: 10.1016/s0924-9338(01)00605-8.
- Chadda, RK., Singh, TB., Ganguly, KK. (2007). Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiology*, 42 (11), 923-30. doi: 10.1007/s00127-007-0242-8.
- Chan, SW., Hsiung, PC., Thompson, DR., Chen, SC., Hwu, HG. (2007). Health-related quality of life of chinese people with schizophrenia in hong-kong and taipei: a cross-sectional analysis. *Research in Nursing & Health*, 30, 261-269. doi: 10.1002/nur.20189.
- Chang, KH., Horrocks, S. (2006). Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *Journal of Advanced Nursing*, 53(4), 435–443. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03732.x.
- Chien, WT. (2008). Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *The Open Nursing Journal*, 2, 28-39. doi: 10.2174/1874434600802010028
- Chien, WT., Norman, I.(2003). Educational needs of families caring for Chinese patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 490–498.
- Chien, WT., Wong, KF. (2007). A family psychoeducation group program for Chinese people with schizophrenia in Hong Kong, *Psychiatric Services*, 58, 1003-1006. doi: 10.1176/ps.2007.58.7.1003.
- Chou, KR. (2000). Caregiver burden: a concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 15, 398-407. doi: 10.1053/jpdn.2000.16709.
- Cuipers, P., Stam, H. (2000). Burnout among relatives of psychiatric patients attending psychoeducational support groups. *Psychiatric Services*, 51(3), 375-379. doi: 10.1176/appi.ps.51.3.375.

- Çabuk, M. (2014). *Psikoeğitimin şizofreni ailelerinin yük algılarına olan etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Çam, O., Engin, E. (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı* (1. Baskı). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 367- 447.
- Çetin, N. (2011). *Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., Özşahin, A. (2013). Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14, 19-26.
- Çetinkaya-Duman, Z., Bademli, K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 78-94.
- Çınar, İ. (2011). *Şizofreni hasta ailelerinin bakım yükleri ve sosyal destek düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 101.
- Çunkuş, N. (2016). *Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimleri ve bakım yüküne etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Davison, GC., Neale, JM., Dağ, İ. (2004). *Anormal Psikolojisi*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği yayınları.
- Demirel Döngel, B., Demirkol, ME., Tamam, L. (2013). Şizofreni hastalarında fiziksel hastalık eş tanılarının değerlendirilmesi. *Çukurova Medical Journal*, 43(4), 892-902. doi: <https://doi.org/10.17826/cumj.396313>
- Di, Mattei VE., Prunas, A., Novella, L., Marcone, A., Cappa, SF., Sarno, L. (2008). The burden of distress in caregivers of elderly demented patients and its relationship with coping strategies. *Neurological Science Journal*, 29, 383-389. doi: 10.1007/s10072-008-1047-6.
- Dikeç, G. (2014). *Kronik şizofreni hastalarında tedaviye uyum programının etkinliği*. Doktora Tezi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Dixon, L. (1999). Providing services to families of persons with schizophrenia: Present and future. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2, 3-8.
- Durmaz, H. (2011). *Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin öz etkililik düzeylerinin bakım yüküne etkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Eliüşük, A. (2008). *Şizofrenili hastası olan ailelerin algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- El-tantawy, AMA., Raya, YM., Zaki, ASMK. (2010). Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. *Current Psychiatry*, 17(3).
- Esmek, M. (2007). *Psikiyatri servisinde tan şizofren hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Etters, L., Goodall, D., Harrison, BE. (2008). Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 20, 423-428. doi: 10.1111/j.1745-7599.2008.00342.x.
- Folkman, S., Lazarus, RS. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-39.
- Gall, S., Atkinson, J., Eliot, L., Johansen, R. (2002). Supporting carers of people diagnosed with schizophrenia: Evaluating change in nursing practice following training. *Journal of Advanced Nursing*, 41(3), 295-305.
- Goldstein, MJ. (2000). ABD’ de izofreni tedavisi kapsamında ruhsal-eğitsel aile programları. çeviren N. *Şizofreni Yazıları Şizofreni Hastaları Ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı*, 1(1), 20-26.
- Gournay, K. (2000). Role of the community psychiatric nurse in the management of schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment*, 6, 243-251.
- Güdük, M. (2010). *Şizofreni hastalarında zihin kuramı becerilerinin başa çıkma tutumları ve sosyal işlevsellik ile ilişkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

- Gülbol, S. (2020). *Şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının depresyon, tükenmişlik ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin saptanması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi, Hatay.
- Gülseren, L., am, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, AE., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, ř., Mete, L. (2010). Şizofrenide aile yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 1-9. doi: <https://doi.org/10.21601/ortadogutipdergisi.476552>.
- Igberase, OO., Morankinyo, O., Lawani, AO., Jamesand, BO., Omoaregba, JO. (2012). Burden care of among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2). doi: 10.1177/0020764010387544.
- Kalı, AH. (2018). *Pozitif ve negatif belirtilerle seyreden şizofreni hastalarında tedavi uyumu ve yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Karamustafalıoğlu, N., Tomruk, N., Alpay, N. (1998). Şizofrenide cinsiyet farklılıkları: bir gözden geçirme. *Düşünen Adam*, 11 (2), 22-32.
- Karancı, N. (2009). Şizofren hasta yakınlarının dünyası: Nedensel atıflar, yükler, umutlar. *Şizofreni Yazıları*, 1(2), 6-12.
- Kavak, F. (2011). *Kendi evlerinde yaşayan ve korumalı evlerde yaşayan şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ve işlevsel iyileşme düzeylerinin karşılaştırılması*. Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Kaya, Y. (2013). *Şizofreni hastalarının sosyal işlevsellikleri ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü*. Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kızılırmak, B. (2014). *Ruhsal bozukluğu olan bireylerin ailelerinde bakım yükü ve ruhsal sağlık durumu*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Klarić, M., Franĉiřković, T., Pernar, M., Nemĉić, MI., Milićević, R., Obrdalj, Eć., Satriano, AS. (2010). Caregiver burden and burnout in partners of war veterans with Post-traumatic Stress Disorder. *Collegium Antropologicum*, 34 (1), 15-21.
- Kocal, Y., Karakuş, G., Damla, S. (2017). Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267. doi: <https://doi.org/10.17827/aktd.303574>.

- Kokurcan, A. (2013). *Şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarında tükenmişlik*, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi, Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara .
- Korkmaz, A. (2014). *Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde öfke ve ilişkili faktörler*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Köroğlu, E. (2013). *Dsm-V Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. Çeviri Editörü; Ertuğrul Köroğlu, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E., Güleç, Ç. (2007). *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: HYB Basım Yayın, Ankara.
- Lakiska, K., Dominic, F., Victor, D., Seamus, O., William, S., Mar, S. (2010). Experience of care giving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis. *British Journal of Psychiatry*, 177, 529-33. doi: 10.1192/bjp.177.6.529.
- Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbühl, P., Keller, C., Rössler, W. (2003). Determinants of burden in caregiver of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18, 285-289. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.06.004.
- Li, J., Lambert, CE., Lambert, VA. (2007) Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. *Nursing and Health Sciences*, 9:192-198.
- Lim, YM., Ahn, YH. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16, 2, 110-117. doi: 10.1016/s0897-1897(03)00007-7.
- Liu, M., Clinton, E., Lambert, V. (2007). Caregiver burden and coping patterns of Chinese parents of a child with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16, 86-95.
- Magliano, L., Marasco C., Fiorillo A., Malangone C., Guarneri M., Maj M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106:291-298.
- Maldonado, JG., Urizar, AC., Kavanagh, DJ. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 899- 904. doi: 10.1007/s00127-005-0963-5.

- Nabeel, AS., Abdulkareem, A., Abdulhakeem, A., Salah, AQ., Heba, M. (2008). Depressed patients preferences for education about medications by pharmacist in Kuwait. *Patient Education and Counseling*, 72, 94-101. doi: 10.1016/j.pec.2008.01.027.
- Nasr, T., Krauser, R. (2009). Pschoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Annals Gen Psychiatry*, 8, 17. doi: 10.1186/1744-859X-8-17.
- Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, R. (2005). Caregiver coping in bipolar disorder and schizophrenia. A re-examination. *Social Psychiatry Epidemiology*, 40, 329-36. doi: 10.1007/s00127-005-0884-3.
- Özçelik, EK. (2015). *Şizofreni hastalarında aile ortamı içselleştirilmiş damgalanma ve yaşam kalitesi*. Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzincan.
- Özlü, A. (2007). *Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişim ile ilgili özellikler*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.
- Özlü, A., Yıldız, M., Aker, T. (2015). Şizofreni hastalarının bakımıyla ilgilenenlerde yük ve ilişkili özellikler. *Düşünen Adam*, 28(2), 147-153. doi: 10.5350/DAJPN2015280207.
- Özşen, PB. (2013). *Şizofreni hastalarının yakınlarının şizofreniye yönelik bilgileri, inançları ve yardım arama davranışları*. Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gaziantep.
- Öztürk, M., Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım, 242-316.
- Öztürk, M., Uluşahin, A. (2016). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (14. Baskı). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Öztürk, S. (2010). *Şizofreni hastalarında yaşam kalitesinin; pozitif belirtiler, negatif belirtiler, depresyon ve içgörü ile ilişkisi*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Zonguldak.
- Özütek, ZS. (2005). *Şizofrenide aile ve hasta arasındaki etkileşimin hastalık belirtileri ve yaşam kalitesi üzerine etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Pazvantoğlu, O., Sarısoy, G., Böke, Ö., Aker, AA., Özturan, DD., Ünverdi, E. (2014). Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: hastaların işlevselliğinin rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27, 53-60. doi 10.5350/DAJPN2014270107.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bauml, J., Kissling, W., Endel, RR. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73-92. doi: <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>.
- Randall, JR., Walld, R., Finlayson, G., Sareen, J., Martens, PJ., Bolton, JM. (2014). Acute risk of suicide and suicide attempts associated with recent diagnosis of mental disorders: A population- based, propensity score- matched analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 59(10), 531-538. doi: <https://doi.org/10.1177/070674371405901006>.
- Rodrigo, C., Fernando, T., Rajapakse, S., Silva, VD., Hanwella, R. (2013). Caregiver strain and symptoms of depression among principal caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka. *International Journal of Mental Health Systems*, 7-2. doi: <https://doi.org/10.1186/1752-4458-7-2>.
- Roick, C., Helder, D., Bebbington, PE., Angermayer, MC., Azorin, JM., Brugha, TS., Killian, R., Johnson, S., Toumi, M., Kornfield, A. (2007). Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *Journal of Psychiatry*, 190, 333-338. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025353>.
- Sağlam-Arı, G., Çına-Bal, E. (2008). Tükenmişlik kavramı: bireyler ve örgütler açısından önemi. *Yönetim ve Ekonomi*, 15(1), 131-148.
- Scazufca, M., Kuipers, E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *The British Journal of Psychiatry*, 174(2), 154-158. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.174.2.154>.
- Shenton, ME., Dickey, CC., Frumin, M., McCarley, RW. (2001). A review of MRI findings in schizophrenia. *Schizophr Res*, 49:1-52. doi: [https://doi.org/10.1016/s0920-9964\(01\)00163-3](https://doi.org/10.1016/s0920-9964(01)00163-3).

- Shibre, T., Kebede, D., Alem, A., Negash, A., Deyassa, N., Fekadu, A., Fekadu, D., Jacobsson, L., Kullgren, G. (2003). Schizophrenia: illness impact on family members in a traditional society–rural Ethiopia. *Social Psychiatry Psychiatry Epidemiology*, 38, 27–34. doi: 10.1007/s00127-003-0594-7.
- Songur, E. (2015, Mart 28). *Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni* (Seminer). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
- Soygür, H., Çelikel, B., Aydemir, Ç., Bozkurt, S. (1998). Hasta yakınları ile gerçekleştirilen psikodrama yönelimli destekleyici-eğitici grup psikoterapisinin kronik şizofreni gidişi üzerinde etkisi: 1 yıllık izleme çalışması. *Düşünen Adam*, 11(4), 5-11.
- Sönmez, S. (2009). *Şizofreni Hastalarında Psikoeğitim Grup Çalışmasının Pozitif Ve Negatif Belirtiler, Sosyal İşlevsellik, Yeti Yitimi, İçgörü Ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkilerinin Araştırılması*. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mahzar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Stengler-Wenzke, K., Trosbach, J., Dietrich, S., Angermeyer, MC. (2004). Experience of stigmatization by relatives of patients with obsessive-compulsive disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18, 88-96. doi: 10.1016/j.apnu.2004.03.004.
- Summakoğlu, D., Ertuğrul, B. (2018). Şizofreni ve Tedavisi. *Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences*, 1(2), 43-61.
- Sügün, G. (2005). *Şizofreni bozukluğu olan bireylerin yaşam niteliği ile hastalığın negatif-pozitif belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Şahin, N., Durak, A. (1995). Üniversite öğrencileri için bir stresle başa çıkma tarzı ölçeği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10 (34), 56-73.
- Şengün, F. (2007). *Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Şevik, AE., Özcan, H., Uysal, E. (2012). İntihar girişimlerinin incelenmesi: Risk faktörleri ve takip. *Klinik Psikiyatri*, 15, 218-225.
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu. Genel Sağlık Sigortası. www.sgk.gov.tr. (Erişim:20.06.2022).

- Tanrıverdi, D. (2008). *Şizofreni hastalarının bakım vericilerine verilen psikoeğitimin bakım yüküne etkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.
- Tel, H., Ertekin-Pınar, Ş. (2013). Kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(3), 145-152. doi: <https://dx.doi.org/10.5505/phd.2013.58088>
- Tel, H., Saraç, B., Günaydın, Y., Medik, K., Doğan, S. (2010). Psikiyatrik hastalık tanılı hastaların primer bakım vericilerinin sosyal destek durumlarının belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 103-107.
- Tormoehlen, K., Lessick, M. (2010). Schizophrenia in women. *Nursing for Women's Health Volume*, 14(6), 484-495. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1751-486X.2010.01595.x>.
- Ukpong, D. (2012). Şizofreni hastalarına bakım veren Nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: Pozitif ve negatif semptomların rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, 1-6.
- Urizar, AC., Urzua, A., Jamett, PR., Irrarazaval, M. (2016). Objective and subjective burden in relatives of patients with schizophrenia and its influence on care relationships in Chile. *Psychiatry Research*, 237, 361-365. doi: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.01.013>.
- Üçok, A. (2008). Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 1), 3-8.
- Van Der Voot, TYG., Goossens, PJJ., Van Der Bijl, JJ. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patient with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14, 679-687. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2009.00634.x>.
- Yaşar, F. (2008). *Kronik obstrüktif akciğer hastalığı olan bireylerin primer bakım vericilerinin gereksinimleri, bakım verme yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Yavuz, R. (2008 Mart). *Şizofreni*. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, No:62, 49-58.
- Yıldırım, A. (2007). *Psikoeğitimsel yaklaşımın ve izleme çalışmasının şizofreni tanılı hasta ailelerinin aile işlevleri ve hastaların sosyal destek düzeylerine etkisi*. Doktora Tezi, Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Erzurum.

- Yıldız, E. (2016). *Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Yılmaz, A., Turan, E., Gündoğar, D. (2009). Predictors of burnout in the family caregivers of Alzheimer' disease: evidence from Turkey. *Australasian Journal of Ageing*, 28(1), 16-21. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1741-6612.2008.00319.x> .
- Yılmaz, E. (2012). *Şizofreni hastalarında içselleştirilmiş damgalanmanın tedaviye uyuma x*
- Yılmaz, S. (2011). *Şizofreni tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimleri*. .Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yurtsever, ÜE., Kutlar, T., Tarlacı, N., Kamberyan, K., Yaman, M. (2001). Ruh hastalıkları tedavisinde psikososyal bir boyut: Psikoeğitimsel bir model. *Düşünen Adam*, 14(1) 33-40.
- Zahid, MA., Ohaeri, JU. (2010). Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample Arab subject with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 10, 71. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-244x-10-71>.