



T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI



**PSİKOZ TANISI ALMIŞ HASTALARA BAKIM VEREN KİŞİLERİN
KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BAKICI YÜKLERİ ARASINDAKİ
İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

NUR DİNÇER GENÇ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

BURSA- 2017





T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM
DALI



**PSİKOZ TANISI ALMIŞ HASTALARA BAKIM VEREN
KİŞİLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BAKICI YÜKLERİ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

NUR DİNÇER GENÇ

(YÜKSEK LİSANS TEZİ)

DANIŞMAN: Prof.Dr.Selçuk Kırılı

BURSA- 2017

T.C.
ULUDAĞ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYANI

Yüksek Lisans/Doktora tezi olarak sunduğum

“PSİKOZ TANISI ALMIŞ HASTALARA BAKIM VEREN KİŞİLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BAKICI YÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” adlı çalışmanın, proje evresinden neticelendirilmesine dek geçen tüm süreçlerde bilimsel etik kurallarına uygun bir şekilde hazırlandığını ve kaynaklar bölümünde yararlandığım tüm eserleri gösterdiğimi belirtir ve beyan ederim.


Nur Düncer

Adı Soyadı

Tarih ve İmza

11.12.2017

SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE

Tıp Psikiyatri (Klinik Psikoloji Erişkin) Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nur Dinçer GENÇ tarafından hazırlanan Psikoz Tanısı Almış Hastalara bakım Veren Kişilerin Kişilik Özellikleri ve Bakıcı Yükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi konulu Yüksek Lisans tezi 22/11/2017 günü, 14:00 – 15:00 saatleri arasında yapılan tez savunma sınavında jüri tarafından oy birliği ile kabul edilmiştir.

Adı-Soyadı

Prof. Dr. Selçuk KIRLI

Prof. Dr. Cengiz AKKAYA

Prof. Dr. Ash SARANDÖL

Doç. Dr. Yusuf SİVRİOĞLU

Doç. Dr. Nurhan EREN

İmza



Bu tez Enstitü Yönetim Kurulu'nun tarih ve sayılı toplantısında alınan numaralı kararı ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Ali AYDOĞDU
Enstitü Müdürü

TEZ KONTROL ve BEYAN FORMU

....28...../....02...../...2017.....

Adı Soyadı: Nur Dinçer

Anabilim Dalı: Psikiyatri (Klinik Psikoloji-Erişkin)

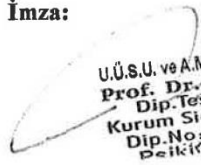
Tez Konusu: Psikoz Tanısı Almış Hastalara Bakım Veren Kişilerin Kişilik Özellikleri ve Bakıcı yükleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

<u>ÖZELLİKLER</u>	<u>UYGUNDUR</u>	<u>UYGUN DEĞİLDİR</u>	<u>ACIKLAMA</u>
Tezin Boyutları	X	<input type="checkbox"/>	
Dış Kapak Sayfası	X	<input type="checkbox"/>	
İç Kapak Sayfası	X	<input type="checkbox"/>	
Kabul Onay Sayfası	X	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Düzeni	X	<input type="checkbox"/>	
İçindekiler Sayfası	X	<input type="checkbox"/>	
Yazı Karakteri	X	<input type="checkbox"/>	
Satır Aralıkları	X	<input type="checkbox"/>	
Başlıklar	X	<input type="checkbox"/>	
Sayfa Numaraları	X	<input type="checkbox"/>	
Eklerin Yerleştirilmesi	X	<input type="checkbox"/>	
Tabloların Yerleştirilmesi	X	<input type="checkbox"/>	
Kaynaklar	X	<input type="checkbox"/>	

DANIŞMAN ONAYI

Unvanı Adı Soyadı: Prof. Dr. Selçuk Kırılı

İmza:


U.Ü.S.U. ve A.M. Ruh. Sağ. Hast. A.D.
Prof. Dr. Selçuk KIRILI
Dip. Tes. No: 29027
Kurum Sic. No: A02-0331
Dip. No: 16351-12819
Psikiyatri Uzmanı

İÇİNDEKİLER

ETİK BEYAN.....	II
KABUL ONAY.....	III
TEZ KONTROL BEYAN FORMU.....	IV
İÇİNDEKİLER.....	V
ÖZET.....	VI
ABSTRACT.....	VII
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Ruh Sağlığı ve Ruh Sağlığı Bozuklukları.....	2
2.2. Psikoz.....	5
2.2.1. Şizofreni.....	6
2.2.1. Şizofreniform Bozukluk.....	10
2.2.3. Şizoaffektif Bozukluk.....	10
2.2.4. Sanrısız Bozukluk (Paranoya).....	10
2.2.5. Kısa Psikotik Bozukluk.....	10
2.2.6. Paylaşılmış Psikotik Bozukluk.....	11
2.2.7. Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk.....	11
2.2.8. Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk.....	11
2.3. Bireysel Bakım Hizmetleri ve Hastalara Bakım Yükü.....	12
2.3.1. Psikoz Hasta Ailelerinde Bakım Yükü.....	14
3. GEREÇ ve YÖNTEM	21
3.1. Araştırma Modeli.....	21
3.2. Katılımcılar.....	21
3.3. Veri Toplama Araçları.....	21
3.3.1. Bakıcı Demografik Bilgi Anketi.....	21
3.3.2. Hasta Demografik Bilgi Anketi.....	22
3.3.3. Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği (ZBYÖ).....	22
3.3.4. Sıfat Listesi (Adjective Check List-ACL).....	23
3.4. Veriler ve Toplanması.....	25
3.5. İstatistiksel Analizler.....	26
4. BULGULAR	27

4.1. Araştırmanın Bağımsız Süreksiz Değişkenlerinin Frekans ve Yüzdeler Dağılımlarına İlişkin Bulgular.....	27
4.2. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği İle Yapılan Analiz Sonuçları.....	38
4.3. Araştırmanın Bağımsız Sürekli Değişkeni Olan Sıfat Listesi Ölçeği (ACL) (Adjective Check List) İle Yapılan Analiz Sonuçları.....	72
4.4. Araştırmanın Sürekli Değişkenleri Olan Sıfat Listesi Ölçeği (ACL) (Adjective Check List) ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puanları arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular.....	76
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	82
6. KAYNAKLAR	87
7. SİMGELER VE KISALTMALAR	91
8. EKLER	92
9. TEŞEKKÜR	97
10. ÖZGEÇMİŞ.....	98

VI.ÖZET

Bu çalışma psikoz hastalarına bakım veren kişilerin bakım yükü ile kişilik özellikleri arasındaki ilişkiyi araştırmayı hedeflemiştir. Çalışmanın katılımcıları Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Psikoz Polikliniğinde tedavi gören 49 hasta ve bakım veren hasta yakınıdır. Bakıcı yükünü değerlendirmek üzere Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, kişilik özelliklerini değerlendirmek üzere Sıfat Listesi (Adjective Check List-ACL) uygulanmıştır. Ayrıca bakıcının ve hastanın ekonomik düzey, eğitim, cinsiyet gibi demografik özelliklerinin bakıcı yükü üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Sonuç olarak, hastanın hastanede yatmış olmamasının, intihar girişimine kalkışmasının, bakıcının yaş, eğitim ve gelir düzeyinin düşük olmasının bakıcı yükünü anlamlı düzeyde etkilediği görülmüştür. Bakıcıların Kişilik özellikleri açısından Sıfat Listesi'nin Kendini Suçlama, Oto Kontrol, Uyarlık, Düzen ve Şefkat Gösterme alt boyutlarında en yüksek puanları aldıkları görülmüştür.

VII. ABSTRACT

This present study aims to investigate the relationship between personality traits and burden of caregivers of persons with psychotic disorders. Forty nine patient with psychotic disorder and their caregivers from Outpatient Psychosis Clinic of Uludağ University Medical Faculty Mental Health Hospital, participated in the study. Zarit Burden Interview was used to assess burden of caregivers of patients with psychotic disorder and Adjective Check List (ACL) was used to assess personality traits of caregivers. In addition the effect of demographic variables such as age, gender, social economic status on caregiver burden were investigated. Results showed that suicide attempts, low level of social economic status increases burden level of caregivers. Also if the patient never hospitalized, this situation also increases burden level of caregivers. In terms of personality traits caregivers revealed highest scores on abasement, self-control, deference, order and nurturance subscales of Adjective Check List.

PSİKOZ TANISI ALMIŞ HASTALARA BAKIM VEREN KİŞİLERİN KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE BAKICI YÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

1. GİRİŞ

Psikoz tanısı almış hastaların büyük bir çoğunluğunun bakımı aileleri tarafından sağlanmaktadır(Gibbons ve diğerleri;1984). Kronik ruhsal hastalıkları olan hastaların sosyal hayatta ve iş hayatında adaptasyon güçlükleri yaşamak, kendilerinden beklenen toplumsal rolleri yerine getirememek nedeniyle, sürekli bakım ve desteğe ihtiyaçları vardır(Çetinkaya ve diğerleri; 2013). Ciddi ruhsal hastalığı olan bir kişiyle yaşamının sorumluluğunun üstlenilmesi sonucunda, bakım ve desteği veren aile üyelerinin, sosyal, duygusal, ekonomik ve yaşadıkları çevresel sıkıntılardan doğan ruhsal duruma ailenin yükü denilir (Jacqueline and Denice; 1995) Hasta yakınlarının da hastalarla birlikte göz önüne alınması, yaşadıkları nesnel (maddi kayıplar, ev ortamındaki gerginlik, sosyal aktivitelerin kısıtlanması) ya da öznel yükler (hastanın rahatsızlık verici tutumlarının düzeyi) açısından oldukça önemlidir(Özlü ve diğerleri; 2010). Aile terapileri açısından da, hasta yakını aile üyelerinin ya da hastaya bakım verenlerin üzerindeki yükler ve bu yüklerin oranının bilinmesi, sağaltımda önemli ipuçları sağlamaktadır.

Genelde ailelerin yaşadığı yoğun baskı, aile sorunları, iletişim ve duygusal sorunlar, psikoz tanısı konulmuş hastalara bakım verenlerle ilgili çalışmalarda oldukça ön planda görülmektedir. Yazında bakıcı yükünü araştıran araştırmalara baktığımızda, yükü oluşturan faktörlerle ilgili yapılan çalışmalar, yükün hastanın kendisinden kaynaklanan faktörler kadar bakım veren kişinin özelliklerine bağlı olduğunu da göstermektedir (Atagün ve diğerleri, 2011). Bazı araştırmalar da yük düzeyindeki artışta, bakım verenin özelliklerinin de, hasta ve hastalık kadar etkili olduğunu göstermiştir(Gutierrez ve diğerleri, 2007; Roick ve diğerleri, 2007).

Psikoz tanısı almış hastalara bakım veren yakınlarının kişilik özelliklerinin de, bakım vermeye dayalı taşıdıkları yük üzerinde etkili olabileceği varsayılmıştır. Son yıllarda bir varsayım olma yerine, bu kavram bizzat bilimsel olarak araştırılması gereken bir konu olarak kabul edilmeye başlanmıştır. Özellikle psikoloji alan yazında bakıcı yük özelliğini ölçen ölçekler geliştirildikten sonra, hastalara bakım veren yakınlarının kişilik özelliklerinin bakıcı yükü üzerindeki etkisini araştırmak daha anlamlı hale gelmiştir. Ama bu konuda hala Dünyada ve Türkiye’de tam anlamıyla bilimsel ve doyurucu araştırmalar yapılamamıştır.

Bu çalışmanın temel amacı; psikoz tanısı konmuş hastalara bakım veren bireylerin kişilik özelliklerinin, bakıcı yükünün derecesine katkıda bulunup, bulunmadığını incelemektir.

Kuramsal temellerden ve literatürdeki araştırma bulgularından yola çıkılıp, araştırmanın hipotezlerine dayalı temel bir hipotez belirlenmiştir:

- Psikoz tanısı konmuş hastaların ve hastalara bakım veren bireylerin sosyodemografik özellikleri ile bakıcı yükleri arasında anlamlı bir farklılık ve Psikoz tanısı konmuş hastalara bakım veren bireylerin kişilik özellikleri ile bakıcı yük düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı ve Ruh Sağlığı Ruhsal Bozuklukları

Kişilerin realiteden kopmadan, kendi yapılarını ve çevresini değerlendirmesi, yaşama uyum sağlayabilmesi, yaşama isteği duyması, yaşadığı topluma ters düşmeyecek şekilde ihtiyaçlarını karşılayabilmesi durumunu ruh sağlığı olarak tanımlayabiliriz. Bebeklik döneminden (hatta anne karnından) ölüme kadar süren düşünce, özgüven, öğrenme, duygusal-sosyal gelişim, iletişim becerileri gibi bir dizi süreci de ifade eden bir kavram olarak da bazı kaynaklarda tanımlanmaktadır.

Sağlıklı birey yaşamını, içinde olduğu zaman diliminde ve farklı mekanlarda, kendisiyle, ailesiyle, yakın çevresiyle, yaşadığı toplumla ve işi ya da görevi ile yoğun bir ilişkiler ağı içinde sürdürmektedir. Eğer bu ilişkiler ağında; uyum, denge, tatmin var ise, birey ruhsal açıdan sağlıklıdır. Freud'a göre bireyin ruh sağlığı açısından sağlıklı sayılabilmesi için iki temel kriter vardır: Çalışmak ve sevmek.

Ruh sağlığı yerinde olan bir birey; kuruntu, kuşku ve kaygılardan uzaktır, kendisiyle uyum içinde yaşar. Çevresindeki insanlarla rahatlıkla sevgi ve saygıya dayalı ilişkiler kurmayı başarabilecek durumdadır. Onlara zaman ayırır, ilişkilerinde üstüne düşen sorumlulukları yüklenebilir, kendisine ihtiyaç duyulduğunda yardıma hazırdır. Bu kişinin özgüveni yüksektir, gereksiz bir üstünlük ve aşağılık duygusuna kapılmaz. Toplumla yeteneklerini geliştirerek edindiği başarılarla ve ürünlerle katkıda bulunur. Geleceğe yönelik hedeflerini belirler ve bunlara ulaşmak için azimli bir yol izleyerek çalışır. Bireysel olarak kendi kararlarını alır ve bunların gerektirdiği sorumlulukları taşır. Kişinin ruh sağlığı yerindedir diyebilmemiz için, kendisi ve çevresiyle uyumlu, dengeli bir ilişki sürdürmesi gereklidir. Kişinin ruhsal durumu o kişinin genetik yapısından ve yaşam deneyimlerinden etkilenmektedir. Kişilerin yaşamlarının belirli dönemlerinde ruh sağlıkları farklı nedenlerle bozulabilir. Kişinin duygu, düşünce ve davranışlarında, geçici ya da sürekli olarak uyumsuzluk veya tutarsızlık göstermesi ruhsal bozukluk durumu olarak adlandırılabilir.

Ruh sağlığı bozuk kişileri çoğunlukla, duygu, düşünce ve davranışlarında farklı derecelerde aşırılık, tutarsızlık, uygunsuzluk ve yetersizlik özelliklerini taşıyanlar diye tanımlayabiliriz. Normal olarak tanımladığımız bir kişide de bazen aykırı, uygunsuz ve yetersiz davranışlar görülebilir. Ancak bu durum, kişinin verimli çalışmasını engelliyorsa ve kişilerarası ilişkilerini bozmaya başlamışsa, tekrarlayıcı veya daimi olmaya başlamış ise, bu durumu ruhsal bozukluklar olarak tanımlayabiliriz.

Tüm dünyada genel sağlık hizmetleri çerçevesinde ruh sağlığı bozuklukları, en önemli halk sağlığı problemlerinden biridir. Oldukça yüksek sayıda hasta olması, bireye, aileye ve topluma en çok acı veren rahatsızlıkları içermesi, insan gücünü ve yetisini uzun süre ve ağır derecede azaltması nedeniyle büyük ekonomik kayıplara

sebepler olurlar. Korku, önyargı ve bilgisizliğin en çok görüldüğü ve bu nedenle de hastaların teşhis ve sağaltımlarının zorlaştığı rahatsızlıklardır.

Ruhsal bozuklukların psikososyal ve ekonomik açıdan, hastaya, aileye, sağlık sistemine ve genel anlamda topluma, önemli ölçüde etkisi vardır. Hastanın uzun süre hastanede yatmasına bağlı olarak ekonomik maliyet artmakta, bireyin ve ailenin üretkenliği düşmekte, aile üyelerine maddi ve duygusal yük getirmektedir. Bütün bu etmenler, birey ve ailenin yaşam kalitesini negatif olarak etkilemektedir.

Ruh sağlığı sorunlarının gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, her ırkta, her kültürel grupta ve her sosyoekonomik düzeyde görüldüğü bilinmektedir(T.C.Sağlık Bakanlığı,2007). Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar toplumsal açıdan büyük önem arz ederler. Sıklıkları, yeti kaybı ile sonuçlanabilmeleri ve ekonomik kayıplara neden olmaları toplumsal açıdan oldukça önemlidir(Ocaktan,2004). Dünya Sağlık Örgütü verilerinde belirtildiğine göre, dünyada yaklaşık 450 milyon kişide nörolojik hastalıklar ve ruhsal bozukluklar tespit edilmiştir(World Health Organization,2003). Toplumun ruhsal hastalıklara ve tedavisine yönelik bilgi, yaklaşım ve davranışları, toplum içinde psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı yadsınamayacak düzeyde yüksek olduğundan gitgide önem kazanmıştır.

İnsanın içinde yaşadığı evren ve onu anlamlandırma biçimi, diğer bireyler tarafından hasta olarak damgalanma endişesi, yaşamda varoluşu sürdürebilmek için gerekli koşullar, kültür, teknoloji ve sosyal ilişkilerin özellikleri gibi pek çok faktöre bağlı olarak ruhsal hastalıkların nedenleri ve tedavileri ile ilgili anlayışlar, zaman ve mekana bağlı olarak değişiklik gösterir(Kırpınar, 2002).

Kişinin davranışlarını belirleyip karar almasında en önemli rolü oynayan ruhsal yaşam bozulduğunda, klinik özellik olarak da tanımlanan davranış değişiklikleri ortaya çıkar(Koptagel;2001). Ruhsal hastalıklar; başlangıçta sadece nevroz ve psikozlar olarak sınıflandırılmaktaydı. Ancak günümüzde psikiyatrik bozuklukları tanımlamada basit, anlaşılır, teorik olmayan ölçütler sunan DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) psikiyatrik tanılarını sınıflamasını ve şeklini değiştirmiştir. DSM-IV'e göre, genel bir çerçeve içinde psikiyatrik bozukluklar; Kişilik Bozuklukları, Duygu Durum Bozuklukları, Kaygı Bozuklukları, Dissosiyatif

Bozukluklar, Somatoform Bozukluklar, Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Madde Kullanımı ile ilgili Bozukluklar ve Cinsel Bozukluklar olarak sınıflandırılmaktadır.

2.2. Psikoz

Wunderink ve Kaymaz'a göre, duyu ve düşüncenin büyük ölçüde bozulduğu zihin durumunu psikoz olarak isimlendirebiliriz. Bu durum, kendini, çevreyi ve gerçekliği görme ve anlamının, kendi hislerinin ve düşüncelerinin tamamen değiştiği bir haldir. Bu değişikliğin gerçekliği yaşama bozukluğu diye de adlandırılmasının nedeni çevreye uyumu güçleştirmesindedir. Hasta, kendini ve gerçekliği normalden farklı algılar. Psikoz sırasında görülen belirtileri, psikotik semptomlar olarak da adlandırabiliriz (Akt Sagut,2012).

Psikozun en önemli belirleyicileri; sanrılar, dağınık konuşmalar, katatonik ve kompleks davranışlardır. Psikoz tanısı konmuş bireyler, mantıklı düşünce ile değiştirilemeyen, gerçeğe uymayan, bir kültür içinde kabul edilemeyen, direnen bir inanış şekline sahiptirler. Çevrelerinde herhangi bir uyarıcı olmadığı halde bir algılama oluşturarak çeşitli sanrılar içine girebilir ve bunları gerçek gibi yaşayabilirler. Konuşma şekilleri anlaşılmaz ve kopuk cümlelerden oluşabilir. Uğraşları tamamen yönsüz, amaçsız ve isabetsizdir, yaptıklarında hiçbir çizgi görülemez. Bazı davranışlarını anlamsız şekilde tekrarlayabilirler(Öztürk ve Uluşahin, 2008; Wunderink ve Kaymaz, 2002).

Bu bozukluklara nadir rastlanmaz. Nüfusun %0.5-1'in hayatlarında en az bir kez psikotik atak geçirdiği epidemiyolojik çalışmalarda belirtilmiştir. Bozukluk, hastanın kendisi ve çevresi için ürkütücü olmasının yanı sıra, suisid riski taşıdığından da acil şekilde tanınmalı ve sağaltıma başlanmalıdır. En önemli kayıplar, sosyal hayat ve mesleki ilişkilerde yaşanmaktadır(Kaplan ve Sadock, 2005).

İlk psikotik belirtilerin başlamasına ilk atak adı verilir. (Larsen ve ark., 1996). Genellikle ilk atak psikoz 14-35 yaşlar arasında görülmektedir. Üçte ikisi hastalığın

ilk beş yılında olmak üzere, psikozlu her on kişiden birinin intihar ettiği görülmektedir. Tedavi için yardım almaya başlama ilk semptomlardan yaklaşık iki yıl sonrayı bulabilmektedir. Tedavide gecikmenin nedenleri, ilk belirtilerin gözden kaçması ve çevre tarafından hasta olduğu için dışlanması kaygısıdır (Askey ve ark., 2007). Aslında birçok belirtinin, bireyde önceden beri hafif haliyle var olması olasıdır. Genellikle bu tür erken uyarı işaretleri güç fark edilir. Pek çoğunda yakınında bulunanlar, psikoza girmeden çok önce de tuhaf davranışlarının olduğunu sonradan fark eder. Bu davranışlar zamanında yanlış anlaşıldığından ve ergenlikten erişkinliğe geçiş dönemine, madde bağımlılıklarına veya hastanın kişisel özelliklerine yorulmuştur.

Psikoz farklı patogeneze sahip hastalıklarda görülen ortak bir klinik durumdur, kendi başına bir hastalık değildir, Bu hastalıklar şunlardır: Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, Sanrısız Bozukluk, Şizofreniform Bozukluk, Paylaşılmış Psikotik Bozukluk, Kısa Psikotik Bozukluk, Madde kullanımının yol açtığı Psikotik Bozukluk, Genel bir tıbbi duruma bağlı Psikotik Bozukluk, Başka türlü adlandırılmayan Psikotik Bozukluk (DSM-IV-TR, 2000).

2.2.1. Şizofreni

Genellikle erken dönemde başlayıp, düzelme ve tekrar ortaya çıkma döngüsünde devam eden, iki cinsiyette, her toplumda ve sosyal, ekonomik ve kültürel düzeyde karşılaşılan, ruhsal bir hastalıktır. Başlangıç yaşı genellikle 15 ila 40 yaşlar arasındadır. Nadiren ileri yaşlarda ortaya çıktığı görülür. Semptomlar ileri yaşlarda görülse de genelde başlangıç gençlik döneminde olmaktadır. Hastalığın ortaya çıkışı ve ilerlemesi arasında kadın ve erkek hastalarda göze çarpan ayrımlar vardır. İnsidansı her iki cinsiyette de aynı olmakla beraber, erkeklerde hem kadınlara göre başlangıç daha erken yaşta olmakta, hem de prognozun daha kötü olduğu bilinmektedir. Araştırmalar, erkeklerin kadınlara göre fonksiyonlarında daha ağır yıkıma uğradıklarını, olumsuz belirtilere zaten doğuştan meyilli olduklarını ve kadınların sosyal yaşantıdaki işlevlerine hastalığın etkisinin daha az olduğunu göstermiştir(Akt:Kaya;2013). Şizofreni hastalığının oluşumunun tek bir neden bağlı

olmadığından; beyinde işlevsel ve yapısal bozukluklar, biyokimyasal faktörler, kalıtsal nedenler, psiko-sosyal etkenler gibi çoklu etkenlerden söz edilmektedir. Etiyolojinin tek bir nedene bağlı olmaması hastalığın tedavisini zorlaştırmakta, çoklu yaklaşımın tedavide uygulanmasını gerekli kılmaktadır..

Şizofreni; Paranoid, Hebefrenik(dağınık), Rezidüel, Ayrışmamış, Katatonik ve Basit Şizofreni olarak 6 alt türe ayrılmıştır(Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Paranoid tür genellikle geç yaşta ortaya çıkar ve yavaş seyreder. Düşünce içeriğindeki bozukluk baskındır. Şüphencilik, olaylardan ani ve şiddetli etkilenme, aşırı alınganlık gibi düşünce bozuklukları ön plandadır. Bu türde klinik olarak en fazla büyüklük sanrıları ve perseküsyon görülür. Paranoid şizofreni tedaviye en iyi yanıt veren alt türdür. Hareket bozuklukları katatonik şizofreni'de daha yaygındır. Hastanın hareket etmeden uzun süre kaldığı, uyumasının, beslenmesinin çoğunlukla etkilendiği görülmektedir. Rezidüel (kalıntı) alt tür ise, hastanın geçirdiği ataklar sonucu olumsuz belirtilerin belirgin olduğu süreğen şizofreni hastalığıdır. Bu türde birey, değişmeye oldukça direnç gösterir ve bu durumu artık kişilik yapısına dönüşmüştür. Ayrışmamış tür de ise şizofreniye dair belirtiler olmasına rağmen, hastalığın hangi tür şizofreni olduğu tam olarak anlaşılammamaktadır. Hebefrenik (dağınık) tür; daha erken yaşta başlar, belirtiler daha açık ve tipiktir. Hareket ve davranışlarda bozulma, sosyal ilişkilerde kopukluklar, kişilikte yıkım, sanrılar daha çok olmaktadır. Ağır ve sinsi ilerleyen Basit tür ise negatif semptomların ağırlıklı olarak görüldüğü bir alttür olarak tanımlanır(Özlü ve diğerleri;2009). (Akt:Kaya;2013).

Birçok araştırmacı, şizofreni için sağaltım araştırmaları yapmışlardır. Şizofreni tedavisi iki bölümden oluşur: Biyolojik ve psikososyal tedaviler. Biyolojik sağaltımlar, ilaç ve elektro şok tedavisidir.

Antipsikotikler tedavide en sık kullanılan ilaçlardır. Kullanılan ilaçlar hastalığı tamamen düzeltmez ama belirtileri büyük oranda önlemeye yardımcı olur, hastanın yaşam kalitesini arttırır. Hastanın günlük yaşamını sürdürmesini sağlayabilir ve

nüksleri önlenebilir. Ruh Sağlığı alanında günümüzde atipik antipsikotikler de şizofreni sağaltımında kullanılmaktadır. Ancak kandaki beyaz hücrelerin sayısında ani olarak düşmeye neden olduğu için bu ilaçlar bazı riskler taşımaktadırlar, aynı zamanda pahalı ilaçlar olmaları da başka bir sorundur. Hangi ilacın ne kadar dozda kullanılacağı hastanın durumuna ve görülen belirtilere göre değişmektedir. Sağaltımda ilaç kullanımı ile birlikte bazı hastalarda semptomlar hafiflemekle birlikte sürer, bazı hastalarda hiç bir pozitif değişim görülmez. Bazen de küçük doz kullanımında dahi oldukça güçlü yan etkiler ortaya çıkmaktadır. Kullanılan ilaçların hastaya en çok pozitif etkisi ise, hastanın kulağına gelen duyduğu sesleri, hayal görme gibi belirtileri ortadan kaldırmasıdır. Psikotik ilaçlar bağımlılık yapmazlar. Hastalığın semptomlarının alevlendiği dönemde kullanılan dozlar yükseltilmelidir. Doktor tarafından kontrollü verilen ilaçların mutlaka gereken süre kullanılıp doktor izni olmadan kesilmemesi, düzenli kullanımı ve takibi gerekir. Hastalık düzenli doktor kontrolüyle kontrol altında tutulabilir.

Sağaltım için kullanılan bir başka yöntem elektro şok tedavisidir. Bu tedavi şekli Ruh Sağlığı tarihindeki bilinen en eski tedavi yöntemidir, ancak “şok” kelimesi kullanıldığı için, beyinde onarılmaz bir hasara neden olduğu, şok yarattığı gibi yanlış inançlar vardır. Oysa elektro şok hastalar için etkinliği kanıtlanmış ve ruh sağlığı alanında kullanan hekimler için güvenilir bir sağaltım modelidir, yan etkileri de diğer yöntemlere göre daha azdır. Hastanın belirtilerinin alevlendiği dönemlerde semptomların kısa süre içinde kontrol altına alınmasını sağlayan, gerek yaşlılarda, gerekse hamile kadınlarda bile emin bir şekilde kullanılan bir tedavi çeşididir. “Elektroşok” tedavisinin henüz başlangıç evresinde olan hastalarda kullanımının, en az psikotik ilaçlar kadar etkin olduğu, akut dönemde de psikoterapiden daha çok fayda sağladığı görülmüştür. Bazı araştırmaların sonuçları, elektro şok tedavisinin medikal tedavilerden daha etkin olduğunu söylemektedir. Özellikle başlangıçta, akut dönemde ya da hastalığın alevli döneminde ağır bir tablo başladığında, elektro şok tedavisi bu tablonun kontrol altına alınması ve semptomların kısa sürede düzelmesi konusunda fayda sağlamıştır. Hafif düzeyde gözlenen yan etkisi, geçici unutkanlıktır. Hasta tamamen her şeyi unutmaz, sadece hastane döneminde yaşadığı ufak tefek

olayları ve günlük hayatındaki ayrıntıları hatırlayamamaktadır. Çoğunlukla bu unutkanlık iki üç ay gibi bir süre de düzelir.

Psikoterapi teknikleri, şizofreni tedavisinde uygulanan psikososyal tedavilerdir. Tıp biliminde eski zamanlarda bu hastalara psikoterapi uygulanamayacağı gibi bir hatalı inanış vardı. Terapinin faydadan ziyade, zarar vereceği ve ilaç tedavilerinin terapiye başvurmadan da yeterli olacağı gibi bir inanç söz konusuydu. Son yıllarda yapılan bir çok araştırma, ilaç tedavisi ile birlikte, psikoterapi desteğinin tedavinin başarısını arttırdığını kanıtlanmıştır. Araştırma sonuçları, birçok psikososyal program geliştirilmesine ve tedavi planında uygulanmaya başlanmasına yardım etmiştir. Çeşitli psikoterapi ekolleri (bilişsel-davranışçı terapiler, destekleyici psikoterapi, psikoanalitik terapiler, expressive art terapi, grup terapileri, ilaç uyum terapisi, benimseme ve bağlılık terapisi vs.) sağaltımda kullanılmak üzere geliştirilmiştir. Şizofreni tedavisinde, araştırmaların en çok etkili olduğunu saptadığı tedavi yaklaşımı bilişsel-davranışçı terapi (BDT) olarak adlandırılan terapi çeşididir. Medikal sağaltım sonrasında Bilişsel Davranışçı Terapinin, ilaç tedavisi sonrası geriye kalan belirtileri aza indirdiği düşünülmektedir(Doksat; 2013).

Yapılan araştırmalar, şizofrenide hastaların iyileşme oranlarının %10 ila 60 arası olduğunu göstermiştir. Hastaların %20-30'luk bir grubunun günlük yaşamlarında bir şekilde normal bir yaşam sürdürebilmeyi sağlayabildikleri düşünülmektedir. Hastaların yarısında ise hastalığa bağlı bariz yıkım oluşur. Şizofreni bedensel hastalık, suisid ve erken ölüm risklerinin de artmasına da neden olur. Şizofreni hastalarının yaşam süresinin ortalama yaşam sürelerine göre 10 yıl kadar kısaldığı yapılan araştırmalarda saptanmıştır. (Köroğlu ve Güleç, 2007).

Şizofrenide standart bir tedavi planı yerine, her vakaya kendi içinde biyolojik, psikolojik ve toplumsal boyutları ile değerlendirme yapılarak, tamamen o kişiye özel bir tedavi planı oluşturulur. Hekim, hasta ve hasta yakınlarının işbirliği tedavinin temelini oluşturur(DSM-IV-TR, 2000).Sağaltım planı, hastalığın semptomlarını azaltmak ve tekrarları önleyebilmek için kullanılan ilaç tedavileri, hasta ve ailelerinin günlük hayatlarında karşılarına çıkan problemlere ait çözüm odaklı çalışmalar,

tekrarları önlemeye yardımcı olmak için eğitim ve psikososyal yaklaşımları, eğitim, iş alanlarında işlevselliklerini yeniden sağlayabilmek için toplumsal rehabilitasyon ön planda tutularak hazırlanmaktadır. (Ceylan, 1996) .

2.2.2. Şizofreniform Bozukluk

Şizofreniye bütün yönleriyle benzeyen şizofreniform bozukluğunun tek farkı, bulgularının en az bir ay, en fazla altı ay sürmesidir. Şizofreniform bozukluğu olan hastalar sağaltım sonrası düzelme yaşanınca hastalık öncesi işlevsellik düzeylerine geri dönerler.

2.2.3. Şizoaffektif Bozukluk

Şizoaffektif bozukluk, diğer hastalıklarda olduğu gibi kolayca tanı konulabilen bir hastalık değildir. Bunun sebebi, her insanda tek bir seyirde giden birçok ruh hastalığının bir karışımıdır. Şizoaffektif bozuklukluk, psikoz ve duygu durum değişikliklerinin karışımından oluşmuştur.

2.2.4. Sanrısız Bozukluk(Paranoya)

Hastalar da, kendi fikirlerinin doğruluğuna inanç ön plandadır, bu düşüncelere aykırı deliller ve fikirlerden rahatsızlık hissederler. Ancak hastanın paranoid özellikleri olması mutlaka şizofrenik bir durum olduğuna işaret etmez. Paranoid bozukluklarda sıklıkla, hostilite, kin, öfke, eleştiren ve suçlayıcı davranışlar, tutarsızlık, aşırı savunmacılık, kayıtsızlık, küçük detaylara takılan dikkat, çabuk rahatsız olma, aşırı haklılık hali, heyecan hissetmeme, agresif davranışlar, suça eğilim görülebilir.

2.2.5. Kısa Psikotik Bozukluk

Belirtilerinin süresi bir ayı geçmeyen, ama bir günden de az sürmeyen kısa psikotik bozukluk olarak tanımlanır. Desorganize konuşma ve davranışlar, sanrılar gibi

semptomlar ön plandadır. Duygu durum bozukluğu, şizofreni, tıbbi duruma veya madde kullanıma bağlı psikotik durumlarla bu belirtiler ile açıklanamaz.

2.2.6. Paylaşılmış Psikotik Bozukluk

Folie à deux (paylaşılmış psikotik bozukluk), sanrılarının içeriği bakımından her toplumda ayırım göstermektedir, genellikle de çok ender görülen bir sendromdur. DSM-IV-TR'e göre "O sırada lokalize bir sanrısı olan başka bir kişi ya da kişilerle temas içinde bulunan bireyde benzer bir sanrının gelişmesi ve temas ettiği yerleşik sanrısı olan kişinin sanrısıyla da sanrılarının benzerlik göstermesi" şeklinde ifade edilir. Neden olabilecek faktörler arasında; sosyal izolasyon, yakın ilişki (aile gibi), edilgen kişilik, kognitif bozulma, dil zorlukları ve endişeli yaşam olayları bildirilmiştir(Enoch, Ball. 2002) .

2.2.7. Madde Kullanımının Yol Açtığı Psikotik Bozukluk

Normal popülasyona kıyasla, alkol veya madde bağımlılarında psikoz görülme ensidansı daha fazladır. Hastalığın prognozunu ve ilerleyişini olumsuz yönde etkilemeyen psikotik semptomların ortaya çıkışıdır. Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların nedenlerinin daha iyi anlaşılması için, madde kullanımına bağlı psikozun ortaya çıkış mekanizmasının saptanması yardımcı olmaktadır. Öte yandan bu tür hastaları değerlendirmekteki en zor konulardan birisi de, psikoaktif madde kullanımına bağlı psikiyatrik bozukluk ile birincil psikiyatrik bozukluk ayrımının zor olmasıdır. Ruh Sağlığı yazınında kokain, alkol, amfetamin, esrar ve uçucu madde bağımlılığı ile psikoz bağlantısını gösteren güçlü deliller vardır.

2.2.8. Başka Türü Adlandırılmayan Psikotik Bozukluk

Herhangi bir spesifik psikotik bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamayan psikotik belirtiler gösteren bozukluklar ile kati bir tanı koymak için bilginin yetersiz olduğu ya da çelişkili olduğu psikotik belirtileri içerir. (Akt: Sagut,2012).

2.3. Bireysel Bakım Hizmetleri ve Hastalara Bakım Yüğü

Yaşamının sürdürebilirliği için ihtiyaçları olması, insanın biyo-psiko-sosyo-kültürel bir canlı olması nedeniyledir. Sadece yemek yeme, su içme, bakım alma gibi doğal gereksinimlerinin değil, sevgi, saygı ve kabul görme gibi psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının da karşılanması önemlidir. Doğduğu andan itibaren yaşamayı sürdürebilmek için birisinin yardımına ve bakım vermesine muhtaç olması, insanı dünyada yaşayan diğer canlı türlerinden ayırır. İnsan ancak belli bir yaşa geldiğinde, kendi ayakları üzerinde durarak bu ihtiyacı ortadan kalkmakta ve bakım verene bağımlı olmadan da gereksinimlerini karşılamayı başarmaktadır. Bununla birlikte, bazı insanlar, doğuştan veya sonra oluşan fizyolojik, zihinsel ve psikolojik yetersizlikleri nedeniyle yaşadıkları sürece bakıma gereksinimleri vardır. Günümüzde dünya üstünde yer alan ülkeler gelişmişlik düzeyleri açısından farklılık içerseler de, farklı nedenlerden ortalama her on kişiden birinin başkasının yardımına ve bakımına ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Dünya da ilk bakım ve destek hizmetinin, tek başına ihtiyaçlarını karşılayamayarak harekete geçen ilk insanla birlikte başladığı varsayılmaktadır. İnsanlık var olduğundan bu yana geçen zamanda, savaşlar, afetler, kazalar, salgınlar ve hastalıklar gibi olaylar sonucu, bakıma gereksinim duyan bireyler her zaman olmuştur ve olmaya da devam edecektir. Son yıllarda teknolojinin tüm dünya da hızlı gelişimi ve tıp biliminin hizmetine katkıları nedeniyle sağaltım yöntemleri oldukça gelişmiş ve pek çok ölümcül hastalığa çözüm bulunmuştur. Son yıllarda ülkemizde sadece yasal ve sosyal boyutta yapılan düzenlemelerle, hasta ve bakım veren yakınları ile ilgili bazı iyileştirmeler yapılmış ancak engellilik ve bakıma muhtaçlık halen tam anlamıyla çözüme kavuşamamış bir sorun olarak devam etmektedir(Karataş ;2011).

Psikoloji yazımında yük kavramı, “bakım veren kişinin, yüklendiği bakım sonucu oluşan psikolojik stres, aile ilişkilerinde bozulma, sosyal problemler, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları, finansal sorunlar ve kontrolün kendisinden ziyade hasta da ve hastalıkta olduğunu hissetmek gibi olumsuz öznel ve nesnel sonuçlar” şeklinde tanımlanır. Bakım veren yükü; Dillehay ve Sandys (1990) tarafından “ bakım veren kişinin, hastasının bakımından kaynaklanan maddi yetersizlikler, emosyonel ve sosyal baskı ve fiziksel enerji harcama yükü birleşiminden doğan psikolojik durum” olarak tanımlanmıştır (Akt: Gutierrez-Maldonado ve ark. 2005).

Bakım yükü genellikle objektif (nesnel) ve subjektif (öznel) yük olarak değerlendirilmektedir. Nesnel yük, yapılan fiziksel işler ve bakımın ortaya çıkardığı zorluklar olarak nitelendirilir. Bu durum, bakım veren aile bireyinin, tüm işlerini (yardım etme, hastayı kontrol etme, maddi konuları yönetme vb.), duygusal tecrübelerini (aile arasında ya da dışarıda sosyal ilişkilerin bozulması) ve yapamadığı günlük sosyal faaliyetlerini de (uğraşlar, kariyer, meslek) içermektedir. Nesnel yük boyutları; kronik hastanın ekonomik olarak aileye bağımlı olması, çalışma hayatının olumsuz etkilenmesi, aile düzeninin bozulması, diğer aile üyelerinin ihtiyaçlarının ikinci plana atılması, sosyal faaliyetlerin kısıtlanması, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklindedir. Kişinin nesnel yükü uğraşırken yaşadığı zorlukları öznel yük olarak tanımlayabiliriz. Bazı araştırmacılar bakım vericinin içinde bulunduğu durum nedeniyle öznel yükü, bakım verenin duygularında oluşan değişiklikler, bu duruma karşı geliştirilen yeni tutumlar ve duygusal tepkiler olarak tanımlamıştır. Öznel yük, bakım verenin hastasının bakımına şahsi yaklaşımıdır ve yaptığı bu bakım verme görevini de yük olarak algılamasıdır. Sıklıkla bakım verenin hissettiği duygular da, suçluluk, sıkıntı, utanç ve elem duygusu olmaktadır (Özer;2010).

Günümüzde aile yapıları, küreselleşme, endüstrileşme ve kırsal yaşamdan kentsel yaşama geçiş ile birlikte küçülmüş, çalışan birey sayısı artmış ve kronik hastalığı olan aile bireyinin bakımını üstlenebilecek aile yakını sayısı azalmıştır. Bakım veren yükü kavramı, bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, sosyal, psikolojik veya maddi zorlukları açıklamakta kullanılmaktadır. Bakım koşullarını etkileyebilecek faktörler

arasında, toplumsal, kültürel, aile birimlerinin yapılanmaları ile ilgili özellikler ve sağlık bakımı sistemlerindeki farklılıkları sayabiliriz. Bakım verenin yük algılaması ile ilişkili kişisel faktörler arasında, bakım verenin cinsiyetini, yaşını, etnik kökenini, hastaya olan yakınlığını, bakım vermeye istekli olup olmamasını, eğitim durumunu, ekonomik durumunu, herhangi bir hastalığının olup olmamasını, inançlarını, yaşadığı toplumun kültürel özelliklerini, başa çıkma becerilerini, sosyal desteğinin olup olmamasını sayabiliriz. Hastanın bakım ihtiyaçlarının nitelikleri ile bakım vermenin getireceği yük de yakından ilişkilidir. Ailede bakıma muhtaç bir hastanın varlığı, tepki olarak bazı etkileşim tarzlarının oluşmasına neden olur. Bunun sonucunda da ailede ki diğer bireyler, hastayla ve hastalık belirtilerinin sonuçlarıyla uğraşırken yük duygusu hissetmeye başlarlar(Gülseren, 2002). Bakım veren kişi rolünün aile bireylerinin var olan rollerine eklenmesinin bir sonucu olarak da yük ortaya çıkar (Schene,1990). Ailelerin yaşadığı en önemli yük, kronik hastalığı olan hastalara bakım verme nedeniyle oluşur.

2.3.1. Psikoz Hastalarının Ailelerinde Bakım Veren Yükü

Psikoz hastalarında bakım yükü kavramı, her türden kronik hastalıklar, fiziksel ya da zihinsel engellilik ve yaşlanmaya bağlı bunama durumlarında olduğu gibi geçerlidir. Ancak diğer hastalıklardan farklı olarak, psikozun bir ruh sağlığı hastalığı olması nedeniyle belli özellikleri fiziksel hastalıklardan farklılıklar göstermektedir. Aile üyeleri başlangıçta öfke, utanç, suçluluk, kızgınlık, damgalanma korkusu, üzüntü ve panik gibi duyguları psikozun başlangıç döneminde sıklıkla yaşamaktadırlar(Teschinsky, 2000). Bu duyguların yaşanmasının en büyük nedeni, ailelerin herhangi bir bilgi veya kendilerine yol gösterecek deneyimlere sahip olmaması ve aynı zamanda endişe, öfke, utanç, suçluluk, damgalanma korkusu, üzüntü ve panik gibi hissedilen negatif duygular sebebiyle bakım verenlerin genellikle umutsuzluk ve çaresizlik hissettiği belirtilmiştir. Bu çaresizlik duygusunun başa çıkma becerilerini azalttığı, sosyal yalıtımı arttırdığı, hafif veya orta derecede depresyona neden olduğu belirtilmektedir. Ayrıca distressin (bir bozukluğun, karışıklığın sebep olduğu tekdüzelik, bezginlik vb. sebeplerden doğan ruhsal

yorgunluk) fazla olmasının yükün hissedilmesinde önemli bir faktör olduğu açıklanmaktadır.

Ailenin bütün üyeleri, psikoz hastalarının düşünce, duygu ve davranışlardaki şiddetli bozulmayı yoğun bir biçimde hissederler. Hastalığın hangi aşamada olduğu, hastalığın aile bireyleri üzerindeki etkisi ile ilişkilidir. Hastalığın başlangıç evresinde ilk atak geçiren hastalarının ve yakınlarının yaşadıkları problemler ile, kronik bir hasta ve yakınlarının karşılaştığı problemler birbirinden farklıdır(Martens ve Addington, 2001). İlk atak ortaya çıktığında hem hasta ve hem de hasta yakınları kendilerini, birkaç ay önce hiç aşına olmadıkları, karşılaştığı zaman kendilerinin de damgaladığı ya da dışladığı bir durumda bulmuştur. Bunun sonucunda, hastalığın inkar edilmesi ya da yaşanan duygusal kaos nedeniyle gerçekdışı davranışlar sergilenmesi sık görülen durumlardır (Üçok, 2008). Başlangıçta yaşanan önemli bir başka sorun, hastaların suicid girişimlerinden dolayı ailelerin yaşadığı gerginlik ve endişedir. Özellikle hastalığın ilk atağını geçiren hastaların ailelerinde distress (bir bozukluğun, karışıklığın sebep olduğu tekdüzelik, bezginlik vb. sebeplerden doğan ruhsal yorgunluk) yüksek bir risk oluşturmaktadır(Martens ve Addington, 2001).

Hasta yakınları psikoz hastalığının kronikleşmesi ile süre uzadıkça hasta bireye karşı önceki özen ve bakımlarını kesip, onu kendi haline bırakabilirler. İlk teşhis konulduktan hemen sonra, başlangıçtaki aşırı ilgi ve bakımdaki özen ve alaka, zamanla yerini öfke ve kayıp duygularına bırakabilir. Aile içi ilişkilerde süregelen gerginlik oluşabilir (Akt: Gölalmıs, 2005). Özellikle hastaya yardım eden bireyler, agresiflik gibi hastalık semptomlarına ve hastanın bakımına yönelik olarak bıkkınlık ve yoğun duygu yükü hissederler (İncebük,1983). Yukarıda belirtilen çalışmalarda, hastalığın kronik döneminde bakım verenlerin öfke, kızgınlık gibi negatif duygularının daha yoğun yaşandığı saptanmıştır. Cook(1994), engellenme, öfke ve çaresizlik gibi duyguların bazı bakım verenlerde, hastalığın başlangıç evresinde diğer evrelere göre daha yoğun yaşandığını, yaşanan bu duyguların yoğunluğunun, hastalığın başladığı zamandan sonraki 5 ve 10 yıl içinde gittikçe azaldığını bildirmiştir(Akt. Öner,1999). Cook (1994) bu evreye "kronikleşmenin fark edilmesi" adını vermektedir. Bakım veren ebeveynler, kronikleşmenin fark edilmesi ile,

çocuklarına ilişkin beklentilerini, özlem ve isteklerini tekrar gözden geçirmeye başlarlar (Akt. Öner, 1999).

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükünü belirlemeye yönelik araştırmalarda bakıcı yük düzeyinin; hastalığın, hastanın ve bakım verenin özelliklerinden etkilendiği açıklanmaktadır (Roick ve ark., 2007; Wijngaarden ve ark. 2003). Bakım yükünün artışı ile psikotik alevlenmelerin sıklığı ve şiddeti, hastaneye yatış sayısı, ilk atak yaşının erken olması gibi hastalığa ait özellikler arasında anlamlı ilişkiler bulunduğu tahmin edilmektedir (Magliano ve ark., 1998). Bazı çalışmalar, pozitif belirtilerin (sanrılar, varsanılar, dikkat bozukluğu) (Magliano ve ark., 1998; Wolthaus ve ark., 2002), buna karşılık Dyck ve arkadaşları (1999) tarafından yapılan bir çalışma da negatif belirtilerin (duygusal tepkilerde azalma, düşünce ve konuşmada azalma, toplumdandan çekilme) bakım verenin yükü üzerinde daha etkili olduğunu saptamıştır. Sadece hastaya ait özelliklerin değil, bakım verenin yakınlık derecesinin, eğitim durumunun, hastayla geçirdiği zamanın uzunluğunun, hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olmasının, yaşının ve iş durumunun da bakım verenin yükü ile ilişkisi olduğu gösterilmiştir(Aydın ve ark.2009). Hastalığın süresi (Magliano ve ark., 1998; Schulze ve Rössler, 2006) ve süreç boyunca hastanede yatarak tedavi görme sayısının yüksekliği ile yük arasında pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir(Akt: Aydın ve ark., 2009). Zaman geçtikçe, ailenin yükünün azaldığı bildirilmiştir(Akt: Gülseren, 2002).

Psikozun aileler üzerinde yarattığı birçok sorun, sadece hastanın değil, beraberinde ailelerinin de çok yönlü olarak değerlendirilmelerini, tedavi sürecinde desteklenmelerini gerektirmektedir (Babacan Gümüş, 2006). Psikoz hasta yakınlarını ele alan çalışmalar, ülkemizde psikoz hasta ailelerinin sorunlarla baş etme konusunda yeterli destek göremediklerini belirtmektedir. Türkiye’de kronik ruhsal hastalığı olan bireylere ve onlara bakım veren ailelerine yönelik sürekliliği olan programlarının ve sağaltım uygulamalarının olmayışı bunun nedeni olarak düşünülmektedir.(Babacan Gümüş, 2006; Gülseren, 2002).

Psikotik hastalıklar, hastanın aile yakınları için özellikle hastalığın başlangıcında ve ani gelişen atak sırasında ciddi sorun ve gerilime neden olabilirler. Özellikle hastaya bakım veren anneler daha fazla bakıcı yükü yaşamaktadırlar(Arslantaş ve Adana, 2011; Sales, 2003). Değişik kültürel değerler hastanın bakım ihtiyaçları ile ilgili olarak hastaların bakımının nasıl yürütüleceği konusundaki bakım verme kararını etkileyebilmektedir. Evde hasta bakımını kimin yapacağı ve değişen bakım hakkındaki kararları kimin vereceği de kültürel açıdan değişkenlik göstermektedir. Irk ve kültür arasındaki ilişki, sosyoekonomik durum veya yükümlülük ve sorumluluk hissi gibi diğer müdahale edici faktörler bakıcı yükünü doğrudan etkileyebilir(Arslantaş ve Adana, 2011). Avrupa’da yapılan bir araştırma, şizofrenide bakıcı yükünün beş ülkede neredeyse aynı olduğu bulunmuştur. Bakım yükü, bakıcının hastayla temasının sık olması, hastaların aileleriyle aynı evde yaşaması, hastaların bakım verenden daha yaşlı olması ve az yataklı psikiyatri kliniklerinin olduğu yerlerde daha yüksek bulunmuştur(Akt: Sagut;2012).

Yük düzeyinin, hastalığın, hastanın ve bakım verenin özelliklerinden etkilendiği, psikoz hastalarına bakım verenlerin yükünü değerlendirmeye yönelik çalışmalarda açıklanmaktadır.

Hastaların klinik özelliklerindeki olumsuz semptomların, ailenin yükünü öngörmede önemli olduğunu, saldırgan ve psikotik davranışlardan çok, öz bakım ve aktiviteyle ilişkili problemlerin aile yakınına daha çok yük getirdiği bildirilmiştir (Gülseren ve ark, 1999). Ayrıca negatif belirtilerin çokluğunun, manik/düşmanca tutumların ve yeti kaybının da yükü arttırdığı düşünülmektedir. Hasta yakınlarının, şizofreni hastalarındaki negatif belirtiler ve yeti yitimleri nedeniyle yaşanan zorlukları anlamakta zorluk çektikleri saptanmıştır (Barrowclough ve ark.1996).

Hastanın cinsiyeti ailenin yükünü etkileyebilir. Hastanın cinsiyeti erkek olduğu ailelerde, bakıcıların daha fazla yük bildirdikleri görülmektedir. Pickett ve arkadaşları (1997), yaptığı bir çalışmada, bayan hastalara bakım verenlerin, erkek hastalara bakım verenlere göre daha memnun oldukları ve daha az problem yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin çoğunun anneler olduğu belirtilmiştir. Diğer aile üyeleri anne ile yükü paylaşırsa dahi, annelerin maksimum seviyede bakım yükü yaşadıkları bildirilmiştir (Cassidy, 2001; Jungbauer ve Angermeyer, 2002). Bakım verenin yaşı ile yük arasında ilişki olduğu, yaşlı bakım verenlerin daha fazla yük yaşadıklarını gösteren çalışmalar, ilgili yazında yer almaktadır. Ancak bazı çalışmalarda ise; bakıcı yaşı ile bakıcı yükü arasında olumsuz yönde ilişkiler de elde edilmiştir. Daha genç evlat, daha yaşlı evlada göre ebeveynlerle daha çok çatışmakta ve ilişkiler ebeveyn tarafından daha olumsuz olarak değerlendirilmektedir.

Bakım veren yakınların herhangi bir fiziksel hastalığı olması veya ilaç kullanmak zorunda olması, bakıcı yüküyle ilişkili bulunmuştur (Gülseren ve ark., 2010).

Yüksek eğitim seviyesi olanlarda daha düşük yük olduğu, eğitim seviyesinin ailelerin hissettiği yüke olan etkisini araştıran çalışmalarda saptanmıştır (Aydın ve ark., 2009). Yükün azlığı, daha iyi koşullarda sağaltım almalarını sağlayan sosyal kaynaklara ve hastalıkla ilgili enformasyona sahip olmalarının etkisiyle açıklanmıştır. Yüke karşı eğitim seviyesi artışının tampon gibi koruyucu etki yapabildiği belirlenmiştir.

Hasta ile geçirilen vaktin miktarının fazlalığı, bakıcı yükünün daha fazla algılanmasına neden olmaktadır. Hasta ile geçirilen zaman arttıkça, sosyal faaliyetlerin kısıtlanması ile yükün daha fazla hissedilmesi arasında bağlantı kurulabilmiştir. Bakım veren kişinin çalışıyor olmasının anlamlı bir farklılık yarattığı, evin dışında işe sahip olan yakının yükünün daha düşük olduğu bulunmuştur. Evin dışında yapılan bir aktivitenin bakıcı rolü dışına çıkmayı sağlayarak yükü hafiflettiği belirtilmiştir. Çünkü çalışan bakıcılar; hastanın bakım yükünü başka yakınları ile paylaşmaktadırlar.

Ailenin ve bakıcının ekonomik yeterliğe sahip olması sonucunda, aileden birisi için yapılan kişisel ve sağlıkla ilgili harcamaları rahatlıkla karşılayabildikleri ve buna bağlı olarak da ekonomik zorluğu olmayanların bakıcı yüklerinin, ekonomik güçlük çekenlerden daha az olacağı tahmin edilmektedir.

Türkiye’de Gülseren ve ark.’larının(2010) şizofrenide aile yükünü etkileyen etmenlerin incelendiği çalışmada; maddi sorunlar, hasta yakınında kronik bir fiziksel hastalığın olması, hastadan şiddet görme, sosyal desteğin azlığı, hastalık süresinin uzunluğu ve hastanede yatış sayısı ile aile yükü arasında ilişki bulunmuştur. Aydın ve ark.’larının (2009) şizofreni hastalarında bakım veren yükünün, sosyo-demografik değişkenler ve hastalık özelliklerinin bağlantısını araştırdıkları çalışmada; hastanın yaşı, atak sayısı, hastaneye yatış sayısı, hastanın taşıdığı suicid düşüncesine karşı bakıcının hassasiyeti ve bakım veren kişinin eğitim durumu ile bakım veren yükü arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur.

Sıkıntılar, üzüntüler, kuşku başkaları ile paylaşıldıkça azalır. Bu doğrultudan bakıldığında, psikoz hastalarına bakan yakınlarının kendi çevrelerinden sosyal destek almaları, onların yüklerini azaltabilen bir etken olmaktadır.

Sonuçta, psikozda bakım yükünün negatif yorumlanan karmaşık bir kavram olduğundan söz edilebilir. Bakıcı yükü, daha çok bakım veren kişilerde görülen etkiler açısından tanımlanmaktadır. Bakım yükünün, bakım verendeki duygusal, psikolojik, fiziksel ve ekonomik etkilerin yanında, suçlanma, utanma, suçluluk hissi ve kendini suçlama gibi üzüntü verici kavramları da içermekte olduğu söylenebilir. Bakım yükü kavramının açıklanmasında objektif (nesnel) ve subjektif (öznel) yük kavramlarından söz edilmektedir. Objektif yük, hastanın çevreyi rahatsız eden davranışları ya da hastalık sonucu ortaya çıkan ekonomik zorluklar, maddi kayıplar, günlük hayatta ve sosyal faaliyetlerdeki kısıtlanmalar, ev ortamındaki gerginlik, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki negatif etkileri gibi aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönünü ifade eder. Subjektif yük ise, orataya çıkan bu güçlüklerin ve sorunların aile üyelerini ne ölçüde rahatsız ettiği, ya da hastanın rahatsızlık veren davranışlarına ait duygusal sıkıntı, ya da hastanın direkt kendisi ile ilgili olarak yaşanan sıkıntı düzeyi olarak tanımlanmaktadır. Bakım yükünün artmasında/azalmasında; cinsiyetin, etnik kökenin ve kültürün, bakım verenin sağlık durumunun ve yaşam kalitesinin, sosyal desteğin, şizofreni hastalığının negatif ve pozitif belirtilerinin etkili olduğu bildirilmektedir. Hastaların ve bakım verenlerin ruh

sağlıklarını korumak için; bakım verenlere sağlanan desteği genişletme, bilgi sağlama ve tedavi planının içeriğine onları da katma zorunluluğu sağlık çalışanlarının ilgi alanı olmalıdır. Hastalar için daha iyi tedavi sonuçlarına ulaşmak amacıyla ailelere yönelik olarak psikososyal girişimlerin; hastalara yönelik olarak da çeşitli sağaltım programlarının uygulanması bakımdaki yükü kolaylaştırmada önemli temel elementlerdir.

Bakım verenlerin algıladıkları yükün duyarlılık ve risklerini arttıran pek çok faktör vardır. Birçok araştırma sonucunda ortaya çıkan sonuçlara bakacak olursak, bakım verenin yükü ile ilgili olarak çeşitli hazırlayıcı faktörler tanımlanmıştır. Psikoz hastalarına bakımların yüklerine etki eden faktörler yukarıda açıklanmıştır. Bu faktörler tüm bakıcılar için geçerlidir ancak, her birinin algıladıkları bakıcı yük dereceleri birbirlerinden farklılık göstermektedir.

Sonuçta her bir bakıcı, psikolojik anlamda çeşitli zorluklarla karşı karşıyadır. Yaşamını sağlıklı ve mutlu bir şekilde sürdürmesi için, bu zorluklarla baş edebilmeli, yaşadığı çeşitli sorunların kaynağını araştırmalı ve bunları çözecek akılcı çözüm yolları üretmesi gerekmektedir. Ancak her bir bakıcının, psikolojik açıdan bu çözümleri üretmesi mümkün değildir. Çünkü bunları gerçekleştirebilmesi için belli kişilik özelliklerine sahip olması gerekmektedir. Kişilik; yetenek ve özellikleriyle toplumsal yaşamda etkili olan insanı kendine özgü ve benzersiz bir varlık olarak dile getiren bir kavramdır. Psikolojide ağırlıklı bir yer taşır ve değişik anlayışlara göre farklı biçimlerde tanımlanır. En genel anlatımla kişilik, bilinçli bir insanın kendini (ben) benzersiz ve süregelen bir özne olarak kavrama işlevini dile getirir.

Çoğu araştırma, stresli yaşam olayları ve hastalık sırasında acı çeken hastalarına bakım verenlerin cesaretinin üzerine odaklanmıştır. Bakım verenin cesareti, sorumluluk duygusu, insanlara karşı şefkatle yaklaşması, empatik becerisi, diğer insanların ihtiyaçlarına karşı duyarlı olması, insanlarla sağlıklı ilişkiler kurması ve sürdürmesi, onun algıladığı bakıcı yükünün derecesini belirlemektedir. Güçlü aile bağları kurabilecek kişilik yapısında olan bakıcıların, yaşantılarında bu sosyal desteğin kullanımından faydalandıkları ve bu nedenle algıladıkları yükü azaltabildikleri tahmin edilmektedir. Güçlü bir ego gelişimi de sorunların üstesinden

gelinmesinde önemli bir faktördür. Süperegonun aşırı gelişimi; geleneksel değerlere aşırı bağlanmayı, aşırı sorumluluk almayı ve kendi ihtiyaçlarını görmemezlikten gelerek kendisinden beklendiği şekilde davranmasını sağlar. Bu durum da onun kendi içindeki psikolojik uyumunu bozar, yetersizlik ve kendini suçlama duygusu yaşamasına neden olur. Bakım verirken, kendi ruh sağlığını bozma noktasına gelebilir. Diğer taraftan aşırı id gelişimi, yetersiz süperego gelişimine neden olacaktır. Bu durumda birey bencilce kendi ihtiyaçlarının peşinde koşar, rahatına düşkün olur. Rahatının bozulduğu durumlarda tepkisini saldırgan davranışlar ile belli eder. Sürekli karşı tarafı suçlar, şikayet eder. Bu durumda normal insan ilişkilerini bile sürdüremezken, ağır sorumluluk gerektiren bakıcı görevlerini yerine getirmesi beklenemez.

Dünya ve Türkiye psikoloji yazınında; psikoz hasta yakınlarının bakım yükleri ile bazı psikolojik sürekli değişkenler arasında ilişkilerin incelendiği makaleler bulunmaktadır. Bunlar arasında Bakıcının Yaşam Kalitesi, Yaşam Doyumu, Başa Çıkma Tarzları, Durumluluk-Süreklilik Kaygısı, Depresyonu ve Psikolojik Semptomları bulunmaktadır. Ancak şimdiye kadar bakıcı yükü ile bakıcı kişilik özellikleri arasındaki ilişkinin düzeyi ve yönü bilimsel olarak araştırılmamıştır. Bu çalışmanın bu açığı kapatabileceği düşünülmektedir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma modeli, araştırmaya dahil edilen katılımcıların özellikleri, araştırma kapsamında kullanılan veri toplama araçları, çalışmanın yürütülmesi süreçleri ve veri işlemede kullanılan istatistiksel teknikler tanıtılmıştır.

3.1. Araştırma Modeli

Bu araştırma, psikoz tanısı konmuş hastalara bakım veren bireylerin kişilik özellikleri ile bakıcı yükü arasındaki ilişkilerin anlamlılığını inceleyen, ilişkiyel tarama modeli ile gerçekleştirilen bir bilimsel çalışmadır.

3.2. Katılımcılar

Örneklem grubunu, Bursa Uludağ Üniversitesi Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Psiko Polikliniği bünyesinde psiko tanı ile tedavi gören hastalara bakım veren 49 (17 erkek, 32 kadın) hasta yakınından oluşmaktadır. Her bir katılımcıdan imzalanmış bilgilendirilmiş onay formu alınmıştır. (2014-12/11)

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama amacıyla dört ayrı araç kullanılmıştır.

3.3.1. Bakıcı Demografik Bilgi Anketi

Veri toplama araçlarından ilki araştırmacı tarafından geliştirilen, 49 hasta yakınının demografik özelliklerini belirlemeye yönelik bir ankettir. Bu ankette toplam 15 soru bulunmaktadır. Ankette; hasta yakınının (bakıcının) cinsiyeti, yaşı, eğitimi, çocuk sayısı, ailenin aylık gelir düzeyi, evde (hastanede) kendisinden başka bakıma yardımcı olan birinin olup olmaması, ailede ruhsal bozukluk olup olmadığı, bakıcının medeni durumu, hastaya yakınlığı ve çalışıp, çalışmadığı gibi sorular yer almıştır.

3.3.2. Hasta Demografik Bilgi Anketi

İkinci veri toplama aracı araştırmacı tarafından geliştirilen, psiko hastalığı tanısı konmuş bireylerin hastalık sürecine ilişkin soruların yer aldığı; yine bakıcı tarafından doldurulan bir ankettir. Bu ankette de; hastanın cinsiyeti, hastanın yaşı, tanı konulmasından bu yana geçen süre, hastaneye yatış sayısı, intihar girişimi olup olmadığı, varsa intihar girişim sayısı, saldırgan davranışların olup olmadığı, adli bir suç işleyip işlemediği, hastanın; hastalık öncesi işinin olup olmadığı ve şimdi bir işte çalışıp, çalışmadığı gibi sorular yer almıştır (toplam 13 soru).

3.3.3. Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği (ZBYÖ)

Araştırmada kullanılan üçüncü veri toplama aracı; Zarit ve arkadaşları (1980) tarafından geliştirilen, demanslı hastaların akrabalarında bakım veren yükünü değerlendirmek için sonraki çalışmalarda şizofreni hastalarının ailelerinde bakım veren yükünü değerlendirmek için de kullanılan ölçektir(Setsuko Hanzawa S. ve diğerleri; 2008). Orijinal şekli 22 maddeli olan ölçeğin, şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 3 madde çıkarılmış ve Türkçe ölçek 19 maddeden oluşmuştur (Özlü A, Yıldız M, Aker T; 2009). Ölçek, bakım gereksinimi olan bireylere bakım verenlerin yaşadığı kaygı ve endişeyi değerlendirmek amacıyla kullanılır. Ölçek, bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilir. Hastaya bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçekte yer alan maddeler ruhsal ve fiziksel sağlığa, sosyal ve duygusal yaşantılara, ekonomik duruma, kişilerarası ilişkilere yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçek ‘asla’, ‘nadiren’, ‘bazen’, ‘sık sık’ ya da ‘ hemen her zaman’ şeklinde 1’den 5’e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Bakıcının verebileceği minimum puan 22, maksimum puan 110’ dur. Elde edilen puanlar; 22-46 arası ‘hafif yük’, 47-55 arası ‘orta derecede yük’, 56-110 arası ‘şiddetli yük’ şeklinde derecelendirilerek değerlendirilir. Özlü ve arkadaşları tarafından Türkçeye çevrilerek geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Özlü ve ark. 2009). Türkçe ölçeğin iç tutarlılık katsayısı (Cronbach alfa) 0.83 olarak bulunmuştur. Yapı geçerliğini saptamak üzere yapılan faktör analizi sonucu; Zarit Aile Yük Ölçeği’nin 5 alt faktörü elde edilmiştir. : 1. Faktör: Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, 2. Faktör: Sinirlilik ve kısıtlanmışlık, 3. Faktör: Toplumsal ilişkilerde bozulma, 4. Faktör: Ekonomik yük, 5. Faktör: Bağımlılık.

3.3.4. Sıfat Listesi (Adjective Check List-ACL)

Araştırma kapsamında kullanılan son veri toplama aracı; Sıfat Listesi (ACL) (Adjective Check List)'dir. Sıfat Tarama Listesi 1949 yılında Berkeley Kişilik Değerlendirme ve Araştırma Enstitüsü’nde Sıfat Listesi (ACL- Adjective Check List) adı ile geliştirilmiştir. Bireylerin kişilik özelliklerinin saptanması amacı ile geliştirilmiş olan ölçek, 1993’te revize edilmiş ve son halini almıştır. Sıfat Listesi,

günlük hayatta kullanılan tanımlayıcı ve niteleyici özellikteki 300 sıfattan oluşmakta, bireylerin tanınmasını amaçlayan bireysel ve somut bir teknik olan Q-Sort tekniğine dayanmaktadır. Bireyler bu listeden kendilerini tanımlayan sıfatları işaretler; amaç bireyin işaretlemeleri çerçevesinde kişiliğinin belirlenmesidir. Ölçek, bireylerin karşılaştırılmasına dayalı derecelendirmeleri ortaya koymak yerine bireylerin kişisel özelliklerini ortaya çıkartır.

Sıfat Listesi, Cattell'in ortaya koyduğu 171 kişisel özellik listesine dayanmaktadır. Bu listeden 125 sıfat seçilmiş, daha sonra Freud, Jung, Mead ve Murray'in kuramları gözden geçirilerek, kişiliğin tanımlanmasında kullanılacak bazı sıfatlar eklenmiştir. Yapılan incelemelerde, bazı eklemeler ve listeden bazı çıkartmalar yapılmış ve liste 1952 yılında 300 sıfatlık son halini almıştır. Ölçekte 5 alt grup altında yer alan 37 alt ölçek bulunmaktadır. Kontrol Ölçeklerinin altında, İşaretlenen Toplam Sıfat Sayısı, İşaretlenen Tercih Edilen, İşaretlenen Tercih edilmeyen sıfat sayısı alt ölçekleri yer almaktadır. İhtiyaç Ölçeklerinin altında, Başarı, Başatlık, Sebat, Düzen, Duyguları Anlama, Şefkat Gösterme, Yakınlık, Karşı Cinsle İlişki, Gösteriş, Bağımsızlık, Saldırganlık, Değişiklik, İlgi Görme, Kendini Suçlama ve Uyarlık alt ölçekleri yer almaktadır. Çeşitli Ölçekler alt grubunda, Danışmaya Hazır Oluş, Oto-Kontrol, Özgüven, Kişisel Uyum, İdeal Benlik, Yaratıcı Kişilik, Askeri Liderlik, Erkeksi Özellikler ve Kadınsı Özellikler alt ölçekleri yer almıştır. Ego durumu Alt Grubu altında; Eleştirici Ana Baba, Koruyucu Ana Baba, Yetişkin, Serbest Çocukluk ve Uymuş Çocukluk alt ölçekleri yer alırken, Orijinallik-Eğitilmiş Zeka Alt Grubu altında Hayalci (A-1), Sezgici (A-2), Geleneksel (A-3), Analitik (A-4) alt ölçekleri yer almıştır. On altı yaş ve üzerindeki bireylere uygulanabilen test, hem bireysel olarak, hem de grup formatında uygulanabilmektedir (Savran, 1993). Orijinal ölçeğin güvenirlik çalışması 588 kadın ve 591 erkek katılımcı ile gerçekleştirilmiş, iç tutarlılık katsayıları Cronbach alfa yöntemi ile değerlendirilmiştir. Kadınlara ait katsayılar .53 ile .94 arasında yer alırken, erkeklere ait katsayılar .56 ile .95 arasında yer almıştır. Testin devamlılık özelliği için, 45 kadın, 199 erkek katılımcıdan oluşan bir örneklem kullanılmış, testler altı ay ara ile uygulanmış; değerlerin kadınlar için .47 ile .86 arasında, erkekler için ise $r = .37$ ile $r = .77$ aralığında yer aldığı gözlenmiştir (Savran, 1993).

Ölçeğin Türkçeye adaptasyonu, geçerlik, güvenirlik ve norm çalışmaları Canan Savran tarafından gerçekleştirilmiştir. Ancak ölçeğin Ego durumu ve Orijinallik-Entelektüellik alt grubu ölçekleri çalışma kapsamına alınmamıştır. Ölçeğin Dilsel Eşdeğerlik çalışması için çeviri-tekrar çeviri tekniği kullanılmış, test önce Türkçe'ye, daha sonra tekrar İngilizceye çevrilmiştir. Dilsel eşdeğerlik çalışması, 1991-1992 öğretim yılında pedagojik formasyon almak amacı ile Marmara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi'nde öğrenim gören, iyi derecede İngilizce bilgisine sahip olan 15 kadın 15 erkek olmak üzere toplam 30 kursiyer ile yapılmıştır. Örneklem grubuna önce İngilizce, on gün sonra Türkçe formu uygulanmıştır. Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Katsayısı Tekniği ile elde edilen korelasyon katsayıları, her ölçek için en az .05 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki olduğunu göstermiştir. Alt ölçekler arasındaki ilişki katsayıları .91 ile .55 arasında değişiklik göstermiştir. Ölçekler arasındaki farklılığı belirlemek amacı ile t testi uygulanmış, Düzen ve Yaratıcı Kişilik alt ölçekleri dışındaki ölçeklerde anlamlı bir fark bulunmamıştır. İngilizce ve Türkçe formun korelasyon katsayıları, ilişkili grup "t" test sonuçları ve işaret testi sonuçları incelendiğinde, Türkçe formun Dilsel Eşdeğerliğe sahip olduğu ortaya çıkmıştır (Savran, 1993).

Geçerlik çalışmalarında, 62 kişilik bir örneklem grubuna Edwards Kişisel Tercih Envanteri uygulanmıştır. Her ölçek alt boyutu ile puanlar arasındaki ilişki ve farka bakılmıştır. Sonuçların tümü $p < .05$ düzeyinde anlamlı bulunmuş, ilişki $r = .63$ ile $r = .26$ arasında değişmiştir. İki ölçek dışında ölçekler arasında anlamlı farklar bulunmamıştır. Test-tekrar test güvenirliği için ölçek, 40 kişilik bir öğrenci grubuna 5 hafta ara ile iki kez uygulanmıştır. Devamlılık katsayısı alt ölçekler için en fazla $r = .88$, en düşük $r = .45$ olarak bulunmuş ortalaması ise $r = .738$ olmuştur. Ölçeğin iç tutarlılığı için Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Katsayısı, Spearman-Brown, Flanagan, Rulon, Horst, Mosier, Kuder-Richardson formülleri kullanılmış ve sonuçlar birbirleri ile benzerlik göstermişlerdir (Savran, 1993).

3.4. Veriler ve Toplanması

Araştırmanın örneklem grubunu; Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Başhekimliğinden alınan resmi izin sonrasında 2015 yılı şubat ayı ile 2015 ağustos ayları arasında Psikiyatri bölümüne başvurmuş ve psikoz tanısı almış hastaların yakınları oluşturmuştur. Psikoz birimi, hastaların bir öğretim üyesi tarafından değerlendirildikleri bir özel birim polikliniğidir. Hastaların değerlendirilmesinde yarı-yapılandırılmış bir görüşme formu ve aynı görüşmeci tarafından rutin olarak uygulanan bazı ölçekler kullanılmıştır. Çalışma dönemi boyunca, psikoz birimimize yakınlarıyla beraber takip randevusu için gelen hastalara, klinikte yatan hastalara ve yakınlarına, geliş sıralarına göre çalışmaya katılmaları önerilmiştir. Çalışmaya, en az bir yıldır DSM-IV-TR'ye göre psikoz tanılı, klinik bakımdan stabil olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 18-65 yaş arasındaki hastalar dahil edilmiştir. Bakım verenler için çalışmaya dahil edilme koşulları; hasta ile beraber yaşamaları, hastaların hastane takiplerine geliş-gidişleri, ilaçlarının temini ve ilaç uyumunun takibi gibi konularda hastanın bakımından birinci derecede sorumlu olmalarıdır. Ciddi fiziksel hastalığı ya da engeli olanlar ve görüşme yapmaya ya da ölçeğin uygulanmasına engel bir durumu bulunan bakım verenler çalışmaya alınmadı. Sonuç olarak, çalışmaya 49 psikoz hastası ve onların bakım verenleri dahil edilmiştir.

Kendilerinden bu araştırmaya gönüllü olarak katıldıklarını beyan eden bir imzalı belge de alınmıştır. Hasta yakınlarına belirlenmiş ölçekleri uygulamadan önce; ölçeklerin Türkiye için uyarlamasını ve bilimsel çalışmalarını yapan akademisyenlerden yazılı kullanım izni ayrıca alınmıştır. En son aşamada ise; önceden saptanmış gönüllü bakıcılara anket ve ölçekler uygulanmıştır. Bilgisayarda yapılan veri girişi sonucu, alt ölçeklerin genel toplam ve alt boyut toplamları, ölçeklerin cevap anahtarları gereği hesaplanmış ve bunlar üstünden istatistiksel analizler gerçekleştirilmiştir.

3.5. İstatistiksel Analizler

Araştırmanın veri analizi sürecinin ilk aşamasında, uygulanacak iki ayrı anket ile toplanan verilerin (süresiz bağımsız değişkenler) frekans ve yüzdelik dağılımları bulunmuş ve bulgular bölümünde tablolaştırılarak açıklanmıştır. Araştırmanın ikinci

aşamasında, psikoz tanısı konmuş hasta yakınlarına uygulanan kişilik testi (ACL) (sürekli bağımsız değişken) ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği sürekli bağımlı değişkenlerinin toplam (Zarit Bakıcı Yük Ölçeği) ve alt boyut (ACL-Zarit Bakıcı Yük Ölçeği) puanlarının tanımlayıcı istatistik değerleri bulunmuş, ardından da elde edilen sonuçlar, ölçeklerin değerlendirme kriterlerine göre yorumlanmıştır. Aynı zamanda kullanılacak istatistiklerin karar verilebilmesi için, sürekli değişkenlerin dağılımlarının normalliği Kolmogorov-Smirnov testi ile sınanmıştır.

Araştırmanın üçüncü aşamasında; anketlerle toplanan bağımsız süreksiz değişkenlere göre, araştırmanın sürekli bağımlı değişkenleri olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplamı ve alt ölçek puanları arasındaki farklılıkları saptamak üzere hipotez testleri kullanılmıştır. Örneklem grubunun sayısının az, buna karşın anket sorularının seçenek sayısının fazla olması nedeniyle, her kategoriye düşen birey sayısı 30'un altına inmiş ve bu nedenle hipotez testlerinde nonparametrik Mann-Whitney "U" ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Son aşamada ise, araştırmanın sürekli değişkenleri arasındaki ilişkileri görmek için, dağılımların normal olması nedeniyle, Pearson korelasyon katsayısı kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen tüm sonuçlar çift yönlü olarak sınanmış ve anlamlılık düzeyi en az $p < .05$ olarak kabul edilmiştir. Daha yüksek derecedeki anlamlılık değerleri ($p < .01$, $p < .001$) tablolarda ayrıca belirtilmiştir.

4. BULGULAR

Araştırmanın bu bölümünde, araştırma kapsamında toplanan verilere dayalı olarak yapılan istatistiksel analiz sonuçları ve yorumları yer almıştır.

4.1. Araştırmanın Bağımsız Süreksiz Değişkenlerinin Frekans ve Yüzdelik Dağılımlarına İlişkin Bulgular

Araştırmanın iki ayrı anketine verilen cevapların frekans ve yüzdeler dağılımları ayrı ayrı hesaplanmış, elde edilen sonuçlar tablolar halinde yorumlanmıştır.

Tablo 4.1. Bakıcı ve Hasta Yaş Grubuna Ait Frekans ve Yüzdeler Dağılımlar

Yaş Grubu	Hasta		Bakıcı	
	f	%	F	%
20-29 Yaş	11	22,4	4	8,2
30-39 Yaş	25	51,0	4	8,2
40-49 Yaş	4	8,2	8	16,3
50-59 Yaş	5	10,2	16	32,7
60-69 Yaş	4	8,2	14	28,6
70-79 Yaş			3	6,1
Toplam	49	100,0	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının bakıcılarının yaşları incelendiğinde, ilk sırayı 50-59 yaş grubu almıştır (% 32.7). Bunu % 28.6 ile 60-69 yaş, % 16.3 ile 40-49 yaş grubu izlemiştir. Son sırada 70-79 yaş grubu yer almıştır (% 6.1). Örneklem grubunun yaş ortalaması 52.82; standart sapması ise 13.13'dür.

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının yaşları incelendiğinde ilk sırayı 30-39 yaş grubu almıştır (%51). Bunu %22,4 ile 20-29 yaş, %10,2 ile 50-59 yaş grubu izlemiştir. Son sırada 60-69 yaş grubu yer almıştır (%8,2). Örneklem grubunun yaş ortalaması 37,14; standart sapması ise 11,74'dür.

Tablo 4.2. Bakıcı ve Hasta Cinsiyet Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımlar

Cinsiyet	Hasta		Bakıcı	
	f	%	F	%
Erkek	32	65,3	17	34,7
Kadın	17	34,7	32	65,3
Toplam	49	100,0	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının bakıcılarının % 65.3'ü kadın, % 34.72'si ise erkektir.

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının % 65,3'ü erkek, % 34,7si ise kadındır.

Tablo 4.3. Bakıcı Eğitim Düzeyine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımları

Eğitim Düzeyi	Hasta		Bakıcı	
	f	%	F	%
Okur yazar	3	6,1	2	4,1
İlkokul mezunu	4	8,2	16	32,7
Ortaokul	12	24,5	7	14,3
Lise	21	42,9	17	34,7
Üniversite	9	18,4	7	14,3
Toplam	49	100,0	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının bakıcılarının eğitim düzeyleri incelendiğinde ilk sırayı lise mezunları almıştır (%34.7). Bunu %32.7 ile ilkokul,

%14.3 ile ortaokul ve üniversite mezunları izlemiştir. Son sırada sadece okur yazar grubu yer almıştır (%4.1).

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının eğitim düzeyleri incelendiğinde ilk sırayı lise mezunları almıştır (%42,9). Bunu %24,5 ile ortaokul, %18,4 ile üniversite mezunları izlemiştir. Son sırada sadece okur yazar grubu yer almıştır (%6,1).

Tablo 4.4. Bakıcı ve Hasta Medeni Durum Düzeyine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımları

Medeni Durum	Hasta		Bakıcı	
	f	%	F	%
Evli	9	18,4	35	71,4
Bekar	36	73,5	5	10,2
Boşanmış	2	4,1	3	6,1
Eş vefatı	2	4,1	6	12,2
Toplam	49	100,0	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının bakıcılarının medeni durumları incelendiğinde, ilk sırayı evli olanlar almıştır (%71.4). Bunu %12.2 ile eşi vefat edenler, %10.2 ile bekarlar izlemiştir. Son sırada eşinden boşanmış olanlar yer almıştır (%6.1). Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının medeni durumları incelendiğinde, ilk sırayı bekar olanlar almıştır (%73,5). Bunu %18,4 ile evli olanlar, %4,1 ile eşinden boşanmış olanlar ve eşit vefat etmiş olanlar yer almıştır.

Tablo 4.5. Bakıcı Çalışma Durumuna Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımları

Çalışma Durumu	Hasta		Bakıcı	
	f	%	F	%
Çalışıyor	20	40,8	15	31,6
Çalışmıyor	24	49,0	17	34,7
Emekli	5	10,2	17	34,7
Toplam	49	100,0	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının bakıcılarının % 34.7'si çalışmıyor veya emeklidir. Çalışanlar ise sadece % 31.6'nı oluşturmaktadır.

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının tanı öncesi çalışma durumları incelendiğinde ilk sırayı çalışmayanlar almıştır (%49,0). Bunu %40,8 ile çalışanlar izlemiştir. Son sırada % 10,2 ile emekli olanlar izlemiştir.

Tablo 4.6. Bakıcı Çocuk Sayısına Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımları

B. Çocuk Durumu	f	%
Çocuğu Yok	6	12,2
Bir Çocuk	7	14,3
İki çocuk	19	38,8
Üç veya daha fazla çocuk	17	34,7
Toplam	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının bakıcılarının çocuk sahibi olma durumları incelendiğinde ilk sırayı iki çocuklu olanlar almıştır (%38.8). Bunu %34.7 ile üç ve daha fazla sayıda çocuğu olanlar, %14.3 ile bir çocuğu olanlar izlemiştir. Son sırada çocuğu olmayanlar yer almıştır (%12.2).

Tablo 4.7. Bakıcı Ekonomik Gelire Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımları

Ekonomik Durumu	Hasta		Bakıcı	
	f	%	F	%
Geliri Yok	12	24,5		
1000 TL ve altı	19	38,8	7	14,3
1001 TL -2000 TL	8	16,3	19	38,8
2001 TL -3000 TL	6	12,2	20	40,8
3001 TL ve üzeri	4	8,2	3	6,1
Toplam	49	100,0	49	100,0

Örneklem grubunun % 40.8'nin aylık geliri 2001-3000 TL arasındadır. Aylık geliri 1001-2000 TL arasında olanlar ikinci sırada bulunmaktadır (%38.8). Üçüncü sırada aylık geliri 1000 TL olanlar bulunmaktadır (%14.3). Son sırada aylık geliri 3001 TL ve üstünde olanlar yer almıştır (%6.1).

Hastaların % 38,8'nin aylık geliri 1000 TL ve altındadır. Hiçbir aylık geliri olmayanlar ikinci sırada bulunmaktadır (%24,5). Üçüncü sırada aylık geliri 1001-2000 TL olanlar bulunmaktadır (%16,3). Son sırada aylık geliri 3001 TL ve üstünde olanlar yer almıştır (%8,2).

Tablo 4.8. Bakıcının Ailesinde Klinik Tanı Almış Olma Durumuna Göre Frekans ve Yüzelik Dağılımlar

B. Ailede klinik tanı	f	%
Evet	15	30,6
Hayır	34	69,4
Toplam	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının bakıcılarının % 69.3'nün ailesinde klinik tanı almış birey yok iken, % 30,6'sının ise ailesinde klinik tanı almış kişiler bulunmaktadır.

Tablo 4.9. Bakıcının Ailesinde Klinik Tanı Almış Olanların Tanı Türüne Göre Frekans ve Yüzelik Dağılımlar

B. Hastalık Tanı	f	%
Şizofreni	10	66,7
Bipolar	2	13,3
Diğer	3	20,0
Toplam	15	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının bakıcılarının ailelerinde tanı almış olanların % 66,7'si şizofren, %13,3'ü bipolar tanısı almışlardır. Diğer tanı grupları ise sadece % 20'dir.

Tablo 4.10. Bakıcıya Yardımcı Olan Kişinin Bulunma Durumuna Göre Frekans ve Yüzelik Dağılımlar

B. Yardımcı Bulunma Durumu	f	%
-----------------------------------	----------	----------

Evet	25	51,0
Hayır	24	49,0
Toplam	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının bakıcılarına bakım sırasında yardımcı olanların bulunma yüzdesi % 51'dir. Bakım sırasında kendisine yardımcı olan hiç kimsenin bulunmadığını ifade edenler %49'dur.

Tablo 4.11. Bakıcının Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımları

B. yakınlık derecesi	f	%
Eş	5	10,2
Kardeş	3	6,1
Anne-baba	29	59,2
Çocuk	4	8,2
Diğer	8	16,3
Toplam	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının bakıcılarının yakınlık derecesi incelendiğinde ilk sırayı anne-babalar almıştır (%59.2). Bunu %16.3 ile diğer kategorisindeki yakınlar, %10.2 ile eşler, % 8.2 ile çocuklar izlemiştir. Son sırada sadece kardeşler yer almıştır (%6.1).

Tablo 4.12. Bakıcının Hastaya Bakım Süresine Göre Frekans ve Yüzdeler Dağılımları

B. Bakım süresi	f	%
1-5 yıl	14	28,6
5-10 yıl	10	20,4
10 yıldan fazla	25	51,0
Toplam	49	100,0

Örneklem grubunun %51'i psikoz hastası yakınlarına 10 yıldan daha fazla süredir bakıcılık yapmaktadır. 1-5 yıl arasında yakınlarına bakım sağlayanlar % 28.6 iken, 5-10 yıl arasında bakım yapanlar ise % 20.4'dür.

Tablo 4.13. Bakıcının İlaç Kullanma veya Terapi Alma Durumuna Göre Frekans ve Yüzelik Dağılımlar

B. İlaç/terapi alma	f	%
Evet	11	22,4
Hayır	38	77,6
Toplam	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının bakıcılarının % 22.4'ü psikolojik yardım için ilaç ve terapi almaktadır. İlaç veya terapi almaya ihtiyaç duymayanlar ise % 77.6 ile çoğunluktadır.

Tablo 4.14. Hastaya Tanı Konma Zamanı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzelik Dağılımlar

H. Tanı Konma Zamanı	f	%
1-5 Yıl Arası	5	10,2
5 Yıldan Fazla	44	89,8
Toplam	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının % 89,8'ine 5 yıldan daha uzun sürede tanı konmuştur. 1-5 yıl arasındaki sürede tanı konulanlar sadece % 10,2'dir.

Tablo 4.15. Hastanın Hastanede Yatma Durumuna Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

H. Hastanede yatma	f	%
Hastanede yatmamış	7	14,3
1 kez	14	28,6
2-5 kez	24	49,0
5 kezden fazla	4	8,1
Toplam	49	100,0

Hastaların % 49,0'u hastalık süresince 2-5 kez arasında hastanede yatmıştır. Hastalık sürecinde bir kez hastanede yatanlar ikinci sırada bulunmaktadır (%28,6). Üçüncü sırada hiç hastanede yatmamış olanlar bulunmaktadır (%14,3). Son sırada hastalık sürecinde 5 kezden daha fazla hastanede yatanlar yer almıştır (%8,1).

Tablo 4.16. Hastanın Ayakta Tedavi Olma Süresine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı

H. Ayakta tedavi	f	%
1-3 Yıl	5	10,2
3-5 Yıl	3	6,1
5 yıldan fazla	41	83,7
Toplam	49	100,0

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının süreç içinde ayakta tedavi durumları incelendiğinde ilk sırayı 5 yıldan fazla tedavi olanlar almıştır (%83,7). Bunu %10,2 ile 1-3 yıl arasında tedavi olanlar izlemiştir. Son sırada % 6,1 ile ayakta tedavi süresi 3-5 yıl arasında olanlar izlemiştir.

Tablo 4.17. Hastanın İntihar Etme Girişimi Değişkenine Göre Frekans ve Yüzelik Dağılımlar

H. İntihar girişimi	f	%
Evet	6	12,2
Hayır	43	87,8
Toplam	49	100,0

Örnekleme grubunu oluşturan psikoz hastalarının % 87,8'i hiç intihar girişiminde bulunmamıştır. Örnekleme grubu hastaların sadece % 12,2'si intihar girişiminde bulunmuştur.

Tablo 4.18. Hastanın Saldırgan Davranışta Bulunma Değişkenine Göre Frekans ve Yüzelik Dağılımlar

H. saldırgan davranış	f	%
Evet	11	22,4
Hayır	38	77,6
Toplam	49	100,0

Örnekleme grubunu oluşturan psikoz hastalarının % 77,8'inde hiç saldırganca davranış gözlemlenmemiştir. Örnekleme grubu hastaların sadece % 22,4'ünde saldırganca davranış gözlemlenmektedir.

Tablo 4.19. Hastanın Adli Suçunun Bulunma Değişkenine Göre Frekans ve Yüzelik Dağılımlar

H. Adli suçun bulunması	f	%
Evet	2	4,1
Hayır	47	95,9

Toplam	49	100,0
---------------	-----------	--------------

Örneklem grubunu oluşturan psikoz hastalarının % 95,9’unda hiç adli suç vakası gözlemlenmemiştir. Örneklem grubu hastaların sadece % 4,1’inde adli suç vakası bulunmaktadır.

4.2. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği İle Yapılan Analiz Sonuçları

Tablo 4.20. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının İç Tutarlılık Katsayıları.

Gerek orijinal gerekse Türkiye adaptasyonunda Zarit Bakıcı Yük Ölçeği toplam ve alt boyutlarının iç tutarlılık katsayıları yardımıyla güvenilirlikleri sınanmış ve oldukça yüksek değerler elde edilmiştir. Ancak bu çalışma kapsamında ölçeğin iç tutarlılık katsayıları tekrar hesaplanmış ve Tablo 4.20’de sunulmuştur.

Zarit Ölçeği	Cronbach’s Alfa	Madde Toplam Korelasyonları	
		En Düşük	En Yüksek
Ruhsal Gerginlik	,922	,677	,866
Sinirlilik	,718	,519	,556
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	,731	,460	,630
Ekonomik Yük	,758	,354	,697
Bağımlılık	,703	,507	,507
Toplam	,945	,489	,816

Bu çalışmada kullanılan Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin güvenilirlik katsayılarının önceki literatür çalışmaları ile tutarlı olduğunu söylemek mümkündür, çünkü genel olarak ölçek güvenilirlik katsayısı ,70 ve üzeri olduğu zaman ölçüm araçları kullanılabilir olarak değerlendirilmektedir. Elde edilen tüm sonuçlar,70’nin üstünde olduğu için, bu çalışma için Zarit Bakıcı Yük ölçeğinin güvenilir olduğu söylenebilir.

Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları Tablo 4.21’de verilmiştir. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam puanları 22-46 arası ‘hafif yük’, 47-55 arası ‘orta derecede yük’, 56-110 arası ‘şiddetli yük’ şeklinde derecelendirilerek değerlendirilir. Araştırmanın örneklem grubunun aritmetik ortalaması 67,76’dır. Elde edilen bu sonuç, örneklem grubunu oluşturan bakıcıların şiddetli yük altında olduklarını göstermektedir. Aynı durum Zarit Bakıcı Yük Ölçeği alt boyutların tümü için de geçerli olmuştur.

Tablo 4.21. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Zarit Ölçeği	N	Art. Ort	Standart Sapma
Ruhsal Gerginlik	49	24,2041	7,13845
Sinirlilik	49	10,6327	3,06658
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	49	9,4490	3,42820
Ekonomik Yük	49	15,8980	3,53698
Bağımlılık	49	7,5714	2,03101
Toplam	49	67,7551	17,00923

Araştırma kapsamında kullanılacak istatistiklerin karar verilebilmesi için, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve alt boyut puanlarının dağılımlarının normalliği Kolmogorov-smirnov testi ile sınanmıştır. Elde Edilen sonuçlar Tablo 4.22’de gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda hiçbir “z” değerinin istatistiksel açıdan anlamlı olmaması nedeniyle; Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve alt boyut puanlarının dağılımlarının normalliği ispat edilmiştir.

Tablo 4.22. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılım Özellikleri

Zarit Ölçeği	N	z	p
Ruhsal Gerginlik	49	,692	,724
Sinirlilik	49	1,140	,149
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	49	,775	,586
Ekonomik Yük	49	1,028	,241
Bağımlılık	49	,912	,376
Toplam	49	,656	,782

Araştırmanın bu aşamasında; anketlerle toplanan bağımsız süreksiz değişkenlere göre araştırmanın sürekli bağımlı değişkeni olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve alt ölçek puanları arasındaki farklılıkları saptamak üzere hipotez testleri kullanılmıştır. Örneklem grubunun sayısının az, buna karşın anket sorularının seçenek sayısının fazla olması nedeniyle, her kategoriye düşen birey sayısı 30'un altına inmiş ve bu nedenle hipotez testlerinde nonparametrik Mann-Whitney "U" ve Kruskal-Wallis testleri kullanılmıştır.

Tablo 4.23. Bakıcı Yaş Grubuna Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve alt boyut puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

	B. Yaş Grubu	N	Sıralamalar Ortalaması	χ^2	df	P
Ruhsal Gerginlik	20-29 Yaş	4	21,50			
	30-39 Yaş	4	22,50			
	40-49 Yaş	8	16,00			
	50-59 Yaş	16	29,91	7,164	5	,209
	60-69 Yaş	14	28,07			
	70-79 Yaş	3	16,50			
	Toplam		49			
Sinirlilik	20-29 Yaş	4	18,38			
	30-39 Yaş	4	20,38			
	40-49 Yaş	8	16,81			
	50-59 Yaş	16	31,69	9,112	5	,105
	60-69 Yaş	14	27,18			
	70-79 Yaş	3	16,00			
	Toplam		49			
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	20-29 Yaş	4	14,13			
	30-39 Yaş	4	18,25			
	40-49 Yaş	8	18,63			
	50-59 Yaş	16	29,69	8,797	5	,117
	60-69 Yaş	14	29,75			
	70-79 Yaş	3	18,33			
	Toplam		49			
Ekonomik Yük	20-29 Yaş	4	18,00			
	30-39 Yaş	4	35,38			
	40-49 Yaş	8	16,63			
	50-59 Yaş	16	25,34	10,045	5	,074
	60-69 Yaş	14	30,79			
	70-79 Yaş	3	14,00			

	Toplam	49				
Bağımlılık	20-29 Yaş	4	12,75			
	30-39 Yaş	4	33,50			
	40-49 Yaş	8	16,81			
	50-59 Yaş	16	27,66	11,169	5	,048*
	60-69 Yaş	14	29,93			
	70-79 Yaş	3	14,67			
	Toplam	49				
Toplam	20-29 Yaş	4	16,00			
	30-39 Yaş	4	23,00			
	40-49 Yaş	8	16,13			
	50-59 Yaş	16	30,16	11,414	5	,044*
	60-69 Yaş	14	29,32			
	70-79 Yaş	3	15,67			
	Toplam	49				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Araştırmanın bakıcı yaş grubuna göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği toplam ve alt boyut puanları için yapılan Kruskal-Wallis Testi sonuçları Tablo 4.23’de sunulmuştur. Bakıcı yaş grubuna göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Bağımlılık alt boyutunda istatistiksel açıdan .05 düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bakıcıların yaş grupları farklılaştıkça, buna bağlı olarak bakıcı yük şiddetleri birbirinden farklılaşmaktadır. Bu genel farklılığın hangi ikili gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere, tüm yaş grupları arasında ikili karşılaştırmalar için Mann-Whitney “U” testi yapılmıştır. Yapılan analizler sonucunda; 30-39 yaş grubunun bağımlılık alt ölçek puanları, 20-29 yaş grubundan anlamlı derecede daha yüksektir (p<,05). 50-59 yaş grubunun toplam puanları, 20-29 yaş grubundan daha yüksektir (p<,05). 60-69 yaş grubunun bağımlılık alt ölçek puanları, 20-29 yaş grubundan daha yüksektir (p<,05). 50-59 yaş grubunun toplam puanları, 40-49 yaş grubundan daha yüksektir (p<,05). 60-69 yaş grubunun bağımlılığı, 40-49 yaş grubundan daha yüksektir (p<,05). Bunun dışında yapılan ikili karşılaştırmalarda, bakıcıların yük şiddetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Diğer taraftan bakıcı yaş grubuna göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği bağımlılık alt boyutu dışındaki alt boyutlarda yapılan Kruskal- Wallis Testinde istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar bulunamamıştır.

Bakıcı Cinsiyet Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları için yapılan Mann-Whitney “U “ Testinde ne toplamda, ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Psikoz hastalarının bakımını yapan bireylerin cinsiyetleri onların bakım yükü şiddetinde bir farklılık yaratmamaktadır (Tablo 4.24).

Tablo 4.24. Bakıcı Cinsiyet Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	B.Cinsiyet	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	Mann-Whitney U	z	p
Ruhsal Gerginlik	erkek	17	24,12	410,00	257,000	-,316	,752
	kadın	32	25,47	815,00			
	Toplam	49					
Sinirlilik	erkek	17	22,15	376,50	223,500	-,316	,303
	kadın	32	26,52	848,50			
	Toplam	49					
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	erkek	17	27,91	474,50	222,500	- 1,044	,296
	kadın	32	23,45	750,50			
	Toplam	49					
Ekonomik Yük	erkek	17	25,56	434,50	262,500	-,201	,841
	kadın	32	24,70	790,50			
	Toplam	49					
Bağımlılık	erkek	17	22,44	381,50	228,500	-,930	,352

	kadın	32	26,36	843,50			
	Toplam	49					
Toplam	erkek	17	24,59	418,00	265,000	-,147	,883
	kadın	32	25,22	807,00			
	Toplam	49					

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Araştırmanın bakıcı eğitim düzeyine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları için yapılan Kruskal-Wallis Testi sonuçları Tablo 4,25’de sunulmuştur. Bakıcı eğitim düzeyine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği toplam puanı ile Ekonomik Yük ve Bağımlılık Alt Boyutlarında istatistiksel açıdan ,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bakıcıların eğitim düzeyleri farklılaştıkça, buna bağlı olarak bakıcı yük şiddetleri birbirinden farklılaşmaktadır. Bu genel farklılığın hangi ikili gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere, tüm eğitim grupları arasında ikili karşılaştırmalar için Mann-Whitney “U” testi yapılmıştır. İlkokul mezunlarının ekonomik, bağımlılık ve toplam puanları, okuryazar olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir (p <.05). İlkokul mezunlarının ekonomik puanları ortaokul mezunu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir (p<,05). İlkokul mezunlarının toplam puanları lise mezunu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir (p<,05). İlkokul mezunlarının ekonomik, bağımlılık ve toplam puanları, ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir(p<,05). Bunun dışında yapılan ikili karşılaştırmalarda bakıcıların yük şiddetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Diğer taraftan, bakıcı eğitim düzeyine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği toplam puanı, ekonomik yük ve bağımlılık alt boyutları dışındaki alt boyutlarda yapılan Kruskal-Wallis Testinde istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar bulunamamıştır (Tablo 25).

Tablo 4.25. Bakıcı Eğitim Düzeyine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	B. Eğitim düzeyi	N	Sıralamalar Ortalaması	χ^2	df	p
Ruhsal Gerginlik	okur yazar	2	12,50			
	ilkokul mezunu	16	32,91			
	ortaokul	7	22,14			
	lise	17	23,12	8,759	4	,067
	üniversite	7	17,93			
	Toplam	49				
Sinirlilik	okur yazar	2	15,00			
	ilkokul mezunu	16	31,75			
	ortaokul	7	23,00			
	lise	17	24,21	7,453	4	,114
	üniversite	7	16,36			
	Toplam	49				
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	okur yazar	2	14,00			
	ilkokul mezunu	16	32,41			
	ortaokul	7	22,86			
	lise	17	22,97	7,593	4	,108
	üniversite	7	18,29			
	Toplam	49				
Ekonomik Yük	okur yazar	2	11,50			
	ilkokul mezunu	16	32,88			
	ortaokul	7	16,64			
	lise	17	24,29	9,792	4	,044*
	üniversite	7	20,93			
	Toplam	49				
Bağımlılık	okur yazar	2	7,25			
	ilkokul mezunu	16	32,22			
	ortaokul	7	21,00			
	lise	17	25,24	10,285	4	,036*
	üniversite	7	17,00			
	Toplam	49				
Toplam	okur yazar	2	10,75			

	ilkokul mezunu	16	34,03			
	ortaokul	7	21,36			
	lise	17	22,97	11,396	4	,022*
	üniversite	7	17,00			
	Toplam	49				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Araştırmanın Bakıcı Medeni Duruma göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları için yapılan Kruskal-Wallis Testi sonuçları Tablo 4.26’da sunulmuştur. Bakıcı medeni duruma göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam (p<,05) ile Toplumsal İlişkilerde Bozulma (p<,01) ve Bağımlılık (p<,05) Alt Boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılıklar bulunmuştur. Bakıcıların medeni durumları farklılaştıkça buna bağlı olarak bakıcı yük şiddetleri birbirinden farklılaşmaktadır. Bu farklılık kümülatif bir farklılıktır. Bu genel farklılığın hangi ikili gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere, tüm medeni durum grupları arasında ikili karşılaştırmalar için Mann-Whitney “U” testi yapılmıştır. Evli olanların toplumsal ilişkilerde bozulma puanları, bekar ve boşanmış olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir (p<,01). Eşi vefat eden bakıcıların bağımlılık puanları, evli bakıcılardan anlamlı derecede daha yüksektir (p<,059). Eşi vefat eden bakıcıların bağımlılık ve toplam puanları, bekar bakıcılardan anlamlı derecede daha yüksektir (p<,05). Eşi vefat eden bakıcıların toplumsal ilişkilerde bozuma (p<,01), bağımlılık (p<,05) ve toplam (p<,05) puanları, boşanmış bakıcılardan anlamlı derecede daha yüksektir. Bunun dışında yapılan ikili karşılaştırmalarda; bakıcıların yük şiddetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Diğer taraftan bakıcı medeni durum değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ruhsal gerginlik, sinirlilik ve ekonomik yük alt boyutlarında Kruskal-Wallis Testi’ne göre istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar bulunamamıştır (Tablo 26).

Tablo 4.26. Bakıcı Medeni Duruma Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük	B. Medeni	N	Sıralamalar	χ^2	df	p
------------------	-----------	---	-------------	----------	----	---

Ölçeği	Durum		Ortalaması			
Ruhsal Gerginlik	evli	35	25,86			
	bekar	5	15,10			
	boşanmış	3	13,17			
	Eş vefatı	6	34,17	7,086	3	,069
	Toplam	49				
Sinirlilik	evli	35	25,47			
	bekar	5	14,20			
	boşanmış	3	22,17			
	Eş vefatı	6	32,67	4,839	3	,184
	Toplam	49				
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	evli	35	27,09			
	bekar	5	11,20			
	boşanmış	3	8,17			
	Eş vefatı	6	32,75	11,433	3	,010**
	Toplam	49				
Ekonomik Yük	evli	35	24,14			
	bekar	5	20,40			
	boşanmış	3	21,50			
	Eş vefatı	6	35,58	4,176	3	,243
	Toplam	49				
Bağımlılık	evli	35	24,23			
	bekar	5	20,50			
	boşanmış	3	14,67			
	Eş vefatı	6	38,42	7,733	3	,050*
	Toplam	49				
Toplam	evli	35	25,66			
	bekar	5	13,30			
	boşanmış	3	14,17			
	Eş vefatı	6	36,33	8,943	3	,030*
	Toplam	49				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Bakıcı çalışma durumu değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testinde ne toplamda ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Psikoz hastalarının bakımını yapan bireylerin çalışma durumları; onların bakım yükü şiddetinde bir farklılık yaratmamaktadır (Tablo 4.27).

Tablo 4.27. Bakıcı Çalışma Durumuna Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	B. Çalışma Durumu	N	Sıralamalar Ortalaması	χ^2	df	p
Ruhsal Gerginlik	Çalışıyor	15	26,10			
	Çalışmıyor	17	21,91			
	Emekli	17	27,12	1,262	2	,532
	Toplam	49				
Sinirlilik	Çalışıyor	15	24,33			
	Çalışmıyor	17	23,82			
	Emekli	17	26,76	,416	2	,812
	Toplam	49				
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Çalışıyor	15	25,47			
	Çalışmıyor	17	20,29			
	Emekli	17	29,29	3,424	2	,181
	Toplam	49				
Ekonomik Yük	Çalışıyor	15	22,73			
	Çalışmıyor	17	25,44			
	Emekli	17	26,56	,605	2	,739
	Toplam	49				
Bağımlılık	Çalışıyor	15	19,97			
	Çalışmıyor	17	28,06			
	Emekli	17	26,38	2,903	2	,234
	Toplam	49				
Toplam	Çalışıyor	15	24,73			

	Çalışmıyor	17	23,12			
	Emekli	17	27,12	,675	2	,714
	Toplam	49				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Bakıcının çocuk sahibi olma durumu değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testinde ne toplamda ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Psikoz hastalarının bakımını yapan bireylerin çocuk sahibi olma ve çocuk sayıları, onların bakım yükü şiddetinde bir farklılık yaratmamaktadır (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Bakıcının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	B. Çocuk sahibi Olma	N	Sıralamalar Ortalaması	χ^2	df	p
Ruhsal Gerginlik	Çocuğu yok	6	18,83			
	tek çocuk	7	27,29			
	iki çocuk	19	24,71			
	üç ve üzeri çocuk	17	26,56	1,514	3	,679
	Toplam	49				
Sinirlilik	Çocuğu yok	6	19,25			
	tek çocuk	7	27,79			
	iki çocuk	19	22,61			
	üç ve üzeri çocuk	17	28,56	2,885	3	,410
	Toplam	49				
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Çocuğu yok	6	15,58			
	tek çocuk	7	25,07			
	iki çocuk	19	26,50			
	üç ve üzeri	17	26,62	3,059	3	,383

	çocuk					
	Toplam	49				
Ekonomik Yük	Çocuğu yok	6	19,00			
	tek çocuk	7	26,71			
	iki çocuk	19	24,68			
	üç ve üzeri çocuk	17	26,76	1,448	3	,694
	Toplam	49				
Bağımlılık	Çocuğu yok	6	24,42			
	tek çocuk	7	26,36			
	iki çocuk	19	22,16			
	üç ve üzeri çocuk	17	27,82	1,544	3	,672
	Toplam	49				
Toplam	Çocuğu yok	6	17,00			
	tek çocuk	7	26,93			
	iki çocuk	19	23,89			
	üç ve üzeri çocuk	17	28,26	3,015	3	,389
	Toplam	49				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Araştırmanın bakıcı ekonomik durumuna göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları için yapılan Kruskal-Wallis Testi sonuçları Tablo 4.29'de sunulmuştur. Bakıcı ekonomik durumuna göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Ekonomik yük (p<,05) ve Bağımlılık (p<,05) alt boyutlarında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılıklar bulunmuştur. Bakıcıların ekonomik durumları farklılaştıkça, buna bağlı olarak bakıcı yük şiddetleri birbirinden farklılaşmaktadır. Bu farklılık kümülatif bir farklılıktır. Bu genel farklılığın hangi ikili gruplardan kaynaklandığını belirlemek üzere, tüm ekonomik durum grupları arasında ikili karşılaştırmalar için Mann-Whitney "U" testi yapılmıştır. Aylık geliri 1001-2000TL olanların ekonomik yük ve bağımlılık puanları, aylık geliri 2001-3000 TL olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Bunun dışında yapılan ikili karşılaştırmalarda bakıcıların yük şiddetleri arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır.

Diğer taraftan, bakıcı ekonomik durum değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ekonomik yük ve bağımlılık alt boyutları dışındaki alt boyutlarda ve toplamda yapılan Kruskal-Wallis Testinde istatistiksel açıdan anlamlı sonuçlar bulunamamıştır (Tablo 29).

Tablo 4.29. Bakıcı Ekonomik Duruma Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	B. Ekonomik Durum	N	Sıralamalar Ortalaması	χ^2	Df	p
Ruhsal Gerginlik	1000 TL ve altı	7	32,36			
	1001 TL -2000 TL	19	27,76			
	2001 TL -3000 TL	20	19,30			
	3001 TL ve üzeri	3	28,33	5,940	3	,115
	Toplam	49				
Sinirlilik	1000 TL ve altı	7	30,93			
	1001 TL -2000 TL	19	26,68			
	2001 TL -3000 TL	20	21,30			
	3001 TL ve üzeri	3	25,17	2,869	3	,412
	Toplam	49				
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	1000 TL ve altı	7	30,21			
	1001 TL -2000 TL	19	27,89			
	2001 TL -3000 TL	20	19,70			

	3001 TL ve üzeri	3	29,83	4,847	3	,483
	Toplam	49				
Ekonomik Yük	1000 TL ve altı	7	26,50			
	1001 TL -2000 TL	19	30,87			
	2001 TL -3000 TL	20	19,50			
	3001 TL ve üzeri	3	21,00	10,576	3	,047*
	Toplam	49				
Bağımlılık	1000 TL ve altı	7	30,29			
	1001 TL -2000 TL	19	30,13			
	2001 TL -3000 TL	20	19,30			
	3001 TL ve üzeri	3	18,17	11,547	3	,042*
	Toplam	49				
Toplam	1000 TL ve altı	7	30,29			
	1001 TL -2000 TL	19	29,18			
	2001 TL -3000 TL	20	19,20			
	3001 TL ve üzeri	3	24,83	8,943	3	,117
	Toplam	49				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Bakıcının ailesinde klinik tanı almış olan birey bulunma değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testinde, ne toplamda, ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Psikoz hastalarının bakımını yapan bireylerin ailesinde, klinik tanı almış birinin bulunması veya bulunmamasına göre onların bakım yükü şiddetinde bir farklılık oluşmamaktadır (Tablo 4.30).

Tablo 4.30. Bakıcının Ailesinde Klinik Tanı Konmuş Kişilerin Bulunma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	B.Ailede Klinik Tanı	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	Mann- Whitney U	z	p
Ruhsal Gerginlik	Evet	15	21,57	323,50	203,500	- 1,120	,263
	Hayır	34	26,51	901,50			
	Toplam	49					
Sinirlilik	Evet	15	20,90	313,50	193,500	- 1,348	,178
	Hayır	34	26,81	911,50			
	Toplam	49					
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Evet	15	21,03	315,50	195,500	- 1,296	,195
	Hayır	34	26,75	909,50			
	Toplam	49					
Ekonomik Yük	Evet	15	25,37	380,50	249,500	-,120	,904
	Hayır	34	24,84	844,50			
	Toplam	49					
Bağımlılık	Evet	15	20,27	304,00	184,000	- 1,568	,117
	Hayır	34	27,09	921,00			
	Toplam	49					
Toplam	Evet	15	21,03	315,50	195,500	- 1,292	,196

	Hayır	34	26,75	909,50			
	Toplam	49					

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Bakıcının bakım sürecinde kendisine yardımcı birinin bulunması değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testinde ne toplamda ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Psikoz hastalarının bakımını yapan bireylerin kendine yardım eden bir kişinin bulunup bulunmaması; onların bakım yükü şiddetinde bir farklılık oluşmamaktadır (Tablo 4.31).

Tablo 4.31. Bakıcının Yardımcısının Bulunma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	B.Yardımcı	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	Mann-Whitney U	z	p
Ruhsal Gerginlik	Evet	25	25,38	634,50	290,500	-,190	,849
	Hayır	24	24,60	590,50			
	Toplam	49					
Sinirlilik	Evet	25	26,14	653,50	271,500	-,576	,565
	Hayır	24	23,81	571,50			
	Toplam	49					
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Evet	25	27,92	698,00	227,000	- 1,466	,143
	Hayır	24	21,96	527,00			
	Toplam	49					
Ekonomik Yük	Evet	25	28,18	704,50	220,500	- 1,602	,109
	Hayır	24	21,69	520,50			

	Toplam	49					
Bağımlılık	Evet	25	26,34	658,50	266,500	-,682	,495
	Hayır	24	23,60	566,50			
	Toplam	49					
Toplam	Evet	25	26,62	665,50	259,500	-,811	,417
	Hayır	24	23,31	559,50			
	Toplam	49					

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Bakıcının hastaya bakım süresi değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testinde ne toplamda ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Psikoz hastalarının bakımını yapan bireylerin hastaya bakma süreleri; onların bakım yükü şiddetinde bir farklılık yaratmamaktadır (Tablo 4.32).

Tablo 4.32. Bakıcının Hasta Bakım Süresi Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	B. Bakım süresi	N	Sıralamalar Ortalaması	χ^2	df	p
Ruhsal Gerginlik	1-5 Yıl arası	14	27,36			
	5-10 yıl arası	10	17,55			
	10 yıldan fazla	25	26,66	3,453	2	,178
	Toplam	49				
Sinirlilik	1-5 Yıl arası	14	27,68			
	5-10 yıl arası	10	16,80			
	10 yıldan fazla	25	26,78	4,260	2	,119
	Toplam	49				
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	1-5 Yıl arası	14	25,32			
	5-10 yıl arası	10	20,90			
	10 yıldan fazla	25	26,46	1,101	2	,577
	Toplam	49				

Ekonomik Yük	1-5 Yıl arası	14	23,89			
	5-10 yıl arası	10	22,65			
	10 yıldan fazla	25	26,56	,662	2	,718
	Toplam	49				
Bağımlılık	1-5 Yıl arası	14	24,61			
	5-10 yıl arası	10	17,65			
	10 yıldan fazla	25	28,16	4,023	2	,134
	Toplam	49				
Toplam	1-5 Yıl arası	14	26,43			
	5-10 yıl arası	10	17,80			
	10 yıldan fazla	25	27,08	3,215	2	,200
	Toplam	49				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Bakıcının bakım sürecinde, psikolojik yardım için ilaç/terapi alma değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testinde ne toplamda, ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Psikoz hastalarının bakımı sürecinde psikolojik yardım için ilaç/ terapi alan bakıcıların bakım yükü şiddet derecesi, yardım için ilaç/terapi almayanlar ile eşit düzeydedir. (Tablo 4.33).

Tablo 4.33. Bakıcının Psikolojik Yardım İçin İlaç/Terapi Alma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	B.İlaç/Terapi Alma	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	Mann-Whitney U	z	p
Ruhsal Gerginlik	Evet	11	30,82	339,00	145,000	-	,124
	Hayır	38	23,32	886,00		1,537	
	Toplam	49					
Sinirlilik	Evet	11	29,00	319,00	165,000	-	,287

						1,065	
	Hayır	38	23,84	906,00			
	Toplam	49					
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Evet	11	29,77	327,50	156,500	-	,206
						1,263	
	Hayır	38	23,62	897,50			
	Toplam	49					
Ekonomik Yük	Evet	11	24,36	268,00	202,000	-,169	,866
	Hayır	38	25,18	957,00			
	Toplam	49					
Bağımlılık	Evet	11	29,41	323,50	160,500	-	,237
						1,183	
	Hayır	38	23,72	901,50			
	Toplam	49					
Toplam	Evet	11	28,86	317,50	166,500	-	,308
						1,019	
	Hayır	38	23,88	907,50			
	Toplam	49					

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Araştırmanın hasta yaş grubuna göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları için yapılan Kruskal-Wallis Testi sonuçları Tablo 4.34’de sunulmuştur. Hasta yaş grubuna göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği toplam ve alt boyutlarında istatistiksel açıdan,05 düzeyinde anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Hastaların yaş grupları farklılaştıkça, buna bağlı olarak bakıcı yük şiddetleri birbirinden farklılaşmamaktadır ($p > ,05$).

Tablo 4.34. Hasta Yaş Grubuna Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve alt boyut puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

	B. Yaş Grubu	N	Sıralamalar Ortalaması	χ^2	df	p
Ruhsal Gerginlik	20-29 Yaş	11	21,14			
	30-39 Yaş	25	27,80			
	40-49 Yaş	4	25,13			
	50-59 Yaş	5	25,10	2,772	4	,597
	60-69 Yaş	4	17,88			
	Toplam	49				
Sinirlilik	20-29 Yaş	11	21,09			
	30-39 Yaş	25	28,36			
	40-49 Yaş	4	29,13			
	50-59 Yaş	5	18,10	4,443	4	,349
	60-69 Yaş	4	19,25			
	Toplam	49				
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	20-29 Yaş	11	20,73			
	30-39 Yaş	25	28,16			
	40-49 Yaş	4	22,63			
	50-59 Yaş	5	23,40	2,659	4	,616
	60-69 Yaş	4	21,38			
	Toplam	49				
Ekonomik Yük	20-29 Yaş	11	24,45			
	30-39 Yaş	25	26,64			
	40-49 Yaş	4	28,25			
	50-59 Yaş	5	22,60	2,314	4	,678
	60-69 Yaş	4	16,00			
	Toplam	49				
Bağımlılık	20-29 Yaş	11	23,32			
	30-39 Yaş	25	24,68			
	40-49 Yaş	4	31,38			
	50-59 Yaş	5	28,20	1,543	4	,819
	60-69 Yaş	4	21,25			
	Toplam	49				
Toplam	20-29 Yaş	11	21,77			

	30-39 Yaş	25	28,00			
	40-49 Yaş	4	26,00			
	50-59 Yaş	5	22,00	2,904	4	,574
	60-69 Yaş	4	17,88			
	Toplam	49				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Hasta Cinsiyet Değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları için yapılan Mann-Whitney “U “ Testinde, ne toplamda, ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Psikoz hastalarının cinsiyetleri onlara bakım yapan kişilerin bakım yükü şiddetinde bir farklılık yaratmamaktadır (Tablo 4.35).

Tablo 4.35. Hasta Cinsiyet Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U “ Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	H.Cinsiyet	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	Mann- Whitney U	z	p
Ruhsal Gerginlik	erkek	32	26,09	835,00	237,000	-,737	,461
	kadın	17	22,94	390,00			
	Toplam	49					
Sinirlilik	erkek	32	25,66	821,00	251,000	-,446	,656
	kadın	17	23,76	404,00			
	Toplam	49					
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	erkek	32	25,70	822,50	249,500	-,475	,635
	kadın	17	23,68	402,50			
	Toplam	49					
Ekonomik Yük	erkek	32	26,23	839,50	232,500	-,836	,403
	kadın	17	22,68	385,50			

	Toplam	49					
Bağımlılık	erkek	32	25,39	812,50	259,500	259,500	,789
	kadın	17	24,26	412,50			
	Toplam	49					
Toplam	erkek	32	26,28	841,00	231,000	-,862	,389
	kadın	17	22,59	384,00			
	Toplam	49					

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Hasta eğitim durumu değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testinde ne toplamda, ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Psikoze hastalarının eğitim düzeyleri onlara bakım yapan kişilerin bakım yükü şiddetinde bir farklılık yaratmamaktadır (Tablo 4.36).

Tablo 4.36. Hasta Eğitim Düzeyine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	H. Eğitim düzeyi	N	Sıralamalar Ortalaması	χ^2	df	p
Ruhsal Gerginlik	okur yazar	3	23,00			
	ilkokul mezunu	4	27,00			
	ortaokul	12	29,17			
	lise	21	22,26	1,954	4	,744
	üniversite	9	25,61			
	Toplam	49				
Sinirlilik	okur yazar	3	18,33			
	ilkokul mezunu	4	30,75			
	ortaokul	12	28,54			
	lise	21	21,98	3,221	4	,522
	üniversite	9	27,00			
	Toplam	49				
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	okur yazar	3	27,83			

	ilkokul mezunu	4	24,13			
	ortaokul	12	29,17			
	lise	21	24,52	2,298	4	,681
	üniversite	9	20,00			
	Toplam	49				
Ekonomik Yük	okur yazar	3	36,17			
	ilkokul mezunu	4	19,13			
	ortaokul	12	22,92			
	lise	21	24,88	2,975	4	,562
	üniversite	9	26,94			
	Toplam	49				
Bağımlılık	okur yazar	3	29,33			
	ilkokul mezunu	4	20,00			
	ortaokul	12	27,96			
	lise	21	25,81	2,566	4	,633
	üniversite	9	19,94			
	Toplam	49				
Toplam	okur yazar	3	26,50			
	ilkokul mezunu	4	24,63			
	ortaokul	12	29,79			
	lise	21	22,64	2,027	4	,731
	üniversite	9	23,78			
	Toplam	49				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Hasta medeni durum değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testinde ne toplamda, ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Psikoz hastalarının medeni durumları; onlara bakım yapan kişilerin bakım yükü şiddetinde bir farklılık yaratmamaktadır (Tablo 4.37).

Tablo 4.37. Hasta Medeni Duruma Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testi Sonuçları

Zarit	H. Medeni	N	Sıralamalar	χ^2	df	p
-------	-----------	---	-------------	----------	----	---

bakıcı Yük Ölçeği	Durum		Ortalaması			
Ruhsal Gerginlik	evli	9	28,44			
	bekar	36	25,35			
	boşanmış	2	12,25			
	Eş vefatı	2	16,00	2,944	3	,400
	Toplam	49				
Sinirlilik	evli	9	26,67			
	bekar	36	24,92			
	boşanmış	2	22,00			
	Eş vefatı	2	22,00	,306	3	,959
	Toplam	49				
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	evli	9	26,33			
	bekar	36	24,92			
	boşanmış	2	16,25			
	Eş vefatı	2	29,25	1,015	3	,798
	Toplam	49				
Ekonomik Yük	evli	9	26,94			
	bekar	36	25,21			
	boşanmış	2	17,75			
	Eş vefatı	2	19,75	,973	3	,808
	Toplam	49				
Bağımlılık	evli	9	30,72			
	bekar	36	24,08			
	boşanmış	2	18,75			
	Eş vefatı	2	22,00	2,139	3	,544
	Toplam	49				
Toplam	evli	9	27,00			
	bekar	36	25,31			
	boşanmış	2	14,75			
	Eş vefatı	2	20,75	1,402	3	,705
	Toplam	49				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Hastanın tanı öncesi çalışma durumu değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testinde ne toplamda, ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Hastaların tanı öncesi çalışma-çalışmama durumları; onların bakımını yapmakta olan bakıcıların bakım yükü şiddetinde bir farklılık yaratmamaktadır (Tablo 4.38).

Tablo 4.38. Hastanın Tanı Öncesi Çalışma Durumuna Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	H. Tanı öncesi Çalışma Durumu	N	Sıralamalar Ortalaması	χ^2	df	p
Ruhsal Gerginlik	Çalışıyor	20	22,70	1,657	2	,437
	Çalışmıyor	24	25,52			
	Emekli	5	31,70			
	Toplam	49				
Sinirlilik	Çalışıyor	20	25,05	,013	2	,994
	Çalışmıyor	24	24,83			
	Emekli	5	25,60			
	Toplam	49				
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Çalışıyor	20	24,23	1,507	2	,471
	Çalışmıyor	24	24,10			
	Emekli	5	32,40			
	Toplam	49				
Ekonomik Yük	Çalışıyor	20	24,33	,973	2	,615
	Çalışmıyor	24	26,60			
	Emekli	5	20,00			
	Toplam	49				
Bağımlılık	Çalışıyor	20	20,38	3,850	2	,146
	Çalışmıyor	24	27,69			
	Emekli	5	30,60			

	Toplam	49				
Toplam	Çalışıyor	20	22,93			
	Çalışmıyor	24	25,81			
	Emekli	5	29,40	,975	2	,614
	Toplam	49				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Hastaya tanı konma süresi değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları için yapılan Mann-Whitney “U” Testinde Toplam ve sınırlılık/yaşam kalitesinin bozulması ile bağımlılık alt boyutlarında istatistiksel açıdan ,05 düzeyinde anlamlı farklılıklar elde edilmiştir (Tablo 4.39). Hastaya tanı konma zamanı 1-5 yıl öncesinde olan bakıcıların, hem genel, hem de sınırlılık/yaşam kalitesinde bozulma, hem de bağımlılığa dayalı bakım yükü şiddeti hastaya tanı konma zamanı 5 yıldan fazla olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Bunların dışında, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği ruhsal gerginlik, toplumsal ilişkilerde bozulma ve ekonomik yük alt boyutlarında hastaya tanı konma zamanı açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir (p>,05).

Tablo 4.39. Hastaya Tanı Konma Zamanı Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	H.Tanı Konma	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	Mann- Whitney U	z	p
Ruhsal Gerginlik	1-5 yıl arası	5	33,40	167,00	68,000	- 1,390	,164
	5 yıldan fazla	44	24,05	1058,00			
	Toplam	49					
Sınırlılık	1-5 yıl	5	37,60	188,00	47,000	-	,036*

	arası					2,102	
	5 yıldan fazla	44	23,57	1037,00			
	Toplam	49					
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	1-5 yıl arası	5	31,90	159,50	75,500	- 1,144	,253
	5 yıldan fazla	44	24,22	1065,50			
	Toplam	49					
Ekonomik Yük	1-5 yıl arası	5	30,20	151,00	84,000	-,865	,387
	5 yıldan fazla	44	24,41	1074,00			
	Toplam	49					
Bağımlılık	1-5 yıl arası	5	35,40	177,00	58,000	- 1,969	,049*
	5 yıldan fazla	44	23,82	1048,00			
	Toplam	49					
Toplam	1-5 yıl arası	5	35,20	176,00	59,000	-- 1,986	,047*
	5 yıldan fazla	44	23,84	1049,00			
	Toplam	49					

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Hastanın hastaneye yatıp yatmama değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları için yapılan Mann-Whitney “U” Testinde, sadece sinirlilik/yaşam kalitesinin bozulması alt boyutunda istatistiksel açıdan ,05 düzeyinde anlamlı farklılıklar elde edilmiştir (Tablo 4.40). Hastaneye hiç yatmamış psikoz tanısı konmuş hastaların bakıcılarının sinirlilik/yaşam kalitesinde bozulmaya dayalı bakım yükü şiddeti, hastaneye yatmış olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Bunların dışında Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve diğer alt ölçeklerinde hastaneye

yatıp yatmama açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir (p>.05).

Tablo 4.40. Hastanın Hastaneye Yatma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	H.Hastaneye yat.	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	Mann- Whitney U	z	p
Ruhsal Gerginlik	Hayır	8	31,50	252,00	112,000	- 1,410	,159
	Evet	41	23,73	973,00			
	Toplam	49					
Sinirlilik	Hayır	8	31,94	255,50	60,500	- 1,967	,050*
	Evet	41	23,65	969,50			
	Toplam	49					
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Hayır	8	30,25	242,00	122,000	- 1,141	,254
	Evet	41	23,98	983,00			
	Toplam	49					
Ekonomik Yük	Hayır	8	27,31	218,50	145,500	-,504	,614
	Evet	41	24,55	1006,50			
	Toplam	49					
Bağımlılık	Hayır	8	27,31	218,50	145,500	-,510	,610
	Evet	41	24,55	1006,50			
	Toplam	49					
Toplam	Hayır	8	30,38	243,00	121,000	- 1,164	,244
	Evet	41	23,95	982,00			

	Toplam	49				
--	---------------	-----------	--	--	--	--

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Hastanın hastaneye yatma sayısı değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal-Wallis Testinde, ne toplamda, ne de alt boyutlarda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir. Hastaların hastaneye yatma sayısı onların bakımını yapmakta olan bakıcıların bakım yükü şiddetinde bir farklılık yaratmamaktadır (Tablo 4.41).

Tablo 4.41. Hastanın Hastaneye Yatış Sayısına Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	H. hastanede yatış sayısı	N	Sıralamalar Ortalaması	χ^2	df	p
Ruhsal Gerginlik	1 kez	14	18,25			
	2-5 kez	24	23,75			
	5 kezden fazla	4	19,38	1,919	2	,383
	Toplam	42				
Sinirlilik	1 kez	14	19,79			
	2-5 kez	24	22,71			
	5 kezden fazla	4	20,25	,558	2	,756
	Toplam	42				
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	1 kez	14	18,14			
	2-5 kez	24	23,58			
	5 kezden fazla	4	20,75	1,770	2	,413
	Toplam	42				
Ekonomik Yük	1 kez	14	21,32			
	2-5 kez	24	21,98			
	5 kezden fazla	4	19,25	,176	2	,916
	Toplam	42				
Bağımlılık	1 kez	14	20,82			
	2-5 kez	24	22,44			
	5 kezden fazla	4	18,25	,482	2	,786

	Toplam	42				
Toplam	1 kez	14	19,43			
	2-5 kez	24	23,17			
	5 kezden fazla	4	18,75	1,045	2	,593
	Toplam	42				

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Hastanın intihar girişiminde bulunma değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testinde sadece sinirlilik/yaşam kalitesinin bozulması alt boyutunda istatistiksel açıdan ,05 düzeyinde anlamlı farklılık elde edilmiştir (Tablo 4.42). İntihar girişiminde bulunmuş psikoz tanısı almış hastaların bakıcılarının, sinirlilik/yaşam kalitesinde bozulmaya dayalı bakım yükü şiddeti, intihar girişiminde bulunmamış olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir. Bunların dışında, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve diğer alt ölçeklerinde intihar girişiminde bulunma açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir (p>,05).

Tablo 4.42. Hastanın İntihar Girişiminde Bulunma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	H.intihar girişimi	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	Mann-Whitney U	z	p
Ruhsal Gerginlik	Evet	6	24,08	144,50	123,500	-,168	,866
	Hayır	43	25,13	1080,50			
	Toplam	49					
Sinirlilik	Evet	6	30,75	184,50	58,500	- 1,961	,050*
	Hayır	43	24,20	1040,50			
	Toplam	49					

Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Evet	6	26,33	158,00	121,000	-,245	,806
	Hayır	43	24,81	1067,00			
	Toplam	49					
Ekonomik Yük	Evet	6	23,75	142,50	121,500	-,230	,818
	Hayır	43	25,17	1082,50			
	Toplam	49					
Bağımlılık	Evet	6	25,50	153,00	126,000	-,093	,926
	Hayır	43	24,93	1072,00			
	Toplam	49					
Toplam	Evet	6	26,67	160,00	119,000	-,305	,760
	Hayır	43	24,77	1065,00			
	Toplam	49					

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Hastanın saldırganca bulunma değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U “ Testinde hiçbir alt boyutta ve toplamda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir (Tablo 4.43). Saldırganca davranışlarda bulunan psikoz tanısı almış hastaların bakıcılarının bakım yükü şiddeti, saldırganca davranışlarda bulunmamış olanlarla eşit düzeydedir (p>,05).

Tablo 4.43. Hastanın Saldırgan Davranışlarda Bulunma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testi Sonuçları

Zarit bakıcı Yük Ölçeği	H.saldırgan davra.	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	Mann-Whitney U	z	p
Ruhsal Gerginlik	Evet	11	26,41	290,50	193,500	-,372	,710

	Hayır	38	24,59	934,50			
	Toplam	49					
Sinirlilik	Evet	11	27,73	305,00	179,000	-,726	,468
	Hayır	38	24,21	920,00			
	Toplam	49					
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Evet	11	27,64	304,00	180,000	-,698	,485
	Hayır	38	24,24	921,00			
	Toplam	49					
Ekonomik Yük	Evet	11	29,73	327,00	157,000	-	,209
	Hayır	38	23,63	898,00		1,255	
	Toplam	49					
Bağımlılık	Evet	11	25,95	285,50	198,500	-,256	,798
	Hayır	38	24,72	939,50			
	Toplam	49					
Toplam	Evet	11	27,59	303,50	180,500	-,684	,494
	Hayır	38	24,25	921,50			
	Toplam	49					

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Hastanın adli suç bulunma değişkenine göre, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testinde hiçbir alt boyutta ve toplamda istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar elde edilememiştir (Tablo 4.44). Adli suç bulunan psikoz tanısı almış hastaların bakıcılarının bakım yükü şiddeti, adli suç bulunmayanlarla eşit düzeydedir ($p>,05$).

Tablo 4.44. Hastanın Adli Suçu Bulunma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testi Sonuçları

Zararlı bakıcı Yük Ölçeği	H.Adli suç	N	Sıralamalar Ortalaması	Sıralamalar Toplamı	Mann- Whitney U	z	p
Ruhsal Gerginlik	Evet	2	22,75	45,50	42,500	- ,228	,820
	Hayır	47	25,10	1179,50			
	Toplam	49					
Sinirlilik	Evet	2	22,00	44,00	41,000	- ,306	,759
	Hayır	47	25,13	1181,00			
	Toplam	49					
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Evet	2	20,75	41,50	38,500	- ,431	,666
	Hayır	47	25,18	1183,50			
	Toplam	49					
Ekonomik Yük	Evet	2	34,50	69,00	28,000	- ,967	,334
	Hayır	47	24,60	1156,00			
	Toplam	49					
Bağımlılık	Evet	2	18,75	37,50	34,500	- ,643	,520
	Hayır	47	25,27	1187,50			
	Toplam	49					
Toplam	Evet	2	24,50	49,00	46,000	- ,051	,960
	Hayır	47	25,02	1176,00			
	Toplam	49					

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

4.3. Araştırmanın Bağımsız Sürekli Değişkeni Olan Sıfat Listesi Ölçeği(ACL)(Adjective Check List) İle Yapılan Analiz Sonuçları

Gerek Orijinal gerekse Türkiye Adaptasyonunda ACL Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarının iç tutarlılık katsayıları yardımıyla güvenilirlikleri sınanmış ve oldukça yüksek değerler elde edilmiştir. Bu çalışma kapsamında ölçeğin iç tutarlılık katsayıları tekrar hesaplanmış ve Tablo 4.51’de sunulmuştur. Bu çalışmada kullanılan ACL Ölçeğinin güvenilirlik katsayılarının önceki literatür çalışmaları ile tutarlı olduğunu söylemek mümkündür çünkü genel olarak ölçek güvenilirlik katsayısı ,70 ve üzeri olduğu zaman ölçüm araçları kullanılabilir olarak değerlendirilmektedir. Elde edilen tüm sonuçlar, 70’nin üstünde olduğu için; bu çalışma için ACL ölçeğinin güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 4.45. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Sıfat Listesi Ölçeği(ACL)(Adjective Check List) Alt Boyut Puanlarının İç Tutarlılık Katsayıları.

ACL Ölçeği	Cronbach’s Alfa
Başarma	.785
Başatlık	.783
Sebat	.779
Düzen	.787
Duyguları Anlama	.767
Şefkat Gösterme	.779
Yakınlık	.777
Karşı Cinsle İlişkiler	.792
Gösteriş	.789
Bağımsızlık	.814
Saldırganlık	.818
Değişiklik	.800
İlgi Görme	.816
Kendini Suçlama	.829
Uyarlık	.805
Danışmaya Hazır oluş	.821

Otokontrol	.821
Özgüven	.776
Kişisel Uyum	.785
İdeal benlik	.783
Yaratıcı Kişilik	.796
Askeri Liderlik	.790
Erkeksi Özellikler	.784
Kadınısı Özellikler	.788
Toplam	.945

Araştırma kapsamında kullanılacak istatistiklerin karar verilebilmesi için, ACL Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımlarının normalliği Kolmogorov-Smirnov testi ile sınanmıştır. Elde Edilen sonuçlar Tablo 4.46’de gösterilmiştir. Yapılan analizler sonucunda hiçbir “z” değerinin istatistiksel açıdan anlamlı olmaması nedeniyle; ACL Ölçeği alt boyut puanlarının dağılımlarının normalliği ispat edilmiştir.

Tablo 4.46. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Sıfat Listesi Ölçeği(ACL)(Adjective Check List) Alt Boyut Dağılım Durumları

ACL Ölçeği	z	p
Başarma	.905	.385
Başatlık	.721	.677
Sebat	.695	.719
Düzen	.694	.721
Duyguları Anlama	.939	.341
Şefkat Gösterme	.778	.581
Yakınlık	1.007	.263
Karşı Cinsle İlişkiler	.763	.605

Gösteriş	1.169	.130
Bağımsızlık	.840	.480
Saldırganlık	.753	.621
Değişiklik	.867	.439
İlgi Görme	.592	.875
Kendini Suçlama	.664	.770
Uyarlık	.534	.938
Danışmaya Hazır oluş	.859	.451
Otokontrol	.969	.305
Özgüven	.774	.587
Kişisel Uyum	.651	.791
İdeal benlik	.683	.740
Yaratıcı Kişilik	.805	.537
Askeri Liderlik	.497	.966
Erkeksi Özellikler	.988	.283
Kadınsı Özellikler	.676	.751

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Tablo 4.47. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Sıfat Listesi Ölçeği(ACL)(Adjective Check List) Alt Boyut Pualarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

ACL Ölçeği	N	Art.Ort	Std. sapma
Başarma	49	47,3560	7,81711
Başatlık	49	48,8366	8,36869
Sebat	49	52,4013	9,20853
Düzen	49	54,0103	9,24379
Duyguları Anlama	49	45,4486	10,12081
Şefkat Gösterme	49	50,7659	11,26550
Yakınlık	49	46,1396	12,50497
Karşı Cinsle İlişkiler	49	43,3250	8,76098

Gösteriş	49	47,9435	8,54809
Bağımsızlık	49	43,5127	5,77795
Saldırganlık	49	43,7829	9,01062
Değişiklik	49	43,6115	6,69748
İlgi Görme	49	47,4127	7,86064
Kendini Suçlama	49	55,3487	8,56365
Uyarlık	49	54,4236	6,61906
Danışmaya Hazır oluş	49	47,2831	7,89485
Otokontrol	49	55,2514	6,02428
Özgüven	49	46,5690	8,56628
Kişisel Uyum	49	50,0217	8,57016
İdeal benlik	49	48,0324	10,77765
Yaratıcı Kişilik	49	48,2641	8,71253
Askeri Liderlik	49	48,3570	7,51011
Erkeksi Özellikler	49	44,7234	8,99825
Kadınsı Özellikler	49	42,5657	11,49161

Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan ACL Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları Tablo 4.53’de verilmiştir. Analiz sonuçlarına göre en yüksek aritmetik ortalamaya sahip beş alt ölçek, Kendini Suçlama (55,35), Otokontrol (55,25), Uyarlık (54,42), Düzen (54,01) ve Şefkat Gösterme (50,77) olmuştur.

4.4. Araştırmanın Sürekli Değişkenleri Olan Sıfat Listesi Ölçeği(ACL)(Adjective Check List) ve Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Puanları arasındaki İlişkilere Yönelik Bulgular

Araştırmanın son aşamasında, sürekli bağımsız değişken olan Sıfat Listesi Ölçeği(ACL) alt boyutları ile sürekli bağımlı değişken olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyutları arasındaki ilişkiler incelenmiştir. Her iki ölçeğin dağılımlarının normal olması nedeniyle, ölçekler arasındaki ilişkinin

hesaplanmasında Pearson Çarpım Momentler Tekniği kullanılmış ve ilişki katsayıları bulunmuştur.

Tablo 4.48. Sifat Listesi Ölçeği(ACL) Alt Boyutları İle Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasında Hesaplanan Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Katsayıları

ACL	ZARİT BAKICI YÜK ÖLÇEĞİ											
	Toplam		Ruhsal Gerginlik		Sinirlilik		Toplumsal ilişkilerde Bozulma		Ekonomik Yetersizlik		Bağımlılık	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	P
Başarma	- ,29 0	,048*	- ,30 9	,035*	- ,15 3	,303	- ,21 5	,147	- ,20 5	,166	- ,37 3	,010*
Başatlık	- ,35 6	,014*	- ,37 4	,010*	- ,28 9	,050*	- ,24 0	,104	- ,28 7	,050*	- ,32 2	,027*
Sebat	- ,14 1	,344	- ,16 7	,263	- ,03 7	,806	- ,07 3	,624	- ,10 6	,479	- ,22 3	,132
Düzen	- ,14 0	,349	- ,17 1	,251	- ,02 1	,889	- ,12 7	,394	- ,03 4	,820	- ,25 4	,085
Duyguları	-	,088	-	,044*	-	,193	-	,123	-	,384	-	,290

Anlama	,25		,29		,19		,22		,13		15	
	1		5		3		8		0		7	
Şefkat	-		-		-		-		-		,00	
Gösterme	,19	,185	,24	,096	,17	,249	,22	,126	,08	,560	,00	,957
	7		6		2		6		7		8	
Yakınlık	-		-		-		-		,09		,06	
	,11	,433	,20	,172	,10	,484	,20	,168	,09	,520	,06	,675
	7		3		5		4		6		3	
Ka.Ci	-		-		-		-		-		-	
	,13	,378	,17	,247	,13	,354	,09	,533	,06	,670	,01	,904
	1		2		8		3		4		8	
Gösteriş	-		-		-		-		-		-	
	,35	,014*	,35	,013*	,31	,033*	,26	,068	,26	,072	,32	,027*
	6		9		1		9		5		3	
Bağımsızlık	-		-		-		-		,01		-	
	,28	,050*	,28	,050*	,43	,002*	,37	,010*	,01	,934	,14	,320
	8		7		2	*	4	*	2		8	
Saldırganlık	-		-		-		-		-		-	
	,09	,517	,06	,689	,13	,362	,06	,657	,09	,541	,12	,422
	7		0		6		7		1		0	
Değişiklik	-	,522	-	,283	-	,422	-	,105	,11	,457	,14	,342

	,09 6		,16 0		,12 0		,23 9		1		2	
İlgi Görme	,20 6	,165	,14 0	,348	,09 8	,514	,16 2	,277	,25 4	,084	,35 3	,015*
Kendini Suçlama	,39 7	,006* *	,35 5	,014*	,36 8	,011*	,34 7	,017*	,32 5	,026 *	,35 8	,013*
Uyarlık	,14 9	,318	,13 7	,357	,15 3	,303	,14 5	,332	,05 8	,697	,18 0	,225
DHO	,05 5	,713	,13 6	,362	,05 6	,708	,08 3	,578	- ,08 6	,563	- ,08 6	,566
Otokontr ol	,29 3	,044* *	,27 1	,065	,27 9	,058	,26 8	,069	,18 6	,209	,21 0	,156
Özgüven	- ,28 9	,050* *	- ,29 6	,044* *	- ,19 5	,188	- ,26 0	,077	- ,17 3	,246	- ,27 7	,059
Kişisel Uyum	,03 0	,843	- ,01 9	,899	,06 7	,654	,06 1	,686	,02 6	,861	,06 6	,661

İdeal Benlik	- ,42 2	,003* *	- ,41 8	,003* *	- ,30 7	036*	- ,29 8	,042*	- ,36 7	,011 *	- ,44 0	,002* *
Yaratıcı kişilik	- ,30 2	,039* *	- ,29 1	,047* *	- ,20 0	,178	- ,25 9	,079	- ,26 5	,072	- ,29 2	,047* *
Askeri Liderlik	- ,05 3	,724	- ,08 1	,590	,11 6	,438	,01 9	,899	- ,11 3	,450	- ,16 2	,278
Erkeksi Özellikler	- ,36 5	,012* *	- ,42 0	,003* *	- ,29 6	,043*	- ,39 8	,006* *	- ,09 9	,510	- ,28 7	,050* *
Kadınsı Özellikler	,03 1	,837	- ,08 6	,564	- ,02 5	,869	,04 0	,791	,15 5	,298	,25 2	,087

*p<,05 **p<,01 ***p<,001

Zarit Bakıcı Yükü Toplam Puanları ile ACL Başarma (p<,05), Başatlık (p<,05), Gösteriş (p<,05), Bağımsızlık (p<,05), Özgüven (p<,05), İdeal Benlik (p<,01), Yaratıcı Kişilik (p<,05), Erkeksi Özellikler (p<,05) arasında negatif yönde; Kendini Suçlama (p<,01), Otokontrol (p<,05) alt boyutları arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Bakıcıların kendini suçlama ve otokontrol özellikleri yükseldikçe, bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların başarma, başatlık, gösteriş, bağımsızlık, özgüven, ideal benlik, yaratıcı kişilik ve erkeksi özellikleri arttıkça bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Ruhsal Gerginlik alt boyut puanları ile ACL Başarma ($p<,05$), Başatlık ($p<,05$), Duyguları anlama ($p<,05$), Gösteriş ($p<,05$), Bağımsızlık ($p<,05$), Özgüven ($p<,05$), İdeal Benlik ($p<,01$), Yaratıcı Kişilik ($p<,05$), Erkeksi Özellikler ($p<,01$) arasında negatif yönde; Kendini Suçlama ($p<,01$) alt boyutu arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Bakıcıların kendini suçlama özellikleri yükseldikçe, ruhsal gerginliğe dayalı bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların başarıma, başatlık, duyguları anlama, gösteriş, bağımsızlık, özgüven, ideal benlik, yaratıcı kişilik ve erkeksi özellikleri arttıkça ruhsal gerginliğe dayalı bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Sinirlilik alt boyut puanları ile ACL Başatlık ($p<,05$), Gösteriş ($p<,05$), Bağımsızlık ($p<,01$), İdeal Benlik($p<,01$), Erkeksi Özellikler ($p<,05$) arasında negatif yönde; Kendini Suçlama ($p<,05$) alt boyutu arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Bakıcıların kendini suçlama özellikleri yükseldikçe, sinirliliğe dayalı bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların başatlık, gösteriş, bağımsızlık, ideal benlik, ve erkeksi özellikleri arttıkça sinirliliğe dayalı bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Toplumsal İlişkilerde bozulma alt boyut puanları ile ACL Bağımsızlık ($p<,01$), İdeal Benlik ($p<,05$), Erkeksi Özellikler ($p<,01$) arasında negatif yönde; Kendini Suçlama ($p<,05$), alt boyutu arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Bakıcıların kendini suçlama özellikleri yükseldikçe, toplumsal ilişkilerde bozulmaya dayalı bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların bağımsızlık, ideal benlik, ve erkeksi özellikleri arttıkça toplumsal ilişkilerde bozulmaya dayalı bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Ekonomik Yetersizlik alt boyut puanları ile ACL Başatlık ($p<,05$), İdeal Benlik ($p<,05$) özellikleri arasında negatif yönde; Kendini Suçlama ($p<,05$) alt boyutu arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Bakıcıların kendini suçlama özellikleri yükseldikçe, ekonomik yetersizliğe dayalı bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların başatlık ve ideal benlik özellikleri arttıkça ekonomik yetersizliğe dayalı bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Bağımlılık alt boyut puanları ile ACL Başarma ($p<,01$), Başatlık ($p<,05$), Gösteriş ($p<,05$), İdeal Benlik ($p<,01$), Yaratıcı Kişilik ($p<,05$), Erkeksi Özellikler ($p<,05$) arasında negatif yönde; Kendini Suçlama ($p<,05$) ve İlgi Görme ($p<,05$) alt boyutu arasında ise pozitif yönde anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Bakıcıların kendini suçlama ve ilgi görme özellikleri yükseldikçe, bağımlılığa dayalı bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların başarıma, başatlık, gösteriş, bağımsızlık, ideal benlik, yaratıcı kişilik ve erkeksi özellikleri arttıkça bağımlılığa dayalı bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

ACL kendini suçlama özelliği ile Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve tüm alt boyut puanları arasında pozitif korelasyon bulunması araştırmanın en önemli bulgularından biridir. Diğer önemli bir bulgu ise; ACL'nin İdeal Benlik özelliği ile Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve tüm alt boyut puanları arasında negatif korelasyon bulunmasıdır.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Yapılan analizler sonucunda; 30-39 yaş grubunun bağımlılığı, 20-29 yaş grubundan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<,05$). 50-59 yaş grubunun toplam puanları, 20-29 yaş grubundan daha yüksektir ($p<,05$). 60-69 yaş grubunun bağımlılığı, 20-29 yaş grubundan daha yüksektir ($p<,05$). 50-59 yaş grubunun toplam puanları, 40-49 yaş grubundan daha yüksektir($p<,05$).60-69 yaş grubunun bağımlılığı, 40-49 yaş grubundan daha yüksektir ($p<,05$).

İlkokul mezunlarının ekonomik, bağımlılık ve toplam puanları, okuryazar olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<,05$). İlkokul mezunlarının ekonomik puanları ortaokul mezunu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<,05$). İlkokul mezunlarının toplam puanları lise mezunu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<,05$). İlkokul mezunlarının ekonomik, bağımlılık ve toplam puanları,

ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<,05$).

Evli olanların toplumsal ilişkilerde bozulma puanları, bekar ve boşanmış olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<,01$). Eşi vefat eden bakıcıların bağımlılık puanları, evli bakıcılardan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<,059$). Eşi vefat eden bakıcıların bağımlılık ve toplam puanları, bekar bakıcılardan anlamlı derecede daha yüksektir ($p<,05$). Eşi vefat eden bakıcıların toplumsal ilişkilerde bozuma ($p<,01$),bağımlılık ($p<05$) ve toplam ($p<,05$) puanları, boşanmış bakıcılardan anlamlı derecede daha yüksektir.

Aylık geliri 1001-2000TL olanların ekonomik yük ve bağımlılık puanları, aylık geliri 2001-3000 TL olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

Hastaya tanı konma zamanı 1-5 yıl arasında olan bakıcıların, sinirlilik/yaşam kalitesinde bozulma ve bağımlılığa dayalı bakım yükü şiddeti, hastaya tanı konma zamanı 5 yıldan fazla olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

İntihar girişiminde bulunmuş psikoz tanısı almış hastaların bakıcılarının sinirlilik/yaşam kalitesinde bozulmaya dayalı bakım yükü şiddeti, intihar girişiminde bulunmamış olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

Hastaneye hiç yatmamış psikoz tanısı konmuş hastaların bakıcılarının sinirlilik/yaşam kalitesinde bozulmaya dayalı bakım yükü şiddeti, hastaneye yatmış olanlardan anlamlı derecede daha yüksektir.

Bakıcıların kendini suçlama ve otokontrol özellikleri yükseldikçe, bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların başarma, başatlık, gösteriş, bağımsızlık, özgüven, ideal benlik, yaratıcı kişilik ve erkeksi özellikleri arttıkça bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

Bakıcıların kendini suçlama özellikleri yükseldikçe, ruhsal gerginliğe dayalı bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların başarıma, başatlık, duyguları anlama, gösteriş, bağımsızlık, özgüven, ideal benlik, yaratıcı kişilik ve erkeksi özellikleri arttıkça ruhsal gerginliğe dayalı bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

Bakıcıların kendini suçlama özellikleri yükseldikçe, sinirliliğe dayalı bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların başatlık, gösteriş, bağımsızlık, ideal benlik ve erkeksi özellikleri arttıkça sinirliliğe dayalı bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

Bakıcıların kendini suçlama özellikleri yükseldikçe, toplumsal ilişkilerde bozulmaya dayalı bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların bağımsızlık, ideal benlik, ve erkeksi özellikleri arttıkça toplumsal ilişkilerde bozulmaya dayalı bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

Bakıcıların kendini suçlama özellikleri yükseldikçe, ekonomik yetersizliğe dayalı bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların başatlık ve ideal benlik özellikleri arttıkça ekonomik yetersizliğe dayalı bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

Bakıcıların kendini suçlama ve ilgi görme özellikleri yükseldikçe, bağımlılığa dayalı bakıcı yük şiddetleri de yükselmektedir. Bakıcıların başarıma, başatlık, gösteriş, bağımsızlık, ideal benlik, yaratıcı kişilik ve erkeksi özellikleri arttıkça bağımlılığa dayalı bakıcı yükü şiddetleri azalmaktadır.

Bakıcıların ACL kişilik testinde en yüksek puanları aldıkları alt boyutlar sırası ile Kendini Suçlama, Otokontrol, Uyarlık, Düzen ve Şefkat Gösterme olmuştur. Bu sonuçlar bakıcıların kişilik özelliklerinde düzenli olmanın, şefkat göstermenin ortak noktalar olduğunu göstermiştir.

Kendini suçlama; kaygıları ve iç gerilimleri bedensel belirtilerle ortaya çıkar. Hassastır, eleştiri ya da küçük düşürücü olarak yorumlanabilecek her türlü davranışa karşı duyarlıdır. Çekingendir, üzerinde baskı ve üstünlük kurulmasına ses çıkarmaz. İçedönüktür. İlgi nesnelere yine kendileridir. Başkalarında şefkat duyguları uyandırır.

Hayal kırıklığı ve güçsüzlükler karşısında vazgeçer ve geri çekilir. Gerçek olsun olmasın her türlü tehlikeden ürker, korkaktır. Savunma sistemi zayıftır. Gerilim ya da şok karşısında bozguna uğrar ve uyumsuzluk gösterir. Sık sık fantazilere ve hayallere dalar, gerçek dışı düşüncelere kapılır. Kendini suçlu hissetmeye hazırdır. Temelde kaygılı bir yapısı vardır. Pek az istekleri olan, başkalarının istek ve arzularına boyun eğen ve her ne pahasına olursa olsun çatışmalardan kaçınan kişilerdir. Toplumsal yaşama endişe ve karamsarlıkla bakarlar ve başkalarını kendilerinden daha güçlü, etkili ve başarıyı daha çok hak eden kişiler olarak görürler.

Otokontrol; güvenilir ve sorumluluk sahibidir. Belirsizlik ve karmaşa karşısında rahatsızlık duyar. Kolay etki altında kalır. Üzerinde baskı ve üstünlük kurulmasına ses çıkarmaz. Dürtü ve gereksinimlerini aşırı kontrol altına alma eğilimindedir. Aşırı gerilim altına girer. Gereksinimlerini karşılamayı gereksiz yere erteler. Pek çok alanda geleneksel değerleri tercih eder. Geleneksel değerleri yaşatan ortamlarda daha rahat uyum sağlar. Duygusal bakımdan durgun ve renksiz bir yaşantısı vardır. Ciddiyet, çalışkanlık ve işine bağlılık gibi özelliklerden dolayı beğenilen kişilerdir. Fakat bu olumlu özelliklere, kişiliğin bağımsız gelişimi ve içtenlik feda edilmiş gibidir.

Uyarlık; alçakgönüllü, vicdan sahibi ve sabırlı bir kişidir. Kendisine karşı olan saygısını yitirmeden, başkalarının kararlarına uyan ve saygı gösteren bu kişi, ortaklaşa yapılan ve kişilerarası ilişkilerde galip gelme mücadelesinin olmadığı işleri tercih eder.

Düzen; çalışma ve özel yaşamında titizdir ve dikkatli çalışır. Zor beğenen bir kişidir. Pek çok alanda geleneksel değerleri tercih eder. Geleneksel değerleri yaşatan ortamlarda daha rahat uyum sağlar. Ahlakçıdır, geleneksel değerler doğrultusunda insanları yargılama eğilimindedir. Nesnel ve akılcı olmakla övünür. Gerçekçidir; yaşamında hayallere ve gerçeğe dışı düşüncelere yer yoktur. Dürtü ve gereksinimlerini aşırı kontrol altına tutmaya meyillidir. Aşırı gerilim altındadır. İhtiyaçlarını karşılamaktan kendini gereksiz yere alıkoyar. Bunun sonucu olarak saplantılı ve takıntılı düşünceler geliştirir. Kişinin toplumsal kişilik yapısı bireysel kişilik yapısına

göre daha fazla gelişmiştir. Kişinin kendisine koymuş olduğu bu katı kurallar onun yaşamdan yeterince zevk almasını engeller. Nesnel ve akılcı olma peşinde, dürtülerini kontrol etmede katı ve amaçlarını gerçekleştirmek için tuttuğu yoldan sapmayan bir kişidir. Değişikliklere kolay katlanamaz, değişimleri ve yenilikleri hoş karşılamaz. Disiplin ve gayret gerektiren işleri tercih eder. Kişinin kendisine koymuş olduğu bu katı kurallar onun yaşamdan yeterince zevk almasını engeller. Tutum ve davranışları tutarlıdır. Olaylar karşısındaki tepkileri önceden tatmin edilebilir.

Şefkat gösterme; başkaları ile ilişkilerinde vericidir. Yakınlarına karşı koruyucudur. Anlayışlı ve paylaşımcı bir şekilde davranır. İnsanlara fazla güvenir ve bazen de bu güveni kötüye kullanılabilir. Diğer insanların davranışlarından etkilenir. Başkalarında sevgi ve beğeni uyandırır. İnsanlar problem yaşadıkları zaman tavsiye ve güvence için ona başvururlar. Sıcakkanlıdır. Yakın ilişkiler kurabilir, sevecendir. Başkalarıyla birlikte olmaktan hoşlanır. Neşeli ve hareketlidir. Ahlaki olarak kararlı ve tutarlı davranır. Kişisel standartlarını korur ve aynen sürdürür. İnsanları seven, uyumlu, sade ve becerikli toplumsal davranışlara sahip, mizaç olarak anlayışlı ve destekleyicidir.

Kaygıları ve iç gerilimleri bedensel belirtilerle ortaya çıkan, hassas, eleştiri yada küçük düşürücü olarak yorumlanabilecek her türlü davranışa karşı duyarlı, çekingen, üzerinde baskı ve üstünlük kurulmasına ses çıkarmayan, içedönük, başkalarında şefkat duyguları uyandıran, hayal kırıklığı ve güçsüzlükler karşısında vazgeçip geri çekilen, sık sık fantazilere ve hayallere dalan, kaygılı bir yapısı olan kişilerin bakıcı yük şiddet dereceleri çok yüksektir.

İlgi alanı geniş, üretken, işlerini çabuk halleden, yüksek idealleri olan, toplum içinde belirli ve etkin bir rolü olan, insan içinde rahat davranan, kendisine çok güvendiği için başkalarına da aynı yönde tavsiyelerde bulunma eğiliminde olan, kendine özgü bir yaşam felsefesi olan, düşüncelerini değiştirmenin zor olduğu kişilerin bakıcı yük şiddet dereceleri oldukça düşüktür.

Literatürdekinden farklı olarak kişilik alt boyutları bakıcı yükü açısından anlamlı farklılıklar yaratmamıştır. Bunun arkasındaki nedenlerden biri örneklemin küçüklüğü olabilir.

6. KAYNAK

American Psychiatric Association (2000). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®**. American Psychiatric Pub. ISBN 978-0-89042-025-6

Amerikan Psikiyatri Birliği (2000).**Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı**, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IVTR) (Çev.ed: E.Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007

Askey ve ark (2007).**Family work in first-onset psychosis: a literature review**. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. Vol;14-4.

Arslantaş H, Adana F. **Şizofreninin bakım verenlere yükü**. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3: 251-77.

Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY(2011). **Kronik hastalarda bakımveren yükü**. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011; 3:513-552.

Ceylan M.E(1996). **Şizofreni: Genel Bir Bakış**. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 1(4),

Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM. **The mental health of informal caregivers in Ontario : An epidemiological survey**. Am J Public Health 1997; 87:2002-8.

Çetinkaya Duman Z, Bademli K(2013). **Kronik Psikiatri Hastalarının Aileleri : Sistematik bir inceleme.** Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013; 5:78-94.

Doğan O ve ark(2002). **Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar:** Aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi.

Enoch D, Ball H(2002). **Az rastlanır psikiyatrik sendromlar.** Büyükkal B (Çeviri Ed.), İstanbul: Okuyan Us Yayınları, Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. **The burden of care : the impact of functional psychiatric illness on the patient's family.** Br J Psychiatry 1987; 150 :285-92

Gibbons JS, Horn SH, Powell JM, Gibbons JL. **Schizophrenic patients and their families : A survey in a psychiatric service based on a DGH unit.** British Journal of Psychiatry 1984; 144:70-77.

Gutierrez – Maldonado J, Caqueo – Urizar A. **The effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia.** Qual Life Res 2007; 16:739-47.

Gülseren L, Coşkun S, Gülseren Ş ve ark. (1999) **Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konan hastalar ile ailelerinde aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma.** 3 P Dergisi, 7.

Jacqueline MA, Denise AC(1995) **Families coping with schizophrenia.** Chichester. England. John Wiley & Sons;

Kaplan & Sadock(2005). **Klinik Psikiyatri,** Synopsis of Psychiatry Ninth edition.'den. 2. baskı. Çeviri editörü: Hamdullah Aydın, İstanbul, Güneş Kitabevi .

Karataş Z. (2011).**Evde Bakım Hizmeti Sunan Aile Bireyi Bakıcıların Moral ve Manevi Değerlerinin Başa Çıkmadaki Etkisi.** Rize Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.Yüksek lisans tezi.

Kaya Yunus(2013). **Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü**. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi.

Kırpınar İ(2002). **Psikiyatrik Hastalarda Paramedikal İyileştiriciler ve Psikoterapiye Etkisi**. IX. Anadolu Psikiyatri Günleri. Kongre Özet Kitabı, 5-8 Haziran, Adana, s. 27-28.

Koptagel-İlal G.(2001). **Davranış Bilimleri Tıpsal Psikoloji**. 4.baskı. Nobel Tıp Kitabevleri.

Köroğlu E, Güleç C(2007). Psikiyatri Temel Kitabı, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Ocaktan M, Özdemir O, Akdur R(2004). **Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri**. Kriz Dergisi. 2004; 12(2): 63-73.

Özer, S. (2010). **Kalp Yetersizliğinde Aile/Bakım Verici Yükü**. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 1(1)

Özlu A, Yıldız M, Aker T(2009) . **Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması**. Nöropsikiyatri Arşivi 2009; 46(özel sayı):38-42.

Öztürk O, Uluşahin A(2008). **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**. 11.basım. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri.

Platt, 1985; Platt, S. (1985). **Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales**. Psychology Medicine, 15, 383-393.

Roick C, Heider D, Bebbington PE, Angermeyer MC, Azorin JM, Brugha TS et al. **Burden on caregivers of people with Schizophrenia : Comparison between Germany and Britain.** Br J Psychiatry 2007; 190 :333-338.

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

Sales E(2003). **Family burden and quality of life.** Qual Life Res 2003; 12 (suppl 1) : 33-41.

Savran C. (1993). Sıfat Listesinin (ACL) **Türkiye Koşullarına Uygun Dilsel Eşdeğerlilik, Geçerlilik, Güvenirlilik, Norm Çalışması ve Örnek Bir Uygulama.** Yayınlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı. İstanbul.

Schene AH, van Wijngaarden B, Koeter MWJ. **Family Caregiving in Schizophrenia : domains and distress.** Schizophrenia Bulletin 1998; 24:609-618.

Setsuko Hanzawa S, Tanaka G, Inadomi H, Urata M, Ohta Y(2008). **Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan.** Psychiatry and Clinical Neurosciences Volume 62, Issue 3, pages 256–263, June 2008.

T.C.Sağlık Bakanlığı.(2007). **21 Hedefte Türkiye Sağlıkta Gelecek.** Sağlık Bakanlığı Ağ Sitesi: http://ekutuphane.tusak.gov.tr/kitaplar/21_hedefte_turkiye_saglikta_gelecek. Pdf Erişim Tarihi: 05.01.2014

Winefield HR, Harvey E J. **Needs of family caregivers in chronic schizophrenia.** Schizophr Bull 1994; 20: 557-66.

World Health Organization.(2003). **Investing in Mental Health,** http://www.who.int/mental_health/en/investing_in_mnh_final.pdf,

Wunderink A., Kaymaz N(2002)., Şizofreni **nedenleri, sonuçlar ve tedavisi.**

Yusuf AJ, Nuhu FT. **Factors Associated with Emotional Distress Among Caregivers of Patients with Schizophrenia in Katsina, Nigeria.** Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2011; 46:11-6.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. **Relatives of the impaired elderly : correlates of feelings of burden.** Gerontologist 1980; 20:649-55.

<http://www.keremdoksat.com/index.php/entry/sizofreni>

7. SİMGELER VE KISALTMALAR

ACL-Adjective Check List (Sıfat Listesi)

Ark., - Arkadaşları

Ka.Ci- Karşı Cinsle ilişkiler

ZBYÖ- Zarit Bakım Veren Yük Ölçeği

8. EKLER

EK 1

ZARİT BAKICI YÜK ÖLÇEĞİ

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

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça Sık	Neredeyse Her zaman
1. Yakınınzla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2. Yakınızın bakma ve aileniz yada işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3. Yakınınzla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4. Yakınınzın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5. Yakınınzın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
6. Yakınınzın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7. Yakınınzla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5

8. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissedermisiniz?	1	2	3	4	5
9. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10. Yakınına bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissedermisiniz?	1	2	3	4	5
11. Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duymısınız?	1	2	3	4	5
12. Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hissedermisiniz?	1	2	3	4	5
13. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınına bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14. Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissedermisiniz?	1	2	3	4	5
15. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16. Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hissedermisiniz?	1	2	3	4	5
	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça Sık	Neredeyse Her zaman

17. Yakınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18. Yakınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabildim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19. Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

EK2

BAKICI İÇİN DEMOGRAFİK BİLGİLER ANKETİ

Bu anket, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Klinik Psikoloji bölümünde yüksek lisans öğrencisi olan Psikolog Nur Dinçer Genç tarafından, psikiyatri kliniğine başvuran hastalara bakım veren kişilerin kişilik özellikleri ve bakıcı yükleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan tez çalışması için oluşturulmuştur. Anketi cevaplarken elinizden geldiğince doğru bir şekilde yanıtlamanız araştırmamızın sonuçları açısından önemlidir. Verdiğiniz tüm bilgiler sadece araştırmacılar tarafından görülecek, bilgileriniz gizli tutulacak, isminiz ve kişisel bilgileriniz saklı kalacaktır. Araştırmamıza yaptığınız değerli katkılarınız için teşekkür ederiz.

BAKIM VEREN KİŞİNİN YAŞI :

BAKIM VEREN KİŞİNİN CİNSİYETİ: Erkek Kadın

EĞİTİM DURUMU

Okuryazar değil
Mezunu

Okuryazar

İlkokul

- Ortaokul Mezunu Lise Mezunu
Üniversite Mezunu
 Yüksek Lisans ve üstü mezunu

MEDENİ DURUM

- Evli
 Bekar
 Boşanmış
 Eş vefat

İŞ YAŞAMI :

- Çalışıyor Çalışmıyor Emekli

Çalışıyor ise:

- Memur
 Serbest meslek
 İşçi
 Diğer: _____

ÇOCUK SAYISI

- Tek çocuk 2 çocuk İkiz 3 ve üzeri çocuk

AİLENİN TOPLAM AYLIK GELİR DÜZEYİ

- 1000 TL ve altı 1001 TL-2000 TL
 2001 TL-3000 TL 3001 TL ve üzeri

AİLEDE KLİNİK TANİ KONMUŞ BAŞKA BİREY VAR MI? : ()

Evet ()Hayır

VARSA TANISI:

HASTANIZIN BAKIMINDA SİZE EVDE /HASTAHANEDEN BAŞKA YARDIMCI OLAN VAR MI?

() Evet ()Hayır

VARSA KİM?

- Eşi
 Kardeşi
 Anne – baba
 Çocukları
 Diğer.....
-

BAKIM VERDİĞİNİZ HASTA İLE YAKINLIK DERECESENİZ:

- Eşi
 Kardeşi
 Anne – baba
 Çocuk
 Diğer.....
-

HASTAYA NE KADAR SÜREDİR BAKIM VERMEKTESİNİZ?

- 1 Yııldan az 1 -5 yıl arası 5-10 yıl arası 10 yıldan fazla
-

BAKIM VEREN KİŞİ OLARAK İLAÇ DESTEĞİ YA DA TERAPİ ALIYORMUSUNUZ?

() Evet ()Hayır

ALİYORSANIZ:

İlaç Terapi

EK3

Psikoz..... TANISI KONMUŞ BİREYLER İÇİN HASTALIK BİLGİ ANKETİ

HASTANIN YAŞI :

HASTANIN CİNSİYETİ: Erkek Kadın

EĞİTİM DURUMU

Okuryazar değil Okuryazar İlkokul
Mezunu
 Ortaokul Mezunu Lise Mezunu
Üniversite Mezunu
 Yüksek Lisans ve üstü mezunu

MEDENİ DURUM

Evli
 Bekar
 Boşanmış
 Eş vefat

İŞ YAŞAMI :

HASTA TANI KONMADAN ÖNCE ÇALIŞIYORMUYDU?

Çalışıyor Çalışmıyor Emekli

HASTA HALEN ÇALIŞIYORMU? ()

Evet ()Hayır

Çalışıyor ise:

Memur

Serbest meslek

İşçi

Diğer: _____

AYLIK GELİR DÜZEYİ

1000 TL ve altı

1001 TL-2000 TL

2001 TL-3000 TL

3001 TL ve üzeri

HASTANIN TANISI :

TANISI NE ZAMAN KONMUŞTUR?

HASTAHANEDE NE KADAR SÜREDİR YATMAKTADIR?

HASTAHANEDE KAÇ KEZ YATMIŞTIR?

AYAKTAN(YATMADAN) TEDAVİ OLUYORSA NE KADAR SÜREDİR?

İNTİHAR GİRİŞİMİ OLDU MU ? () Evet ()Hayır

OLDUYSA KAÇ KEZ DENEDİ?

SALDIRGAN DAVRANIŞLARI VAR MI? () Evet ()Hayır

ADLİ BİR SUÇ İŞLEDİ Mİ ? () Evet ()Hayır

ARAŞTIRMAYA GÖNÜLLÜ OLARAK KATILDIM VE ANKETLERİ
DOLDURDUM.

Anketi dolduran kişinin adı- soyadı:

Hastanın adı- soyadı:

Anketin doldurulduğu tarih:

EK4

ACL KİŞİLİK TESTİ

1Acelesi	51	Dalgın	101	Gürültücü	151	Kadını	201	Neşeli	251	Sosyal
2Acesiz	52	Dayanıklı	102	Güvenilir	152	Kaprisli	202	Nükteli	252	Suskun
3Acımasız	53	Değişken	103	Güvenilmez	153	Karmaşık	203	Olgun	253	Şakacı
4Açgözlü	54	Değişken huylu	104	Güvenli	154	Kararsız	204	Ölçülü	254	Şen
5Açık düşünceli	55	Delidolu	105	Güzel	155	Katı	205	Önyargılı	255	Şikayetçi
6Ağırbaşlı	56	Dengeli,	106	Hakkını arayan Halinden memnun	156	Kavgacı	206	Övgücü	256	Şüpheli
7Ağzı sıkı	57	Dengesiz	107	Hassas	157	Kayıtsız Kendi çıkarlarını gözetemeyen	207	Özenli	257	Talepkar
8Akılcı	58	Derbeder Derin düşünceli	108	Haşarı	158	Kendinden emin	208	Özgün	258	Tedbirli
9Akıllı	59	Dırdırcı	109	Hayalci	159	Kendine güvenen Kendini inkar eden Kendini cezalandıran Kendini beğenmiş	209	Palavracı Pasif	259	Tedirgin
10Akılsız	60	Dışadönük	110	Hayalperest	160	Keşfedici	210	Kişilikli	260	Telaşlı
11Akıllı başında	61	Dişi	111	Hazırcevap	161	Keyfine düşkün	211	Patavatsız	261	Tembel
12Akıllı karışık	62	Dikkati dağınık	112	Hevesli	162	Kıymet bilen	212	Patırtıcı	262	Terbiyeli
13Aksi	63	Dikkatli	113	Hesaplı	163	Kibarlık düşkünlü	213	Planlı Pratik zekalı	263	
14Alaycı	64	Dikkatsiz	114	Hoş	164	Kin güden Kişiliği tam oturmamış	214	Rahat	264	
15Alçak gönüllü	65	Diktatör	115	Hoşgörülü	165	Kıymet bilen	215	Resmi Resmi olmayan	265	
16Alışılma mış	66	Doğal	116	Hoşgörüsüz	166	Kibar	216	Sabırsız	266	
17Alıngan	67	Doğru sözlü	117	Hırslı	167	Kibarlık düşkünlü	217	Sadık	267	
18Anlayışlı	68	Dolanbaçlı Dost canlısı	118	Hırssız	168	Kibirli	218	Sağduyulu	268	
19Arkadaş canlısı	69	Duygusal	119	Hilekar	169	Kibirsiz	219	Sağlıklı	269	
20Asi	70	Duygusal olmayan	120	Hislerine hakim	170	Kin güden Kişiliği tam oturmamış	220	Sakin	270	
21Azimli	71	Duygusuz	121	Hoş	171	Kin güden Kişiliği tam oturmamış	221	Saldırgan	271	
22Bağımlı	72	Dürüst	122	Hoşgörülü	172	Kolay etkilenen Kolay heyecanlanmaz	222	Samimi Sanata yatkın	272	
23Bağımsız	73	Düşünceli	123	Hoşnutsuz	173	Konuşkan	223	Savunucu	273	
24Bakımlı	74	Düşünceli	124	Hünerli	174	Konuşkan	224	Savunucu	274	
25Barışçı	75	Düşünceli	125	Hünerli	175	Konuşkan	225	Savunucu	275	
26Basiretli	76	Düşünceli	126	Hünerli	176	Konuşkan	226	Savunucu	276	
27Baskın	77	Düşünceli	127	İlimli	177	Konuşkan	227	Savunucu	277	

28Başkaları nın haklarına saygılı	78	Düşünmeden davranan	128	Israrcı	178	Kontrollü	228	Savurgan	278
29Batıl inançlı	79	Düşmanca	129	İçgörülü	179	Korkak	229	Saygılı	279
30Bencil	80	Egoist	130	İçe kapanık	180	Korkusuz	230	Saygısız	280
31Ben Merkezci	81	Eleştirici	131	İçten	181	Kötümser	231	Sebatlı	281
32Bezgin	82	Eliçabuk	132	İdareli	182	Kurnaz	232	Sebatsız	282
33Bilge	83	Eli sıkı	133	İdealist	183	Kuruntulu	233	Seksi	283
34Bireysel	84	Emin	134	İğneleyici	184	Kuvvetli	234	Sempatik	284
35Candan	85	Endişeli	135	İhtiyatlı	185	Kültürlü	235	Serbest	285
36Cazibeli	86	Enerjik	136	İlerici	186	Küstah	236	Sert	286
37Cesur	87	Erkeksi	137	İleriyi gören	187	Maceracı	237	Sessiz	287
38Ciddi	88	Faal	138	İlgi alanı dar	188	Makul	238	Sevecen	288
39Cin fikirli	89	Fırsatçı Fikrinden dönmeyen	139	İlgi alanı geniş	189	Mantıklı	239	Sevimli	289
40Cömert	90	Garip Geleneklere uymayan	140	İlgisiz	190	Meraklı	240	Sıcak kanlı	290
41Cüretli	91	Gariplik	141	İnatçı	191	Merhametli	241	Sihhatli	291
42Çalışkan	92	Geleneksel	142	İnsafsız	192	Merhametsiz	242	Sıkıcı	292
43Çekingen	93	Geleneksel	143	İstikrarlı	193	Mesafeli	243	Sıkılgan	293
44Çenesi düşük	94	Gerçekçi	144	İşbilir	194	Mızımız	244	Sıradan	294
45Çirkin	95	Gergin	145	İşbirliğine yatkın	195	Münakaşacı	245	Sinirli	295
46Çocuksu	96	Girişimci	146	İşveli	196	Münasebetsiz	246	Sistemli	296
47Çok sinirli	97	Girişken	147	İtaatkar	197	Mütevazı	247	Soğuk	297
48Çok yönlü	98	Gösterişçi	148	İyi huylu	198	Namus delisi	248	Soğukkanlı	298
49Dağınık	99	Gücenik	149	İyimser	199	Nankör	249	Sorumlu	299
50Dakik	100	Güçlü	150	Kaba	200	Nazik	250	Sorumsuz	300

Tablo 4.1. Bakıcı ve Hasta Yaş Grubuna Ait Frekans ve Yüzdeler Dağılımları

Tablo 4.2. Bakıcı ve Hasta Cinsiyet Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.3. Bakıcı Eğitim Düzeyine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.4. Bakıcı ve Hasta Medeni Durum Düzeyine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.5. Bakıcı Çalışma Durumuna Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.6. Bakıcı Çocuk Sayısına Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.7. Bakıcı Ekonomik Gelire Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.8. Bakıcının Ailesinde Klinik Tanı Almış Olma Durumuna Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.9. Bakıcının Ailesinde Klinik Tanı Almış Olanların Tanı Türüne Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.10. Bakıcıya Yardımcı Olan Kişinin Bulunma Durumuna Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.11. Bakıcının Hastaya Yakınlık Derecesine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.12. Bakıcının Hastaya Bakım Süresine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.13. Bakıcının İlaç Kullanma veya Terapi Alma Durumuna Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.14. Hastaya Tanı Konma Zamanı Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.15. Hastanın Hastanede Yatma Durumuna Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.16. Hastanın Ayakta Tedavi Olma Süresine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımı

Tablo 4.17. Hastanın İntihar Etme Girişimi Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.18. Hastanın Saldırgan Davranışta Bulunma Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.19. Hastanın Adli Suçunun Bulunma Değişkenine Göre Frekans ve Yüzdelerik Dağılımlar

Tablo 4.20. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının İç Tutarlılık Katsayıları.

Tablo 4.21. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Tablo 4.22. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Dağılım Özellikleri

Tablo 4.23. Bakıcı Yaş Grubuna Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve alt boyut puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.24. Bakıcı Cinsiyet Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U “ Testi Sonuçları

Tablo 4.25. Bakıcı Eğitim Düzeyine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.26. Bakıcı Medeni Duruma Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.27. Bakıcı Çalışma Durumuna Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.28. Bakıcının Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.29. Bakıcı Ekonomik Duruma Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.30. Bakıcının Ailesinde Klinik Tanı Konmuş Kişilerin Bulunma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U “ Testi Sonuçları

Tablo 4.31. Bakıcının Yardımcısının Bulunma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U “ Testi Sonuçları

Tablo 4.32. Bakıcının Hasta Bakım Süresi Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.33. Bakıcının Psikolojik Yardım İçin İlaç/Terapi Alma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitnet “U “ Testi Sonuçları

Tablo 4.34. Hasta Yaş Grubuna Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve alt boyut puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.35. Hasta Cinsiyet Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U “ Testi Sonuçları

Tablo 4.36. Hasta Eğitim Düzeyine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.37. Hasta Medeni Duruma Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.38. Hastanın Tanı Öncesi Çalışma Durumuna Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.39. Hastaya Tanı Konma Zamanı Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam Tablo 4.40. Hastanın Hastaneye Yatma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U “ Testi Sonuçları

Tablo 4.41. Hastanın Hastaneye Yatış Sayısına Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Kruskal Wallis Testi Sonuçları

Tablo 4.42. Hastanın İntihar Girişiminde Bulunma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U “ Testi Sonuçları

Tablo 4.43. Hastanın Saldırgan Davranışlarda Bulunma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testi Sonuçları

Tablo 4.44. Hastanın Adli Suçu Bulunma Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları İçin Yapılan Mann-Whitney “U” Testi Sonuçları

Tablo 4.45. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Sıfat Listesi Ölçeği(ACL)(Adjective Check List) Alt Boyut Pualarının İç Tutarlılık Katsayıları.

Tablo 4.46. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Sıfat Listesi Ölçeği(ACL)(Adjective Check List) Alt Boyut Dağılım Durumları

Tablo 4.47. Araştırmanın Bağımlı Sürekli Değişkeni Olan Sıfat Listesi Ölçeği(ACL)(Adjective Check List) Alt Boyut Pualarının Tanımlayıcı İstatistik Sonuçları

Tablo 4.48. Sıfat Listesi Ölçeği(ACL) Alt Boyutları İle Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Toplam ve Alt Boyut Puanları Arasında Hesaplanan Pearson Çarpım Momentler Korelasyon Katsayıları

9. TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans çalışmalarım boyunca önerileri ve bilgileri ile beni destekleyen hocam Prof. Dr Selçuk Kırılı başta olmak üzere, tez çalışmalarım süresince yardımları ile destek olan, Prof. Dr. Aslı Sarandöl, Prof. Dr. Cengiz Akkaya ve Doç Dr. Saygın Eker'e ve tüm psikiyatri bölümü çalışanlarına teşekkürlerimi sunarım. Tez çalışmamda istatistik konusunda desteğini, bilgisini ve emeğini esirgemeyen hocam Yrd. Doç. Dr. Canan Savran'a, psikolog arkadaşlarım ve meslektaşlarım Klinik Psikolog Ece Oral'a tez uygulamalarım boyunca destek oldukları için teşekkürlerimi sunarım.

10. ÖZGEÇMİŞ

Nur Dinçer Genç, 1963 yılında İstanbul'da doğmuştur. Lise eğitimini 1981 yılında Kadıköy Kız Lisesi- İstanbul'da tamamlayıp, 1986 yılında İstanbul Üniversitesi Psikoloji Bölümü'nde lisans eğitimini aldı. Özel Yüzyıl Işıl Okulları'nda psikolojik danışmanlık biriminde görev aldıktan sonra Psikoterapi Bilim Merkezi'nde, çocuk ve

ergenlerde dikkat ve öğrenme problemlerinin iyileştirilmesi, aile terapisi alanlarında çalışmalar yapmış, okullarda psikolojik danışmanlık birimlerinin yapılandırılması konularında çeşitli çalışmalar yapmış, eğitim ve süpervizyonlar vermiştir.

2011 tarihinden itibaren kendi kurduğu bir merkezde psikolog, eğitimci ve yönetici olarak görev yapmaktadır. 1999`da Travmaya Psikolojik Destek ve Yardım Modeli`nin geliştirilmesi ve uygulanması çalışmalarına katılan Genç, "ÖNSE" (Öğrenmenin Nörogelişimsel Sorunlarını Saptama Envanteri)` nin geliştirilmesi çalışmalarında yer almıştır (2007).

Genç, çalışmalarında ağırlıklı olarak Çözüm Odaklı Terapi, Dışavurumcu Sanat Terapisi, Bilişsel Davranışçı Terapi, EMDR, Aile Terapisi ve Jung Terapisi kullanmaktadır.



