T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

Tez Yöneticisi
Doç. Dr. Önder SEZER

PSİKİYATRİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME YÜKÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

(Uzmanlık Tezi)

Dr. Kurtuluş DAYAK

EDİRNE-2023

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca ve tezimin hazırlanmasında gösterdiği her türlü destek ve yardımlarından dolayı Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi ve tez danışmanım Doç. Dr. Önder Sezer'e, yardımlarını ve katkılarını esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. H. Nezih Dağdeviren'e, Prof. Dr. Serdar Öztora'ya, Prof. Dr. Ayşe Çaylan'a, eğitimimde emeği geçen tüm hocalarıma, geldiğim noktada ve hayatımın her aşamasında büyük emekleri olan sevgili babama, anneme, ablama ve birlikte çalıştığım tüm meslektaşlarıma teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ….....1

GENEL BİLGİLER ….....3

RUHSAL SAĞLIK VE PSİKİYATRİK HASTALIK TANIMI….....3

PSİKYATRİK HASTALIKLARA VE HASTALARA YAKLAŞIMIN TARİHÇESİ….....4

PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN TOPLUMDAKİ ÖNEMİ.....6

BAKIM YÜKÜ…….……..…….....7

BAKIM VERME YÜKÜNÜN SONUÇLARI…….9

BAKIM VERME YÜKÜNÜ ETKİLEYEN BAKIM VERENE AİT FAKTÖRLER....…….……...9

BAKIM VERME YÜKÜNÜ ETKİLEYEN HASTAYA AİT FAKTÖRLER.....12

BİRİNCİ BASAMAKTA PSİKİYATRİK HASTALIKLARA YAKLAŞIM…....13

BİRİNCİ BASAMAKTA PSİKİYATRİK HASTALARA YAKLAŞIM……...14

ŞİZOFRENİ ve DİĞER PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA BAKIM VEREN YÜKÜ……..….15

BİPOLAR HASTALIK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARDA BAKIM VEREN YÜKÜ……...17

DEPRESİF BOZUKLUKLARDA BAKIM VEREN YÜKÜ……...18

ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA BAKIM VEREN YÜKÜ……..18

OBSESİF KOMPULSİF VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARDA BAKIM VEREN YÜKÜ……...19

NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR, MENTAL RETARDASYONDA BAKIM VEREN YÜKÜ……..19

GEREÇ VE YÖNTEMLER……....21

BULGULAR…….....24

TARTIŞMA…….....49

SONUÇLAR…….....68

ÖZET…….....70

SUMMARY…….....72

KAYNAKLAR…….....74

EKLER……...……

SİMGE VE KISALTMALAR

DALY : Disability Adjusted Life Years (İşlevsizliğe Adapte Edilmiş Yaşam Yılları)

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

SHM : Sağlıklı Hayat Merkezi

YLL : Years of Life Lost **(** Ölümle Kaybedilen Yaşam Yılları)

YLD : Years Lost with Disability (Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları)

ZBVYÖ : Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde Dünya çapında morbidite ve yeti yitiminin önde gelen nedenleri arasında ruh hastalıkları gelmektedir. Yapılan araştırmalarda 2001 yılında 450 milyon, 2017 yılında ise yaklaşık bir milyar insan bir veya daha fazla ruhsal hastalığa sahiptir. Günümüzde ise tahminler dört aileden birinin zihinsel bozukluğu olan en az bir aile üyesine sahip olduğunu göstermektedir (1).

Ruh sağlığı sorunları tedavi edilmedikleri takdirde; toplumsal, bireysel ve maddi kayıplara neden olmaktadır. Hastalık yükünün hesaplanmasında "İşlevsizliğe Adapte Edilmiş Yaşam Yılları (Disability Adjusted Life Years - DALY)" tanımının alt bileşenleri olan "Ölümle Kaybedilen Yaşam Yılları (Years of Life Lost - YLL)" ve "Özürlülükle Kaybedilen Yaşam Yılları'na (Years Lost with Disability - YLD)" kullanılmaktadır. Bunlar incelendiğindeyse en fazla YLD'ye neden olan temel hastalık gruplarında ilk sıraları psikiyatrik hastalıklar almaktadır. Ailesiyle yaşayan ruh hastalığına sahip bireylerin çoğu, bütün gününü evde geçirmektedir. Bu hastaların en az bir yakını olduğu düşünüldüğünde, bu sorunun toplumun önemli bir kısmını belki de tamamını doğrudan ilgilendirdiği söylenebilir (2). Bununla birlikte yapılan araştırmalara göre ruhsal hastalığın ilk atağını geçiren hastaların %60'ından fazlası eve dönüp akrabalarıyla birlikte yaşamaktadır (3).Yine yapılan araştırmalara göre ruhsal hastalığı olan bireylerin yaklaşık %90'ı evlerinde ailelerinden destek ve bakım almaktadırlar (1).

Bakım verme, hastaların temizlik, beslenme gibi fiziksel ihtiyaçlarını; barınma, alışveriş, ulaşım gibi maddi ihtiyaçlarını; ilaç takibi, rutin kontrollerin yapılması gibi sağlık bakım ihtiyaçlarını; duygusal ve sosyal desteklenme ihtiyaçlarını içermektedir (4). Bu durum ailenin diğer üyelerinin hastalıkla başa çıkarken bakım yükü yaşamalarıyla sonuçlanır (5).

Hastaların bakım sorumluluğunu, bu yükü almaya hazırlıksız olan aileler çoğu zaman destek almadan üstlenmektedir (3).

Ruh hastalığına sahip bireylerdeki bakım verme yükü, 1950 yılı ve sonrasında klorpromazin ve diğer antipsikotiklerin kullanılmaya başlamasıyla önem arz eden bir kavram hâline gelmiştir. Bu durum sonrasında ise hastane yatışı ve yatarak tedavi veren depo hastanelerdeki uzun süreli bakım yaklaşımından uzaklaşılmıştır (6-8). Hastaların uzun yatışlar ile tedavisinden ziyade, kendi yaşadıkları ortamlarda tedavilerinin sürdürülmesi yaklaşımının benimsenmesi, hastaların aileleri ile geçirdikleri sürenin artmasına, ailelerin tedavi sürecine daha etkin bir şekilde katılmasının bir zorunluluk haline gelmesine ve ailelerin bakımda daha fazla sorumluluk alması anlamına gelmektedir. Psikiyatrik hastalıkların bireylerde yeti yitimine sebep olması ise, hastaların işlevselliklerini büyük oranda etkilemekte, hastalar aile içinde ve toplum tarafından beklenen rolleri yerine getirememektedir. Bu durum psikiyatri hastalarında sürekli aile bakımı ve desteğini zorunlu kılmaktadır (9).

Ruh hastalığına sahip bireylerin hastalıklarının kronik yapısı ve uzun dönemler boyunca bakım ihtiyaçlarının olması sonucunda, bakım verenlerin bakım sürecinde yaşadıkları zorlayıcı süreçler, bakım verenlerin ruhsal sağlık durumları için giderek artan bir endişe yaratmaktadır (1).

Kronik psikiyatri hastalarının tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinde aile katılımını sağlama, aile ile işbirliğini kurma ve sürdürmede ekip yaklaşımına gereksinim vardır. Ruhsal hastalıklarda ailelerin bakım yükü ve ruhsal sağlık durumu batılı ülkelerde yaygın olarak incelenmiş olmasına karşın, Türkiye'de bu konuda yapılan çalışmalar nispeten az sayıdadır. Bu nedenle araştırmamızda ruhsal bozukluklarda ailelerin bakım yükünü araştırmak ve bakım verenlerin ruhsal sağlık durumunu değerlendirmek amaçlanmıştır. Yine hekimler olarak gözden kaçabilen bir yükün risk faktörlerini ve bu yüke bağlı sorunları ortaya koymak, bu konuda farkındalık sahibi olmak ve literatüre katkı sağlamak amaçlanmıştır. Sağlanacak olan bilgiler hastalar ve yakınları için doğru yaklaşımların geliştirilebilmesi açısından yol gösterici olacaktır.

GENEL BİLGİLER

RUHSAL SAĞLIK VE PSİKİYATRİK HASTALIK TANIMI

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948 yılında yayınlanan tüzüğündeki sağlık tanımı; bireyin hem bedensel, hem ruhsal hem de sosyal olarak tam bir iyilik halinde bulunmasıdır (10).

Yine DSÖ'nün ruh sağlığı tanımı ise, bireyin kendi potansiyeline ulaşabildiği, yaşamın getirdiği streslerle başa çıkabildiği, verimli şekilde çalışmayı başarabildiği ve bununla beraber kendisine ya da topluma katkıda bulunabildiği refah durumu şeklindedir (11).

Ruhsal hastalık, duygusal, davranışsal ve zihinsel bozukluklara yol açan, bireylerde işlev ve uyum konusunda birtakım bozukluklara sebebiyet veren ve bunun yanı sıra, düzeyleri farklı olmakla birlikte, tutarsız, yetersiz, aşırılık ya da uygunsuz bir takım hareketlerle karakterize olan hastalıktır (12).

Psikiyatrik hastalıklar, beyinde bir takım patolojik süreçler sonrası ortaya çıkan ve sonuç olarak düşünce, duygu ve davranışlarda bir takım bozukluklarla kendini gösteren bir durumdur (12).

Psikiyatrik hastalıkların sebep olduğu yeti yitimi bireylerde bilişsel, duygusal, sosyal ve ekonomik kayıplara yol açarak işlevselliklerini büyük oranda etkilemekte ve buna bağlı olarak hastalar aile içinde, toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getiremedikleri için zorluk yaşamaktadır. Bu durum psikiyatri hastalarında sürekli aile bakım ve desteğini zorunlu kılmaktadır (13).

PSİKİYATRİK HASTALIKLARA VE HASTALARA YAKLAŞIMLARIN TARİHÇESİ

Psikiyatrik hastalıklar ve beraberinde getirdiği anormal davranışlar tarihin her döneminde dikkat çeken bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Tarih öncesi kültürler genellikle toplumsal normların dışındaki davranışlara doğaüstü bir durum gibi yaklaşıp, sıklıkla bunu kişinin kontrolünü ele geçiren şeytani varlık veya tanrıların, bazense cadıların ve kötü ruhların sebep olduğu şeyler olarak yaklaşmıştır. Bu sebeplerle kişide böyle bir davranış görüldüğünde toplumdaki dini bilirkişiye durum danışılmıştır. Bu tür durumlarda tedavi şekli ise kafatasının bir kısmını çıkarmak ve bir açıklık oluşturmak için trefin olarak bilinen bir taş aletin kullanıldığı trefinasyon adı verilen bir tekniği içeriyordu. Bu sayede kötü ruhlar kaçabilir, böylece kişinin zihinsel sıkıntısı sona erdirebilir ve kişiler normal davranışına geri döndürebilirdi (14).

Tarihsel açıdan bakıldığında, zaman zaman bu inanışları kabul etmeyen ve farklı fikirler öne süren bireyler de var olmuştur. Hipokrat ruhsal hastalıkları biyolojik bakış açısıyla ele almıştır. Ruhsal rahatsızlıkların beyin hastalığı olduğunu öne sürmüş ve beyni; bilinçlilik, entelektüel yaşam ve duyguların organı şeklinde tanımlamıştır. Hipokrat aynı zamanda ruhsal bozuklukları mani, melankoli ve menenjit ya da beyin humması olmak üzere üçe ayırmıştır. Hipokrat, biyolojik bakış açısından baktığından beynin fonksiyonlarının bunun sonucunda da ruh sağlığının kan, kara safra, sarı safra ve balgam olarak dört sıvının denge durumlarından etkilendiğini, dengesizlik yaşanması durumunda bireyde ruhsal bozukluğun ortaya çıktığını öne sürmüştür(15) .

Tüm bunlar göz önüne alınırsa, ruhsal bozukluğu olan bireylere toplumsal bakış açısında ve tedavi yaklaşımlarında tarihten bu yana çok çeşitli yaklaşımların olduğu görülmektedir.

Buna ek olarak ilk Yunan, İbrani, Mısır ve Çin kültürlerinde de şeytan çıkarma adlı yöntemler mevcuttu. Bu yöntemler dua, sihir, kırbaçlama, açlık, kişiye oldukça kötü tadı olan içecekleri yutturma veya yüksek şiddetli ses uygulama yoluyla kişiden kötülüklerin atılması şeklindeydi (16).

Yine Mısır ve Yunanistan'da uyku tapınakları vardı. Bu tapınaklarda arındırıcı sular, banyolar ve açlık ile birkaç gün önceden hazırlanır, sakinleşirlerdi. Rüya İyileştirme Yöntemi

denenir, su ve belli ritimdeki sesler ve müziklerle uyku amaçlanır; bu arada rahipler, uyku tanrısı Hypnos için yapılan dualarla ve telkinlerle hastaları tedavi etmeye çalışırlardı (17).

Tibet bölgesindeki tarihsel kaynaklar incelendiğinde Bali köylüleri bıçaklar ve kor ateşinde dans yoluyla, yine benzer şekilde yanaklara iğne ve çubuklar saplayarak davul sesi eşliğinde şifa bulmaya çalıştıkları görülmektedir. Ülkemizde kültürel bir benzerlik örneği sayılabilecek Rufai tarikatı mensuplarında aynı şekilde, deri ve yanaklara şiş geçirip zikir çekme mevcuttur (17).

İslam dünyasında önemli bir bilim adamı olan ve diğer coğrafyalarda da, Avicenna (980-1037) olarak bilinen İbn-i Sina'ya göre ruhsal bir hayal gücü mevcuttur ve bunun emirlerine vücut her zaman uymak zorundadır. Bu güç bir hastayı iyileştirebileceği gibi, sağlıklı birini hasta da yapabilirdi (17).

Anadolu'da kurulan Bimarhanelerde (şifahane) su sesi, müzik ve telkinle çeşitli ruhsal hastalıkların tedavisi yapılırdı. 1300'lü yıllarda kurulduğu tahmin edilen Amasya'daki Bimarhane, zihinsel engelli ve ruhsal rahatsızlığı olan bireylerin su sesi, müzik ve telkinle tedavilerinin yapıldığı ilk ruh hastalıkları hastanesi olarak kabul edilmektedir (17).

Anormal davranışların farklı dini ve mitolojik kavramlarla değerlendirilmesi, özellikle Batı'da yakın tarihe kadar devam etmiştir. Pozitif tıp etkin olmaya başlayana dek ruhsal hastalıklar, şeytan çarpmış olduğu düşünülen kişileri ifade etmek için kullanılmıştır. Yine ilerleyen süreçte deliler ıslah evlerine kapatılmaya başlanmıştır; lakin buradaki amaç tıbbi bir amaçtan ziyade bu bireylerin toplumun bir ferdi olamayacaklarından veya olmamaları gerektiği düşünüldüğündendir (18).

Ülkemizde ise akıl hastanelerinin yakın tarihine bakıldığında Osmanlı'nın son ve Cumhuriyet'in ilk yıllarında Toptaşı Bimarhane'si ve Bakırköy Bimarhane'si önemli bir yere sahiptir. Toptaşı 1873'ten itibaren o dönem tüm imparatorluğa hizmet veren bir kurum haline gelmiş ve bu durum Cumhuriyet'in ilk yıllarında Bakırköy açılıncaya dek sürmüştür. Bimarhanelerde zihinsel engelli ve ruhsal rahatsızlığı olan bireylere su sesi, müzik, güzel kokular, bazen de kuş sesleriyle tedavi yöntemleri denenmiştir (19).

Yirminci yüzyılın ortalarından itibaren öne çıkan yaklaşımlarda, psikiyatrik hastaların tedavilerinin toplum içinde yapılmasını hedefleyen yaklaşımlar olduğu görülmektedir. Bu yaklaşım içerisinde, ailesiyle birlikte yaşayacak durumdaki ruhsal hastalığı olan bireyler için destekleyici hizmetler üretilmiş; uzun yıllar psikiyatri kliniğinde gözetim altında tutulan

kimsesiz ve bakıma muhtaç kişiler için de grup evleri, bakım merkezleri gibi yatılı bakım hizmetleri geliştirilmiştir (20). Türkiye'de bu dönüşüm 2000'li yıllardan sonra çıkarılan yasal düzenlemelerle sağlanmış ve bu doğrultuda özel yatılı bakım merkezleri desteklenmiştir (21).

Yine yirminci yüzyılın ortalarından itibaren klorpromazin ve diğer antipsikotiklerin kullanılma girmesi sonucu değişen toplumsal politikalar ve psikiyatri hastalarına yaklaşım stratejileri sonrasında, büyük merkez hastaneler kapanırken, hastaların iyileşme ve rehabilitasyon sürecinin toplum içinde sürdürülür hale gelmesiyle hasta yakınları, birincil bakım veren rolünü üstlenmişlerdir (7).

PSİKİYATRİK HASTALIKLARIN TOPLUMDAKİ ÖNEMİ

Oldukça yaygın olan psikiyatrik hastalıklar, dünya çapında hastalık yükünün %7,4'ünü oluşturur (22).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2022 yılında ortaya koyduğu Dünya Ruh Sağlığı Raporu'na göre dünyada her 8 kişiden biri hayatının bir döneminde ruh sağlığı ile ilgili bir hastalık yaşamaktadır. Cinsiyet ve yaşa göre değişkenlik göstermekle birlikte, her iki cinsiyette de anksiyete bozuklukları ve depresif bozukluklar en sık görülenlerdir (23).

Ruhsal hastalıklar YLD'nin en sık sebebi olup, dünyadaki YLD'nin altıda birinin sebebidir. Dünya üzerinde yaklaşık her 200 kişiden birinde görülen şizofreni ise bu endişe verici durumlar arasında en öne çıkanıdır. Şizofreni ve diğer ruhsal hastalıklara sahip bireyler toplumun geri kalanına göre 10 ila 20 yıl daha hayatlarını kaybetmektedirler (23).

Psikiyatrik hastalıklara bağlı olan YLL, tüm kanserlerdeki YLL ile benzer oranda, tüm nörolojik hastalıklardaki YLL'nin ise iki katıdır (24).

Ruh hastalıkları beraberinde getirdiği çok ciddi bir mali yük de mevcuttur, toplum sağlığı harcamaları ciddi miktarda artmasına neden olmaktadırlar. Bu yönden ise şizofreni kişi başına en ciddi harcamayı gerektirmektedir. Depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları mali olarak kişi başına daha düşük rakamlara sebep olsa da, daha sık görüldükleri için çok daha fazla mali yüke sebep olmaktadırlar (23).

Ülkemizde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasına göre ise toplumun yaklaşık %17,2'sinde ruhsal hastalık görülmektedir (25)

Tüm yaşlarda ve her iki cinsiyette, yeti yitimi içinde geçen yaşam yıllarının önde gelen nedenleri sıralamasında, ilk sırada yer alan 20 sağlık sorununun 5 tanesi (unipolar depresif bozukluk, alkol kullanım bozuklukları, şizofreni, bipolar afektif bozukluk, Alzheimer ve diğer demanslar) ruhsal sorunlardır (14).

BAKIM VERME YÜKÜ

Türk Dil Kurumu'na göre bakım; bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, emek verme biçimi, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (26).

Bakım verme**,** bireyin kendisinin tek başına karşılayamadığı veya zorlandığı, gıda alımı, giyinme, temizlik gibi günlük gereksinimleri ile birlikte; duygusal, fiziksel ya da maddi ihtiyaçlarını onun yerine karşılamak ya da kendi başına karşılayabilmesi için destek vermeyi içermektedir (27).

Yük kavramı ise, bakım verme sürecinin bakım veren kişiler üzerindeki psikolojik, fiziksel, sosyal, maddi ve manevi sorunların getirdiği olumsuz etkileri tanımlamak için kullanılmaktadır (28).

Hasta bireyler çevresindeki insanların yaşamını zorlaştırabilmektedir. Bu durumda "Bakım yükü" kavramı ön plana çıkmaktadır. Zaman içerisinde hasta yakınları, çok da hazır olmadıkları, birincil bakım veren rolünü üstlenmişlerdir (29).

Objektif (nesnel) bakım yükü, hastanın maddi zarara sebep olan davranışları ya da hastalığın kendisinden kaynaklanan ekonomik zorluklar, bakım verenlerin günlük yaşamında bakım vermekten kaynaklanan kısıtlanmalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönünü ifade etmektedir (30).

Subjektif (öznel) bakım yükü ise, hasta yakınının yaşadığı kayıp, suçluluk, anksiyete ve sosyal durumlardaki utanç gibi psikolojik durumlardır. Kısaca öznel yük; nesnel yükün ortaya çıkardığı zorlukların aile üyelerini ne ölçüde rahatsız ettiğini tanımlamaktadır (30).

Ruhsal hastalıkların tedavisinde toplum temelli politikaların benimsenmesi, hastanın ailesiyle geçirdiği sürenin uzamasını ve ailelerin hasta bakımındaki aktif rolde olmasını zorunlu kılmıştır. Kronik ruhsal hastalığa sahip olan bireylerde kognitif kayıplarla birlikte meydana

gelen yeti yitimi, sosyal ve ekonomik kayıplara sebep olmaktadır. Hastaların, yerine getirmesi gereken ailevi ve toplumsal görevleri yerine getirmediğinden, devamlı bir şekilde ailesinden bakım ve destek almaları gerekmektedir (30).

Birincil bakım veren, hastanın günlük yaşantısının merkezinde olmak zorunda kalmakta; bakım ihtiyacı gerektiren durumlar arttıkça, bu durum bakım verenin yaşamında bir takım sıkıntılar yaşatan, bağımlılık gösteren, tek taraflı, hummalı ve uzun dönem bir zorunluluğa dönüşebilmektedir. Bakım sunmanın uzun dönem ve ağır yapısı bakım verenlerin yaşamlarındaki kendine ait diğer talepleri karşılamakta yaşadığı zorluklarla da birleşince, bakım veren yüküne yol açabilmektedir (31). Psikiyatrik hastalıkların sebep olduğu yeti yitimi bireylerde bilişsel, duygusal, sosyal ve ekonomik kayıplara yol açarak işlevselliklerini büyük oranda etkilemekte ve buna bağlı olarak hastalar aile içinde, toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getiremedikleri için zorluk yaşamaktadır. Bu durum psikiyatri hastalarında sürekli aile bakım ve desteğini zorunlu kılmaktadır (13).

Bakım verdikleri hastaların sahip olduğu kronik hastalık nedeni ile bakım vericiler anksiyete, depresyon, üzüntü, belirsizlik, utanç, suçluluk, öfke, toplumsal damgalanma, yalnızlık duyguları ve sosyal olarak izole edilmiş hissedebilmektedirler. Bakım verende meydana gelen bu yük beraberinde, bakım ihtiyacı olan hastanın ailevi ve toplumsal sorumluluklarını yerine getirememesi, ekonomik ve sosyal statüdeki kayıplar gibi birçok sıkıntıyı da beraberinde getirmektedir (32).

Bakım vermenin getirdiği yük ile; bakım verenin aile ilişkilerinde bozulma, kontrolün kendisinde olmadığı duygusu, bel ağrıları, fiziksel şiddet sonucu yaralanmalar, devam eden endişe hali, sosyal kısıtlanma, inanç ve değerleri doğrultusunda olumsuz duygular, bakımın getirdiği maddi yükümlülükler için bütçe ayırmak zorunda kalınması gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar da tanımlanmaktadır (28).

İyi bir bakım verme sürecinde maddi ve manevi destek, barınma, hastane takiplerinde ve yatış durumlarında yanında olmak, ilaç kullanımın takibinin ve beslenmenin takibi gibi günlük ve uzun süreçte gereken ihtiyaçların karşılanması gerekmektedir. Bakım süreci olumlu ve tam olarak yönetildiğinde, tedavi ve rehabilitasyonun daha etkili olduğu, ve hastalıkların tekrardan ortaya çıkmasının önlenebildiği bilinmektedir (27).

BAKIM VERME YÜKÜNÜN SONUÇLARI

Ailede kronik hastalığa sahip bir bireyin olması tüm aileyi ve bunun sonucunda da toplumun tamamını etkilemektedir. Günümüzde psikiyatrik hastaların çoğu aileleriyle birlikte hayatına devam etmektedir ve bu hastaların onda biri bakım verilmesine ihtiyaç duymaktadır (33). Bakım veren aile üyeleri, bakım verme sırasında yaşadıkları sorunlardan dolayı fiziksel ve ruhsal açıdan büyük bir yük altındadırlar (33). 1998 ile 2008 yılları arasında yapılmış, 37 araştırmayı inceleyerek yapılan bir sistematik derlemede, bakım verenlerin anksiyete ve depresyon gibi sağlık problemleri yaşadıkları, iş hayatlarının etkilendiği, ev ve maddi ihtiyaçların arttığı bulunmuştur (34). Bu açıdan hasta ile birlikte aile üyelerinin de değerlendirilmesi önemlidir (33, 34).

Yapılan çalışmalarda psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükünün daha çok orta ve yüksek düzeyde olduğu bildirilmektedir (32).

BAKIM VERME YÜKÜNÜNDE BAKIM VERENE AİT FAKTÖRLER

Bakım yükü bakım verenin yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, eğitim düzeyi, ekonomik durumu, algılanan sosyal destek, hasta ile birlikte geçirilen süre, hastalık hakkındaki bilgi düzeyi, toplam hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı gibi faktörlerden etkilenebilmektedir (32)

Yapılan çalışmalarda kronik psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yaş ilerledikçe algıladıkları yükün arttığını gösteren sonuçlar mevcuttur (32, 35). Yaş bazında incelendiğinde, daha genç yaş grubunda olan bakım vericilerin sosyal destek aramaya çalıştığı ve bununla birlikte yaşın ilerlemesi ile stresle başa çıkmada etkisiz kalan yaklaşımları kullandıkları görülmüştür(32).Yaşın artması olumsuz deneyimlerin birikmesine neden olmakla birlikte bireylerin tükenmişlik yaşamasına da neden olabilir (35-37).

Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu dünyadaki bakım verenlerin %80'inin kadın olduğunu varsaymaktadır ve bakım verme görevinden birincil olarak eşler, kız çocuklar ve gelinler olarak kadınların sorumlu tutulduğu bilinmektedir (2, 38, 39). Toplumumuzda bakım rolünü çoğunlukla ailedeki kadınların üstlendiğini gösteren çalışmalar mevcuttur (32, 40, 41). Kadınlar erkeklere oranla daha çok bakım veren olduğundan kadınların bakım yükü açısından riskli grup olduğu söylenebilmektedir. Diğer taraftan bakımı üstlenen erkek bireyler incelendiğinde sayıca az olmalarına rağmen, kadınlara oranla daha fazla bakım yükü yaşadıklarını gösteren çalışmalar da mevcuttur (42, 43). Kadınların sevdikleri kişinin başına

gelen stresli olaylara daha fazla katıldıkları, erkeklere kıyasla bakım rolünü daha çok üstlendikleri bildirilmektedir. Erkekler genellikle bakıma ya acil durumlarda katılmakta ya da eşin işi dolayısıyla destek vermek amacıyla gerektiğinde müdahil olmaktadırlar. Bununla birlikte bakım veren erkekler genellikle daha gençtirler ve hastalığın son zamanlarında bakıma katılmaktadırlar (3).

Yine literatürde yapılan pek çok çalışmada sıklıkla bakım verenlerin kadın cinsiyette olduğu ve toplumsal olarak bakım verme sorumluluğunun doğal olarak kadınlarda olduğu gösterilmiştir. Erkeklerin stres yönetiminde daha başarılı stratejilerinin olmasına rağmen, söz konusu bakım olduğunda, kadınların daha fazla bakım bakım veren olmak zorunda kaldıkları; finansal, duygusal, ilişkisel ve sosyal olarak daha fazla bakım veren yüküne sahip oldukları gösterilmiştir (44).

Hasta ile bakımını üstlenen kişi arasındaki yakınlık ilişkisi, bakımı üstlenenin yaşadığı yük düzeyini etkilemektedir (45). Bakım veren ve hasta arasındaki yakınlık durumu getirdiği yükle beraber tükenmişliğe sebep olmakta, tükenmişlik durumu ise hastaya yansımaktadır. Bakım verenin yük ve tükenmekten kaynaklanan durumu ve hastası ile arasındaki ilişkinin bozulması hastalık belirtilerinin ortaya çıkışını etkilemektedir (31). Bakım verenin anne, baba ya da eş olmasının daha fazla üzüntüye ve stres yaşanmasına sebebiyet verdiğini ortaya koyan çalışmalar mevcuttur (46).

Hastalığın kronik olması, hastalık süresinin uzun olması ve hastalık süresi uzadıkça anne babanın yaşının artması ve sağlık sorunlarının ortaya çıkması, hasta çocuğuna gelecekte ne olacağı ile ilgili yaşanan kaygılar bakım vericilerin çaresizlik duygusunu arttırabilir. Ayrıca kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aile üyelerinin en sık yaşadıkları duygulardan birinin de çaresizlik olduğu belirtilmektedir (10). Yapılan bazı araştırmalarda bakım verenin anne ve baba olduğu durumlarda, bakım vericiler yük ile başa çıkmada kendini kontrol etme, sosyal destek ve olumlu değerlendirme stratejilerini diğer aile üyelerinden daha fazla kullandıkları belirtilmektedir (21). Psikiyatrik hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinde hastaya yakınlık derecesinin bakım yükünü önemli ölçüde etkilediği görülmektedir. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların birlikte değerlendirildiği bir çalışmada en ağır yük eşlerde, sonrasında ise anne ve babalarda olduğu tespit edilmiştir (47).

Maddi gelir durum düzeylerini yüksek olarak tanımlayan bakım verenler, hastalarının ihtiyaçlarını daha kolay temin edebilmekte ve daha az bakım yüküne maruz kalmaktadırlar (32, 41, 48). Bakım verenlerde gelir düzeyi artışı, çevreleriyle daha özgüvenli iletişim kurmalarını

ve bakımla ilgili satın alımlarda kolaylıklar yaşanmasını; ayrıca bakım süresince yardım sağlamasıyla beraber bakım yük düzeyini düşürmektedir (32, 41).

Düşük gelir düzeyi sebebiyle bakımın küçük konutlarda verilmesi ve hasta bireye ayrılabilecek ayrı bir odanın yokluğu, kentte değişen yaşam şekli ve beraber getirdiği durumlar sebebiyle kırsal kökenli bakım verilen bireylerle aile arasındaki uyumsuzluklar, maddi ihtiyaçlar doğrultusunda kadınların çalışması, bu nedenle bakım verilen bireye bakım verecek bir kişinin evde bulunmaması, bakım yükünü etkileyen faktörler arasındadır (44, 48-51). Literatürde bakım veren ev hanımlarının düşük maddi gelir sebebiyle daha fazla yük yaşadığını bildiren çalışmalar vardır (48, 52). Hastalarda işlev kaybı ve buna bağlı olarak maddi gelir sağlamadan aile içinde maddi harcamalara sebep olması, hastaneye tekrar eden yatışların olması ve devamlı ilaç kullanmanın getirdiği maddi kayıplar, özellikle sosyal güvencesi olmayan aileler için bakım yükünü arttıran durumlardır (48, 51, 53).

Bakım verenlerin eğitim düzeyinin de bakım yükünü etkileyen faktörler arasında olduğu bildirilmektedir. Bakım verenin eğitim seviyesi düştükçe bakım yükünün arttığını belirten çalışmalar vardır (32, 54). Bakım veren bireylerde eğitim seviyesinin artmasıyla bakım yükünün azaldığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (33, 54).

Bakım verenlerin sağlık durumları da bakım verme yükünü etkilemektedir. Bakım verenin kendisinde akut ya da kronik bir hastalık varlığı yaşam kalitesini düşürmekte ve bakım vermede olumsuz psikolojik etkilere neden olabilmektedir. Sağlıksız bakım verenlerin sağlıklı bakım verenlerden daha fazla yük algısına sahip oldukları bildirilmektedir. İnsanlar sağlık durumları iyi olduğu zaman yaşam kalitelerini de daha iyi algılamaktadır. Sağlanan bakım sırasında bakım verenin zaman ve enerji harcaması nedeniyle yaşam kalitesinde azalma olduğu bildirilmektedir (8, 41).

Bakım için harcanan zamanın ve enerjinin artışı, bakım yükünü arttırmaktadır. Hastanın bakım verene bağımlılığı arttıkça, bakım yükü artmaktadır (55).

Hasta yakınlarında sürekli doktor kontrolünü ya da ilaç kullanmayı gerektiren bedensel bir hastalığın varlığı, ek bir stres etmeni olarak ailenin yükünü arttıracağı bildirilmektedir (8).

Yapılan çalışmalarda kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri için uygulanan aile destek gruplarına katılmanın, bakım vermeyi kolaylaştırdığı ve ailelerin yaşadıkları yük ve stresin azalmasına katkı sağladığı bulunmuştur (4, 56-58).

Sosyal destek kaynaklarının yeterliliği ve bakım verenin hastalıkla olumlu baş etme becerileri geliştirmesi bakım yükünü azaltmaktadır (41).

Bakım verenin bakmaya gönüllü olup olmaması, bakım verenin yük algılaması ve inançları ile ilgili bireysel özelliklerin de bakım veren yükünü etkileyen faktörler olduğu ortaya konulmuştur (31).

Bakım verenlerde algılanan yükün iyilik düzeyini, evlilik ilişkilerini, bakım memnuniyetini, diğer bireylerle ilişkileri ve algılanan hastalık şiddetini etkileyebileceği belirtilmektedir (59).

Gelişmekte olan ülkelerde özellikle ekonomik yükün aile üyelerinin hayat kalitesini negatif yönde etkileyebileceğini bildirilmiştir. Yine hem gelişmekte hem de gelişmiş ülkelerde yapılan çalışmalarda, bakım verilen hastanın durumunun kötüleşmesi, yeterli sosyal ve maddi desteği bulamama, hastalıktan kaynaklı aile içi yaşamın bozulması gibi çeşitli durumların bakım verenlerin yüklerini arttırarak hayat kalitelerini bozduğu bildirilmiştir (8).

BAKIM VERME YÜKÜNDE HASTAYA AİT FAKTÖRLER

Hastalığın başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı ve aktif semptomların varlığı ile bakım veren yükü arasında ilişki olduğu saptanmıştır (60). Bakım verilen hastalığın süresi ve hastanın hastanede geçirdiği süre arttıkça bakım verenlerde ölçülen yük algısının da arttığı bildirilmiştir (32, 37, 61).

Bakım yükü algısını etkileyen önemli faktörlerden biri de hastanın işlevsellik düzeyidir. İşlevselliği az miktarda bozulan veya hiç bozulmamış hastalar, daha az bakım gerektirmekte ve buna bağlı olarak daha hafif düzeyde bakım yüküne sebebiyet vermektedir (8, 62).

Bozulmuş işlevselliği olan hastaların bakım verenlerinde ise bakım yükü daha fazla bulunmuştur, bu durum bakım verenin sosyal hayatlarının azalmasına ve gerekli sosyal desteği alamadıklarına bağlanmıştır (63). Yine benzer şekilde hastanın bakım verene bağımlılığı arttıkça, bakım yükü artmaktadır (55). Hastada saldırganlık ve şiddet içeren davranışların varlığı da bakım verenler üzerinde ciddi bir bakım yükü oluşturmaktadır (63-66).

BİRİNCİ BASAMAKTA PSİKİYATRİK HASTALIKLARA YAKLAŞIM

Sağlığa yönelik bütüncül yaklaşan politikaların; teknolojik, sosyal ve ekonomik durumların kişilerin ruhsal yaşamları ve yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkilerini ortaya koyması ile birlikte ruh sağlığı ve hastalıkları geçmişe oranla daha önemli bir konu hâlini almıştır. Ruh sağlığı sorunlarının dünyadaki ve ülkemizdeki yaygınlığı düşünüldüğünde, hastaların en az bir yakınının etkilenmesi bu sorunun toplumsal yanını ortaya koymaktadır (3).

Dünya Sağlık Örgütü, ruh sağlığı politikasını; ruh sağlığını geliştiren ve ruhsal bozuklukların toplumsal yükünü azaltmak için düzenlenmiş prensipler, değerler ve amaçlar bütünü olarak tanımlamaktadır (67).

Ruh sağlığı hizmet sunumunda birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemi hem Ulusal Ruh Sağlığı Politika Metni'nde (2006) hem de Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda (2011-2023) vurgulanmıştır. Bilindiği üzere ruh sağlığında birincil (primer) korumaya ilişkin girişimler toplum temelli ruh sağlığını geliştirme, risk belirleme ve bilinen risk faktörlerinin azaltılmasına yönelik faaliyetleri kapsamaktadır. İkincil (sekonder) koruma belirtilerin erken tanınması ve erken müdahaleyi, üçüncül (tersiyer) koruma ise tedavi ve rehabilitasyon aracılığı ile hastalığın negatif etkilerinden korunmayı amaçlar (67).

Sağlık sistemi içerisinde ruh sağlığı hizmetleri birinci basamağın ayrılmaz bir parçasıdır. Sağlık hizmet sunumu ise bütüncül olarak verilmelidir. Birinci basamakta görev yapan hekimlerimizin ruh sağlığı alanındaki hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Güçlendirilecek birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir kısmı, aile hekimleri ve Sağlıklı Hayat Merkezlerinden (SHM) oluşmaktadır. Aile hekimi, sorumlu olduğu kişileri bir bütün olarak ele alıp, kişiye yönelik sağlığı geliştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini vermek, tanı ve tedavisi yapılamayan hastaları sevk etmek, sevk edilen hastaların geri bildirilen muayene, tetkik, tanı, tedavi ve yatış bilgilerini değerlendirip takip eder. SHM ise sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak, sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek, birinci basamak sağlık hizmetlerini güçlendirmek ve bu hizmetlere ulaşımı kolaylaştırmak amacıyla kurulan çok amaçlı yapılardır. Ruh sağlığının insan gelişimi ve yaşam kalitesi ile sıkı bir biçimde ilişkili olması, ruhsal bozuklukların dünya genelinde belirgin bir hastalık yükü oluşturması ve ruh sağlığı ile ilgili girişimlerin yaşama geçirilmesi için pek çok farklı sektörün katılımının gerekmesi sebebiyle ülkelere ruh sağlığı politikası, eylem planları ve programları oluşturmalarını önerilmektedir (67).

Psikiyatrik tedavi ve destek ihtiyacı duymakta olan hastaların pek çoğu, psikiyatrik belirtilerinden farklı hatta çoğu zaman tam olarak yakınmalarını üstü kapalı bir şekilde ifade ederek aile hekimliğine başvurmaktadır (68).

Başarılı ruhsal tedavi, Aile Hekimliği disiplininin yeterlilikleri arasında olan biyopsikososyal yaklaşım ve bireysel ihtiyaçları dikkate alan hasta merkezli bir yaklaşıma dayanmaktadır. Bu yeterlilikler göz önünde bulundurulduğunda aile hekimlerinin; ruhsal sağlığı, tıbbi bakımın ayrılmaz ve merkezi bir parçası olarak değerlendirmeleri gerekmektedir (69).

BİRİNCİ BASAMAKTA PSİKİYATRİK HASTALARA YAKLAŞIM

Unipolar depresyon birinci basamakta en sık karşılaşılan duygu durum bozukluğudur (70). Depresif belirtilere sahip hastaların birinci basamağa başvuru sebepleri çoğunlukla yorgunluk, tekrarlayan ağrı şikayetleri ve uyku bozukluğudur. Yurtdışında yapılan çalışmalarda birinci basamakta depresyon tanısı koyulurken çoğunlukla uykusuzluk yakınmalarından yola çıkıldığı tespit edilmiştir (71). Birinci basamak sağlık kurumlarında depresif semptomlara sahip hastalar yüksek miktarda yakalanamamakta ve depresyon sağaltımı yapılamamaktadır. Hekim, yaklaşımda hastanın derdini anlatmasına fırsat vermeli ve sabırla dinlemelidir (71). Özellikle fiziksel hastalıkla beraber gelen depresyon göz önünde bulundurulmalı ve bunun yanı sıra esas hastalığın tedavisi kadar, hastalığa bağlı meydana gelen ikincil depresyonun tedavisine de dikkat edilmelidir (72). Ülkemizde depresyon hastalarının büyük bir kısmının birinci basamakta görülmesi, geç tanı ve yetersiz tedavi ve takiplerin hastaların yaşam kalitesini düşürmesi ve tedavi masraflarının artması sebebiyle, psikiyatri alanında mezuniyet sonrasında da hizmet için eğitimler verilmelidir (71).

Bipolar bozukluk sürekli tedavi kronik seyirli, sürekli tedavi gereksinimi olan ve yaşam boyu süren bir hastalıktır. Yüksek morbidite ve özkıyım riski nedeniyle yüksek mortaliteye sahip olduğu ve tahmin edilenden çok daha sık görüldüğü için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hasta ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz yönde etkiler ve belirgin yeti yitimine neden olmaktadır (73). Birinci basamak hekimleri, bipolar bozukluğun akut ve uzun dönem tedavileri konusunda; eşlik eden hastalıkların varlığını, hastalığın ciddiyetini, hastanın isteklerini ve kendi deneyimlerini göz önünde bulundurarak bir planlama yapmalıdır. Uygun ve çok yönlü bir tedavi planlamasının en önemli şartı; aile hekimi, hemşire, toplum sağlığı çalışanı,

psikyatrist ve psikologlardan oluşan bir takım çalışmasıdır. Özellikle aile hekimi veya psikiyatristler, tedavi yönetiminde ilaç etkileşiminin önlenebilmesi açısından, ilaçlar ve doz ayarlaması sırasında, hasta semptomlarında ve işlevlerinde meydana gelen değişiklikler hakkında sürekli iletişim halinde olmalıdır (74).

Psikotik hastalıklar, özellikle şizofreni, ilaç ve tedavilere rağmen kronik seyirli ve ara ara klinik durumda bozulmalarla seyreden, toplum işlev ve ilişkilerinde bozulmalarla seyreden bir hastalık olması ve hastaların bu durumu; hastaların ailelerinde yüksek stres yaratmaktadır (75). Birinci basamakta şizofreni hastalarının toplum içinde kalmasını amaçlayacak, yeti yitimini azaltacak tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımları hedeflenmelidir. Şizofreni hastalarının yakınlarına birinci basmakta yaklaşımda ise ailelerin hastalığın ve hastanın bu durumu hakkında gerçekçi beklentilerde olmasının sağlanması ve bu konuda bilgilendirilmesi şeklinde olmalıdır (76). Aile hekiminin hastalarla gerçek hayatta kurduğu etkileşimin, sosyal temas bağlamında psikotik hastaların da kendilerini damgalamasının önüne geçebileceği düşünülmektedir (77).

ŞİZOFRENİ VE PSİKOTİK BOZUKLUKLARDA BAKIM VEREN YÜKÜ

Kronik psikotik bozukluk olarak da adlandırılan şizofreni, gerçeklik algısının bozulduğu, gerçek olmayanla, gerçek olanın ayrımın bozulduğu, sıklıkla belirgin halüsinasyonlar ya da hezeyanlarla, iyileşme ve relapslarla seyreden, önemli ölçüde yeti yitimine yol açan kronik bir psikiyatrik hastalıktır (41, 78). Düşünme ve algılama süreçlerinde, iletişim becerilerinde bozulmalar, duygu dışavurumunda ve motor hareketlerdeki sınırlılıklar ile ruhsal durumun geneline yayılmış belirtiler görülmektedir (79). Tüm yaşlarda ve her iki cinsiyette, yeti yitimi içinde geçen yaşam yıllarının önde gelen nedenleri sıralamasında, ilk sırada yer alan 20 sağlık sorunundan bir tanesi şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklardır (14).

Ruhsal hastalıklar YLD'nin en sık sebebi olup, dünyadaki YLD'nin altıda birinin sebebidir. Dünya üzerinde yaklaşık her 200 kişiden birinde görülen şizofreni ise bu endişe verici durumlar arasında en öne çıkanıdır. Şizofreni ve diğer ruhsal hastalıklara sahip bireyler toplumun geri kalanına göre 10 ila 20 yıl daha erken hayatlarını kaybetmektedirler. Ruh hastalıklarının beraberinde getirdiği çok ciddi bir mali yük de mevcuttur, toplum sağlığı

harcamaları ciddi miktarda artmasına neden olmaktadırlarlar. Bu yönden ise şizofreni kişi başına en ciddi harcamayı gerektirmektedir (23).

Günümüzde şizofreni hastalarının çoğunun aile bakımı altında, topluma katılımı sağlanmıştır. Bakım; sosyal ve kültürel farklılıklardan etkilense de, doğu toplumlarında şizofreni hastalarının %70'i, batı toplumlarında ise %25 ile %50 gibi değişen oranlarda, hastanın ailesi tarafından verilmektedir (80, 81).

Şizofreni hastalığı bireyin duygulanım, düşünce, algılama ve davranışlarını olumsuz yönde etkilediğinden hastalar rollerini yerine getirmede zorluk yaşamakta ve sürekli ailenin bakım ve desteğini almak zorunda kalmaktadırlar. Aileler ise çoğunlukla destek almadan bakım verme yükünü taşımaktadır. Yapılan birçok çalışma incelendiğinde, şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin stres, anksiyete, damgalanma, depresyon, korku, utanç, çaresizlik, korku, endişe, umutsuzluk gibi çeşitli duygular yaşadıkları belirlenmiştir (9, 82-84). Bakım vericiler hastanın işlev kaybı ve bakım ihtiyacından kaynaklanan yük ile mücadele ederken, diğer yandan da toplumda hastalığa karşı önyargılar ve bu önyargılardan kaynaklanan damgalanma ve bunun sonucunda hasta ve bakım verenlerin toplumdan izolasyonu ile mücadele etmektedirler. Diğer bir yandan yaşam kalitesi azaltmakta, ailede ağır stres yaratmakta ve aile dengesini bozmaktadır (85-87). Bakım vermenin bakım verenler üzerinde olumsuz etkileri olduğu açıktır (34, 87, 88). Şizofreni hastasına bakım vermek ciddi bakım yükü oluşturmakta ve bakım verende tükenmişliğe de yol açmaktadır (34, 89).

Hastanın işlevselliğini, hastalık yükü ile ilişkisini değerlendiren çalışmalarda işlevselliğin yük için önemli bir belirleyici olduğu ortaya konmuştur (38). İşlevsellik kaybı az olan, bir işte üretken şekilde çalışabilen, sosyal açıdan daha aktif bir şekilde ev dışında da vakit geçirebilen, bakım veren dışındaki kişilerle başarılı iletişim kurabilen hastaların bakım verenlerine yükünün daha az olduğu gösterilmiştir (31).

Şizofreni hastasına bakım verenin gelir düzeyi ve fiziksel sağlığı, yaşam kalitesini etkileyen en önemli faktörlerdendir. Bakıma katılan birey sayısı arttıkça bakım verenin fiziksel sağlığı artış göstermektedir. Bakım veren hastalık hakkında yeterli düzeyde bilgiye sahip olduğunda yaşam kalitesi artış göstermektedir. Hasta bakımı için ayırılması gereken zaman arttıkça ise, bakım verenin yaşam kalitesi olumsuz etkilenmektedir (34, 87).

Şizofreni hastalarına bakım vermenin hastaya etkisi üzerine ortaya konulan durumlardan biri ise hastalığın doğaüstü güçlerle ilişkilendirilmesi bu doğrultuda bakım

verilmesinin, hastalık seyrini kötü etkilediği ve hastaların hastaneye yatış sıklığını arttırdığıdır (90).

Birinci basamakta hastaya toplum içinde kalmasını amaçlayacak, yeti yitimini azaltacak tedavi ve rehabilitasyon yaklaşımları hedeflenmeli ve ısrar edilmelidir. Şizofreni hastalarının yakınlarına birinci basamakta yaklaşımda, ailelerin hastalığın ve hastanın bu durumu hakkında gerçekçi beklentilerde olmasının sağlanması ve bu konuda bilgilendirilmesi şeklinde olmalıdır (76).

BİPOLAR HASTALIK VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARDA BAKIM VEREN YÜKÜ

İki uçlu hastalık olarak da tanımlanan bipolar bozukluk, dönüşümlerle karakterize bir hastalıktır. Kronik bir seyir gösteren ve genellikle tekrarlayan coşku (mani) ve depresyon ataklarıyla birlikte çeşitli bilişsel ve davranışsal semptomlar içeren bir hastalıktır (91). Tüm yaşlarda ve her iki cinsiyette, yeti yitimi içinde geçen yaşam yıllarının önde gelen nedenleri sıralamasında, ilk sırada yer alan 20 sağlık sorunundan bir tanesi iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklardır (14).

Bipolar bozukluk kronik seyirli, sürekli tedavi gereksinimi olan ve yaşam boyu süren bir hastalıktır. Yüksek morbidite ve özkıyım riski nedeniyle, yüksek mortaliteye sahip olduğu, ve tahmin edilenden çok daha sık görüldüğü için önemli bir halk sağlığı sorunudur. Hasta ve çevresindekilerin yaşamını olumsuz yönde etkiler ve belirgin yeti yitimine neden olmaktadır (73).

Bipolar bozukluk seyrinin tekrarlayan döngüler halinde olması ve ataklar arası iyileşme dönemlerinin olması nedeniyle bakım veren yükü; şizofreni, demans ya da gelişimsel bozukluklar gibi hastalık gruplarına kıyasla daha fazla değişiklik gösterebilmektedir (92). Bipolar bozukluğun şizofreni kadar bilişsel yetilerde ve yürütücü işlevlerde yıkıma yol açmayan bir klinik tablo olmasına rağmen; işlevsellik kaybı ve bunun beraberinde getirdiği bakım yükünün, şizofreni hastalarının bakım verenlerine eş değer düzeyde ağır bir yük oluşturabileceği gösterilmiştir (31, 47).

Bipolar bozukluk tanılı bireye bakım verenlerde bakım yükü; psikosomatik, anksiyöz ve depresif semptomlar yaşamalarına neden olabilmektedir (31, 93). Bipolar bozuklukta bakım yükünü etkileyen faktörler pek çok çalışmada ortaya konulmuştur. Bu faktörler intihar girişim

varlığı, ataklara eşlik eden psikotik özelliklerin olması, hastalığın hızlı döngü gösteriyor olması, son 2 yıl içinde tekrarlayan atak geçirme, hastanın kötü sosyal ve mesleki işlevselliği, hastada artmış dürtüsellik ve yatış gerektiren kötü klinik gidişat varlığı olarak sıralanabilir (64, 94, 95).

DEPRESİF BOZUKLUKLARDA BAKIM VEREN YÜKÜ

Dünya Sağlık Örgütü anksiyete bozuklukları ve depresif bozuklukların dünyada en sık görülen psikiyatrik hastalık olduğunu bildirmiştir. (23). Tüm yaşlarda ve her iki cinsiyette, yeti yitimi içinde geçen yaşam yıllarının önde gelen nedenleri sıralamasında, ilk sırada yer alan 20 sağlık sorunundan bir tanesi depresif bozukluklardır (14). Yapılan araştırmalarda yaşam boyu görülme sıklığı %1,5 ile %19 arasında olan depresyon, uygun tedavi edilmediğinde yüksek tedavi maliyetleri, yüksek mortalite ve morbidite oranları ile çok ciddi toplumsal sorunlara sebep olmaktadır (96).

Unipolar depresyon birinci basamakta da en sık karşılaşılan duygu durum bozukluğudur (70). Birinci basamak sağlık kurumlarında depresif semptomlara sahip hastalar atlanabilmekte ve depresyon sağaltımının yapılması zorluk yaratmaktadır. Özellikle fiziksel hastalıkla beraber gelen depresyon göz önünde bulundurulmalı ve bunun yanı sıra esas hastalığın tedavisi kadar, hastalığa bağlı meydana gelen ikincil depresyonun tedavisinin önemli olmasına da dikkat edilmelidir (72).

Depresyon hastalarının verdikleri duygusal ve davranışsal tepkilerin de bakım vericilerinin yüklerini arttırabildiği düşünülmektedir. Bireylerin aileleri çaresizlik, umutsuzluk, gelecek kaygısı, belirsizlik gibi duygu ve durumları yaşamakta ve bunları ifade etmekte zorlanmaktadır. Depresyon hastalarına bakım verenlere yapılan çalışmalarda, depresyon hastalarının bakım vericilerinde de depresyon varlığını tespit edilmiştir (30, 31). Bakım vericilerin bakım verme yüklerini görmezden gelmek depresyon varlığına sebep olabilmektedir (97).

ANKSİYETE BOZUKLUKLARINDA BAKIM VEREN YÜKÜ

Çalışmalar anksiyete bozukluklarında bakım vermenin beraberinde yük getirdiği göstermektedir (23). Yapılan çalışmalarda komorbid duygudurum bozukluğunun varlığı ve

hastalığın ciddiyetinin fazla olmasının beraberinde artan bakım veren yükünü getirdiği gösterilmektedir (98).

OBSESİF KOMPULSİF VE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLARDA BAKIM VEREN YÜKÜ

Dünyada Obsesif Kompulsif Bozukluk, DSÖ'ne göre en çok işlev kaybı oluşturan, ilk on tıbbi durum içinde bulunmaktadır (99). Obsesif Kompulsif Bozukluk nüfusun %1-3'ünü etkileyen nöropsikiyatrik bir bozukluktur (100).

Literatürde obsesif kompulsif bozukluk hastalarına bakım vermenin şizofreniyle eş değer düzeyde ağır bakım yüküne neden olduğu bildirilmektedir (31, 101). Çalışmalarda hasta yakınlarının yaklaşık %75'i hastalarının belirtilerine, kaçınma davranışlarına ve ritüellerine eşlik ederler (31). OKB hastalarının yakınları hastanın kompulsiyonlarına dahil olduklarında bir çok psikiyatrik hastalığa göre daha fazla etkilenmektedirler (102-104).

Yapılan araştırmalarda depresyon hastalarıyla karşılaştırıldığında obsesif kompulsif bozukluk hastalarının yaşam kalitelerinin ve işlevsellikleri daha iyi olmasına rağmen, bakım veren yükünün daha fazla olduğu gösterilmiştir (105).

Çalışmalarda hastanın yeti yitiminin artması, bakım verdikleri hastalarının çalışmaması ile birlikte artan ekonomik yük ile bakım veren yükünün artmakta olduğu gösterilmiştir (101, 106, 107).

NÖROGELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR VE MENTAL RETARDASYONDA BAKIM VEREN YÜKÜ

Mental retardasyon uyum ve entelektüel işlevlerde sorunlar ile karakterize, etiyolojide pek çok farklı etkenin rol oynayabildiği bozukluklar yelpazesidir (108).

Dünya çapında bilinen yaygınlığı %0,9–1,7 olarak bildirilmekle beraber tahminler gelişmemiş ülkelerde bu oranın %3'e kadar çıkabileceği yönündedir (109).

Ülkemizde yapılan bir çalışmada mental retarde bireye bakım vermenin getirdiği yük ölçüldüğünde, şizofreni hastalarına bakım verenlere yapılan çalışmalardaki bakım veren yükünden, serebral palsili hastalara bakım verenlere yapılan çalışmalardaki bakım verme yükünden ve geriyatrik hemiplejik hastalara bakım verenlere yapılan çalışmalardaki bakım verme yükünden daha yüksek oranda bakım verme yükü tespit edilmiştir (110).

Literatürde mental retarde bireye bakım vermenin bakım yükünü, hastada davranışsal komorbid psikiyatrik bozuklukların ve davranışsal bozuklukların varlığının arttırdığı gösterilmiştir (111, 112). Yine literatürde bakım veren ailenin üniversite mezunu olması durumunda bakım verme yükünün daha yüksek olduğu gösterilmiştir (110).

GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışmamız 4 Temmuz 2022 – 4 Eylül 2022 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nın yetişkin psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastaların bakıcılarındaki bakım veren yükünü, ve bu yükü etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel desende tasarlanmıştır.

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Şubat – Mart – Nisan 2022 aylarında toplam 2600 poliklinik başvuru sayısı olduğu tespit edilmiştir. Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM) başvuruları ve mükerrer kayıtlar hariç tutularak incelendiğinde, 1813 farklı hasta olduğu tespit edilmiştir. Yapılan örneklem hesabında %95 güç ve %5 hata payı, serbestlik derecesi (df)=1, etki büyüklüğü=0,3 alındığında minimum 320 bakım verene ulaşılması planlanmıştır.

Çalışmamız, Trakya Üniversitesi Tıp fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik kurulu tarafından değerlendirilip etik kurul onayı (Ek 1) ve Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının bilgisi dahilinde yapılması için Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğünden alınan izinden (Ek 2) sonra sonrası Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı ve Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'ndan alınan izinler sonrası 04 Temmuz 2022 – 04 Eylül 2022 tarihleri arasında çalışma gerçekleştirilmiştir. Çalışmanın evrenin, Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM) başvuruları ve mükerrer kayıtlar hariç tutarak incelendiğinde, bu süreçte başvuran 1423 hastanın bakım vereni oluşturmuş, bu bakım verenlerden çalışmaya katılmaya gönüllü olan 323 hasta yakının katılımıyla veri toplama aşaması tamamlanmıştır.

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilme kriterleri 18 yaş ve üzerinde olmak, çalışmaya katılmak için gönüllü olmak, DSM-5-TR ölçütlerine göre en az 1 yıldır şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, majör depresyon, anksiyete bozukluğu ve diğer ruhsal bozukluk (madde bağımlılığı, organik ruhsal bozukluklar, somatik bozukluk, dissosiyatif bozukluk, kişilik bozukluğu) tanısı konulmuş olan bir hastaya, en az 1 yıldır bakım veriyor olmak şeklinde belirlenmiştir.

Gönüllülerin araştırmaya dahil edilmeme kriterleri iletişimi engelleyecek bir probleminin olması, Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi (AMATEM)'ne başvuru yapmış olan bir hastaya bakım veriyor olunması şeklinde belirlenmiştir.

Çalışma gerçekleştirilirken anketler, katılımcıların hastalarının başvuruları sırasında, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne ayaktan başvuran hastaların yakınlarına, bekleme salonunda bekledikleri sırada, yüz yüze şekilde gerçekleştirildi. Araştırmamızda hastaların kimlik bilgileri alınmadı. Araştırmaya katılacak olan bireyler sözlü olarak bilgilendirildi ve onayları alındı. Bu bilgilendirme ve onam alma süreci, çalışma anketinin giriş bölümünde bulunan, araştırmayı açıklayan ve katılımlarını isteyen bir metin yardımıyla sağlandı ve çalışmaya katılmayı kabul ettiğini bildiren gönüllüler çalışmaya alındı.

Katılımcılara sunulan ankette hasta yakınlarının ve hastanın sosyo demografik bilgilerini, ek hastalık durumlarını, bakıma katılım ve bakım vermeyle beraber gelen yük ve memnuniyet durumunu, bakım verme durumunun sosyal yaşamlarına olan etkilerini, hastanın tanısını, hastalığının ağırlığını, hastanın yatış ve ilaç kullanma durumunu sorgulayan 58 soru bulunmaktaydı. Ek olarak hasta yakınlarının bakım verme yükünü değerlendiren 22 soruluk Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ) ankete dahil edildi.

Zarit Bakım Verme Yükü Ölçegi (ZBVYÖ)

Zarit, Reever ve Bach-Peterson (113) tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Bakım gereksinimi olan bireye veya yaşlıya bakım verenlerin yaşadığı stresi değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık, ya da hemen her zaman şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Yapılan

çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,87 ile 0,94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0,71 olarak bulunmuştur (113).

Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Toplam skoru 0-88 arasında değişmektedir. Yüksek skorlar bakım veren yükünün fazla olduğuna işaret etmektedir. 0-20 arası skorlar bakım veren yükünün hiç olmadığı veya az olduğuna, 21-40 arası skorlar orta dereceli bakım veren yüküne, 41-60 arası skorlar ileri derecede bakım veren yüküne, 61 ve üzerindeki skorlar aşırı derecede bakım veren yüküne işaret etmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle sosyal ve duygusal alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir (113).

Zarit Bakım Verme Yükü Ölçegi'nin yapılan faktör analizi sonunda tek boyutlu olarak kullanılabileceği belirlenmiştir. Ortalaması 20,37±16,54 olan ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0,95 olduğu, madde toplam korelasyon katsayılarının orta, güçlü ve çok güçlü düzeyde değerler (0,43-0,85) aldığı, test-tekrar test değişmezlik katsayısının 0,90 olduğu saptanmıştır (113).

Ölçek Fadime ve ark.'ı (44) tarafından Türkçe'ye çevrilerek geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılmıştır.

İstatistiksel Analiz

Yaptığımız çalışmada elde edilen verilerin istatistiksel analizi SPSS 19 paket istatistik programı (seri no:10240642) ile yapılmıştır. Numerik veriler ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerler olarak; dağılım verileri n (kişi sayısı) ve % (%) olarak verilmiştir. Verilerimizin analizinde tanımlayıcı istatistikler ile birlikte nonparametrik testler olan Kruskall Wallis, Mann Whitney-U, Spearman testleri kullanılmıştır. Gerekli durumlarda Post-hoc tam hane testi değerlendirmeleri yapılmış, Bonferonni düzeltmesi uygulanmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p<0,05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Psikiyatri hastalıran bakım verenlerin üzerindeki bakım veren yükünü değerlendirmek amacıyla yaptığımız çalışmamıza toplam 323 gönüllü katılımcı dahil edilmiştir.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin 213'ünün (%65,94) kadın, 110'unun (%34,06) erkek olduğu saptanmıştır (Şekil 1).



Şekil 1. Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımları

Bakım verenlerin yaş ortalaması 43,83±13,27 yıl olmakla birlikte, minimum yaş 19 ve maksimum yaş 81 şeklindedir (Tablo 1).

Tablo 1. Bakım verenlerin yaş dağılımı

	Ortalama± standart sapma	**Medyan (persantil %25-75)**	**Minimum-Maximum**

Bakım veren yaşı	**43,83±13,27**	**41,0**	**19,00-81,00**

Bakım verenlerin yakınlık durumu incelendiğinde sırasıyla en çok 72'sinin (%22,29) hastanın eşi, 70'inin (%21,67) hastanın çocuğu, 64'ünün (%19,81) hastanın annesi, 62'sinin (%19,20) hastanın kardeşi, 34'ünün (%10,53) hastanın babası, 21'inin (%6,5) hastanın diğer yakınları olduğu saptanmıştır (Şekil 2).



Şekil 2. Bakım verenlerin yakınlık derecesi

Bakım verenlerin öğrenim durumu incelendiğinde 111'inin (%34,37) yüksekokul, 101'inin (%31,27) lise, 68'inin (%21,05) ilkokul, 37'sinin (%11,46) ortaokul, 5'inin (%1,55) okur-yazar ve 1'inin (%0,31) okur-yazar olmadığı saptanmıştır. Bakım verenlerin medeni durumu incelendiğinde 185'inin (%57,28) evli, 73'ünün (%22,6) bekar, 44'ünün (%13,62) boşanmış ve 21'inin (%6,5) eşi vefat etmiş olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin çocuk durumları incelendiğinde 215'inin (%66,56) çocuğu olduğu ve 108'inin (%33,44) çocuğu olmadığı saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların hastaya yakınlık ve demografik dağılımları

		Kişi sayısı (%)
Cinsiyet	Kadın	213 (65,94)
	Erkek	110 (34,06)
Eğitim	Okur-Yazar Değil	1 (0,31)
	Okur-Yazar	5 (1,55)
	İlkokul	68 (21,05)
	Ortaokul	37 (11,46)
	Lise	101 (31,27)
	Yüksekokul	111 (34,36)
Medeni durum	Evli	185 (57,28)
	Bekar	73 (22,6)
	Boşanmış	44 (13,62)
	Eşi Vefat Etmiş	21 (6,5)
Yakınlık	Anne	64 (19,81)
	Baba	34 (10,53)
	Eş	72 (22,29)
	Kardeş	62 (19,2)
	Çocuk	70 (21,67)
	Diğer	21 (6,5)

Bakım verenlerin maaş durumları incelendiğinde 198'inin (%61,3) sabit maaşı olduğu, 125'inin (%38,7) sabit maaşı olmadığı saptanmıştır.

Bakım verenlerin maddi durumu incelendiğinde 188'inin (%58,2) "Geliri Giderine Eşit" cevabını verdiği, 84'ünün (%26,01) "Geliri Giderinden Az" cevabını verdiği ve 51'inin (%15,79) "Geliri Giderinden Az" cevabı verdiği saptanmıştır.

Bakım verenlerin sosyal güvence durumu incelendiğinde 257'sinin (%79,57) sosyal güvencesinin olduğu, 66'sının (% 20,43) sosyal güvencesi olmadığı saptanmıştır.

Bakım verenlerin evin aidiyet durumları incelendiğinde 125'inin (%38,7) bakım verenin evinde kaldığı, 124'ünün (%38,7) evi olmadığı ve kirada kaldığı ve 74'ünün (%22,91) hastaya ait olan bir evde kaldığı saptanmıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Bakım verenlerin gelir durumu ve sosyal güvence dağılımları

		Kişi sayısı (%)
Sabit maaş	Hayır	125 (38,7)
	Evet	198 (61,3)
Maddi durum	Geliri Giderinden Az	84 (26,01)
	Geliri Giderine Eşit	188 (58,2)

	Geliri Giderinden Çok	51 (15,79)
Sosyal güvence	Hayır	66 (20,43)
	Evet	257 (79,57)
Evin aidiyet durumu	Kira	124 (38,39)
	Bakım verenin	125 (38,7)
	Hastanın	74 (22,91)

Bakım verenlerin hastalarına ait ayrı bir hasta odası varlığı incelendiğinde 263'ünün (%81,42) hasta için ayrı bir odası olduğu ve 60'ının (%18,58) hasta için ayrı bir hasta odası olmadığı saptanmıştır.

Bakım verenlerin düzenli katıldığı sosyal aktivite durumları incelendiğinde 237'sinin (%73,37) düzenli katıldığı sosyal aktivitelerinin olmadığı ve 86'sının (%26,63) düzenli katıldığı sosyal aktivitelerinin olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin düzenli olarak fiziksel egzersiz yapma durumları incelendiğinde 252'sinin (%78,02) düzenli egzersiz yapmadığı ve 71'inin (%21,98) düzenli egzersiz yaptığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Bakım verenlerin sosyal aktivite ve egzersiz durumları

		Kişi sayısı (%)
Düzenli katılınan sosyal aktivite	Hayır	237 (73,37)
	Evet	86 (26,63)
Düzenli fiziksel egzersiz	Hayır	252 (78,02)
	Evet	71 (21,98)

Bakım verenlerin kronik hastalığa sahip olma durumu incelendiğinde 179'ununun (%55,42) kronik bir hastalığının olmadığı ve 144'ünün (%44,58) kronik hastalığı olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin psikiyatrik tanıları incelendiğinde 252'sinin (%78,95) psikiyatrik bir tanısının olmadığı, 5'inin (%1,55) şizofreni tanısının olduğu, 1'inin bipolar bozukluk tanısı olduğu (%0,31), 31'inin (%9,6) depresyon tanısına sahip olduğu, 16'sının (%4,95) anksiyete bozukluğu tanısının olduğu, 16'sının (%4,95) obsesif kompulsif bozukluk tanısının olduğu, 2'sinin (%0,62) ise tanısını bilmediği bir psikiyatrik hastalığa sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. Bakım verenlerin kronik hastalık ve psikiyatrik hastalık durumları

		Kişi sayısı (%)
Kronik hastalık	**Hayır**	**179 (55,42)**
	Evet	**144 (44,58)**
Psikiyatrik tanı	**Hayır**	**255 (78,95)**
	Evet	**68 (21,05)**
Pskiyatrik tanı	**Tanı yok**	**255 (78,95)**
	Şizofreni	**5 (1,55)**
	Bipolar	**1 (0,31)**
	Depresyon	**31 (9,6)**
	Anksiyete Bozukluğu	**16 (4,95)**
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	**16 (4,95)**
	Bilmiyorum	**2(0,62)**

Bakım verenlerin bakım verme tecrübeleri incelendiğinde 256'sının (%79,26) hasta bakımına dair tecrübesi olmadığı ve 67'sinin (%20,74) daha önce bakım ihtiyacı olan bir hastaya bakım verme tecrübesi olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin 169'ununun (%52,32) hastaya bakım veren tek kişi olduğu, 154'ünün (%47,68) hasta bakımını veren tek kişi olmadığı saptanmıştır.

Bakım verenlerin verdiklerin bakım için; bakım ücreti alma durumu incelendiğinde 300'ünün (%92,88) bakım ücreti almadığı ve 23'ünün (%7,12) bakım ücreti aldığı saptanmıştır.

Bakım verenlerin bakım yardım gereksinimi duyma durumları incelendiğinde 190'ının (%58,82) bakım konusunda yardım gereksinimi duydukları ve 133'ünün (%41,18) bakım konusunda yardım gereksinimi duymadıkları saptanmıştır.

Bakım verenlerin hastalara bakım verme sürecinde yeteri kadar yardım alma durumları incelendiğinde 175'inin (%54,18) diğer aile bireylerinden yeteri kadar yardım aldığını düşündüğü ve 148'inin (%45,82) yeteri kadar yardım almadığını düşündüğü saptanmıştır.

Bakım verenlerin bakım verme sürecince yeterli aile desteği alma durumu incelendiğinde 191'inin (%59,13) yeterli aile desteğini aldığını düşündüğünü ve 132'sinin (%40,87) yeterli aile desteği almadığını düşündüğü saptanmıştır.

Bakım verenlerin verdikleri bakımdan bakım memnuniyeti incelendiğinde 262'sinin (%81,11) verdikleri bakımdan memnun olduğu ve 61'inin (%18,89) verdikleri bakımdan memnun olmadıkları saptanmıştır.

Bakım verenlerin bakım konusunda kendilerini yeterli hissetme durumları incelendiğinde 166'sının (%51,39) "yeterli" cevabı verdiği, 98'inin (%30,34) "bilmiyorum" cevabı verdiği ve 59'ununun (%18,27) "yetersiz" cevabı verdiği saptanmıştır.

Bakım verenlerin bakımla ilgili eğitim gereksinimi duyma durumları incelendiğinde 133'ünün (%41,19) bakıma dair eğitimgereksinimi duydukları, 104'ünün (%32,2) bakımla ilgili eğitim gereksinimi duymadıkları ve 86'sının (%26,63) bilmiyorum cevabı verdiği saptanmıştır.

Bakım verenlerin "Bakım verme durumunun evlilik / uzun süreli ilişki konusunda kötü etkisi oluyor mu?" sorusu yöneltildiğinde 190'nın (%58,82) "Evet" cevabı verdiği ve 131'inin (%41,18) "Hayır" cevabı verdiği saptanmıştır (Tablo 6).

Tablo 6. Bakım verenlerin bakım verme durumları ile ilgili düşünceleri

		Kişi sayısı (%)
Bakım verme tecrübesinin varlığı	Hayır	256 (79,26)
	Evet	67 (20,74)
Bakıcısının tek kişi olma durumu	Hayır	154 (47,68)
	Evet	169 (52,32)
Bakım ücreti alma	Hayır	300 (92,88)
	Evet	23 (7,12)
Bakım konunda yardıma ihtiyaç duyma	Hayır	133 (41,18)
	Evet	190 (58,82)
Yeterli yardım alma	Hayır	148 (45,82)
	Evet	175 (54,18)
Yeterli aile desteği alma	Hayır	132 (40,87)
	Evet	191 (59,13)
Verdiği bakımdan memnuniyet	Hayır	61 (18,89)
	Evet	262 (81,11)
Hastaya verilen bakımda yeterli hissetme durumu	Yetersiz	59 (18,27)
	Yeterli	166 (51,39)
	Bilmiyorum	98 (30,34)
Bakım konusunda danışmanlığa ihtiyaç duyma	Hayır	104 (32,19)
	Evet	133 (41,18)
	Bilmiyorum	86 (26,63)
Bakım vermenin evlilik/uzun süreli ilişki üzerine kötü etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?	Hayır	133 (41,18)
	Evet	190 (58,82)

Bakım alan hastaların eğitim durumu incelendiğinde 116'sının (%35,91) lise, 75'inin (% 23,22) ilkokul, 73'ünün (%22,6) yüksekokul, 48'inin (%14,86) ortaokul ve 11'inin (%3,41) okur-yazar olduğu saptanmıştır.

Bakım alan hastaların medeni durumu incelendiğinde 125'inin (%38,7) hiç evlenmemiş, 115'inin (%35,6) evli, 57'sinin (%17,65) boşanmış/ayrı yaşıyor ve 26'sının (%8,05) eşinin ölmüş olduğu saptanmıştır.

Bakım alan hastaların çalışma durumu incelendiğinde 215 (%66,56) hastanın bir işte çalışmadığı ve 108'inin (%33,44) bir işte çalıştığı saptanmıştır.

Bakım alan hastaların 309'ununun (%95,67) yalnız yaşamadığı ve 14'ünün (%4,33) yalnız yaşadığı saptanmıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Bakım verilen hastanın sosyodemografik durumu

		Kişi sayısı (%)
Hasta eğitim durumu	Okur-Yazar	11 (3,41)
	İlkokul	75 (23,22)
	Ortaokul	48 (14,86)
	Lise	116 (35,91)
	Yüksekokul	73 (22,6)
Hasta medeni durumu	Hiç Evlenmemiş	125 (38,7)
	Evli	115 (35,6)
	Eşi Ölmüş	26 (8,05)
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	57 (17,65)
Hasta çalışıyor mu	Hayır	215 (66,56)
	Evet	108 (33,44)
Hasta yalnız mı yaşıyor	Hayır	309 (95,67)
	Evet	14 (4,33)

Bakım alan hastaların psikiyatrik tanıları bakım verenlere sorulduğunda, 72'sinin (%22,29) "Belirtmek istemiyorum" cevabı verdiği, 59'ununun (%18,27) "depresyon" cevabı verdiği, 56'sının (%17,34) "şizofreni" cevabı verdiği, 33'ünün (%10,22) "anksiyete bozukluğu" cevabı verdiği, 29'ununun (%8,98) "bipolar" cevabı verdiği, 18'inin (%5,57) "obsesif kompulsif bozukluk cevabı verdiği ve 6'sının (%1,86) "mental retarde, 50'sinin (%15,48) "bilmiyorum" cevabı verdiği," cevabı verdiği saptanmıştır.

Bakım alan hastaların istemsiz yatış durumu incelendiğinde 229'ununun (%70,9) istemsiz yatışı olmadığı ve 93'ünün (%29,1) istemsiz yatışının olduğu saptanmıştır.

Bakım alan hastaların saldırganlık durumu incelendiğinde 229'ununun (%70,9) saldırgan davranışlarının olmadığı ve 93'ünün (%29,1) saldırgan davranışlarının olduğu saptanmıştır.

Bakım alan hastaların ilaç kullanım durumu incelendiğinde 190'nın (%58,82) ilaçlarını düzenli kullandığı, 98'inin (%30,34) düzensiz/uygunsuz miktarda ilaç kullanımının olduğu, 23'ünün (%7,12) düzenli bir şekilde ilaçlarını kullanmadığı ve 12'sinin (%3,72) ilaçlarının düzenli kullanıp kullanmadığının bilinmediği saptanmıştır.

Bakım alan hastaların düzenli psikiyatri kontrollerine gitme durumu incelendiğinde 226'sının (%69,97) düzenli kontrollerine gittiği, 68'inin (%21,05) düzenli kontrollerine gitmediği ve 29'ununun (%8,98) düzenli psikiyatrik kontrollerine gitme durumunun bilinmediği saptanmıştır.

Bakım alan hastaların psikiyatrik tedavileri için ilaç dışı tedavi alma durumu incelendiğinde 279'ununun (%86,38) ilaç dışında ek bir tedavi almadığı, 34'ünün (%10,53) psikoterapi aldığı ve 10'nun (%3,1) diğer tedavileri aldığı saptanmıştır.

Bakım alan hastaların intihar girişim durumları incelendiğinde 234'ünün (%72,45) intihar girişimi olmadığı ve 89'ununun(%27,55) intihar girişimi olduğu saptanmıştır.

Bakım alan hastaların sigara kullanım durumları incelendiğinde 109'ununun (%33,75) sigara kullanmadığı ve 214'ünün(%66,25) sigara kullandığı saptanmıştır.

Bakım alan hastaların alkol kullanım durumları incelendiğinde 220'nin (%68,11) alkol kullanımın olmadığı ve 103'ün(%31,89) alkol kullanımının olduğu saptanmıştır.

Bakım alan hastaların haklarında verilen adli bir ceza olma durumları incelendiğinde 276'sının (%85,45) haklarında verilen adli bir cezalarının olmadığı ve 47'sinin (%14,55) haklarında verilen adli bir cezalarının olduğu saptanmıştır.

Bakım alan hastaların sabıka durumları incelendiğinde 305'in (%94,44) sabıka kayıtlarının olmadığı ve 18'in(%5,57) sabıka kayıtlarının olduğu saptanmıştır.

Bakım alan hastaların psikiyatri dışında diğer sağlık durumlarıyla ilgili düzenli kontrol durumları incelendiğinde 85'in (%26,32) düzenli kontrollerine gitmediği, 153'ün(%47,37) düzenli kontrollerine gittiği ve 85'in (%26,32) psikiyatri dışında diğer sağlık durumlarıyla ilgili kontrollerine gitme durumunun bilinmediği saptanmıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Hastanın psikiyatrik tanısı, hastalığının kliniği ve yatış durumu

		Kişi sayısı (%)
Hasta tanı	Şizofreni	56 (17,34)
	Bipolar	29 (8,98)
	Depresyon	59 (18,27)
	Anksiyete Bozukluğu	33 (10,22)
	Obsesif Kompulsif Bozukluk	18 (5,57)
	Mental Retarde	6 (1,86)
	Bilmiyorum	50 (15,48)
	Belirtmek İstemiyorum	72 (22,29)
Hastanın istemsiz yatışı	Hayır	229 (70,9)
	Evet	93 (29,1)
Hasta saldırganlığı	Hayır	199 (61,61)
	Evet	124 (38,39)
İlaç kullanım durumu	Kullanmıyor	23 (7,12)
	Düzensiz /Uygunsuz Miktarda	98 (30,34)
	Düzenli kullanıyor	190 (58,82)
	Bilinmiyor	12 (3,72)
Düzenli psikiyatri kontrol	Hayır	68 (21,05)
	Evet	226 (69,97)
	Bilmiyorum	29 (8,98)
Psikiyatrik ilaç dışında tedavi	Psikoterapi	34 (10,53)
	Diğer	10 (3,1)
	Almıyor	279 (86,38)
İntihar	Hayır	234 (72,45)
	Evet	89 (27,55)
Sigara	Hayır	109 (33,75)
	Evet	214 (66,25)
Alkol	Hayır	220 (68,11)
	Evet	103 (31,89)
Adli öykü	Hayır	276 (85,45)
	Evet	47 (14,55)
Sabıka kaydı	Hayır	305 (94,44)
	Evet	18 (5,57)
Psikiyatrik hastalığı için düzenli kontrole gitme durumu	Hayır	85 (26,32)
	Evet	153 (47,37)
	Bilmiyorum	85 (26,32)

Bakım alan hastaların ailelerinde ruhsal hastalık varlığı incelendiğinde 134'ünün (%41,49) ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü olmadığı, 177'sinin (%54,8) ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu ve 12'sinin (%3,72) ailelerinde ruhsal hastalık varlığının bilinmediği saptanmıştır.

Bakım alan hastaların ailelerinde bakım gerektiren hastalık durumu incelendiğinde 236'sının (%73,07) ailelerinde bakım gerektiren hastalık olmadığı, 69'ununun (%21,36) ailelerinde bakım gerektiren hastalığın olduğu ve 18'inin (%5,57) ailelerinde bakım gerektiren hastalık durumunun bilinmediği saptanmıştır.

Bakım verenlerin ruhsal hastalık durumu incelendiğinde 202'sinde ruhsal hastalık (%62,54) olmadığı, 103'ünde (%31,89) ruhsal hastalık olduğu ve 18'inin (%5,57) durumunun bilinmediği saptanmıştır.

Bakım alan hastaların ailede intihar durumları incelendiğinde 226'sında (%69,97) olmadığı, 82'sinde (%25,39) olduğu ve 15'inde (%4,64) bilinmediği saptanmıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Bakım verenlerin kronik hastalık ve ruhsal hastalık durumları

		Kişi sayısı (%)
Hastaların ailelerinde ruhsal öyküsü	Hayır	134 (41,48)
	Evet	177 (54,8)
	Bilmiyorum	12 (3,72)
Hastanın Ailesinde bakım gerektiren hastalık	Hayır	236 (73,07)
	Evet	69 (21,36)
	Bilmiyorum	18 (5,57)
Bakım verenlerde ruhsal hastalık varlığı	Hayır	202 (62,54)
	Evet	103 (31,89)
	Bilmiyorum	18 (5,57)

Bakım verenlerin yaş ortalaması 43,83±13,27 yıl olarak saptanmıştır. Evli olan bakım verenlerin evlilik süresi ortalama 15,46±16,98 yıl olarak saptanmıştır. Bakım verilen süre ortalama 9,18±8,01 yıl olarak saptanmıştır. Bakım verilerin hastaların hastalık süresi ortalama 9,18±8,01 yıl olarak saptanmıştır. Evde yaşayan kişi sayısı ortalama 3,33±1,15 (ortanca: 3), bakıma katılan kişi sayısı 1,96±0,89 (ortanca: 2) olarak saptanmıştır (Tablo 10).

Tablo 10. Bakım verenlerin yaş, evlilik süresi ve evde yaşayan ve bakıma katılan kişi sayısı

	Ortalama± standart sapma	**Medyan (güven aralığı %25-75)**
Bakım verenlerin yaşı	43,83±13,27	41 (33-53)
Bakım verenlerin evlilik süresi	15,46±16,98	10 (0-30)

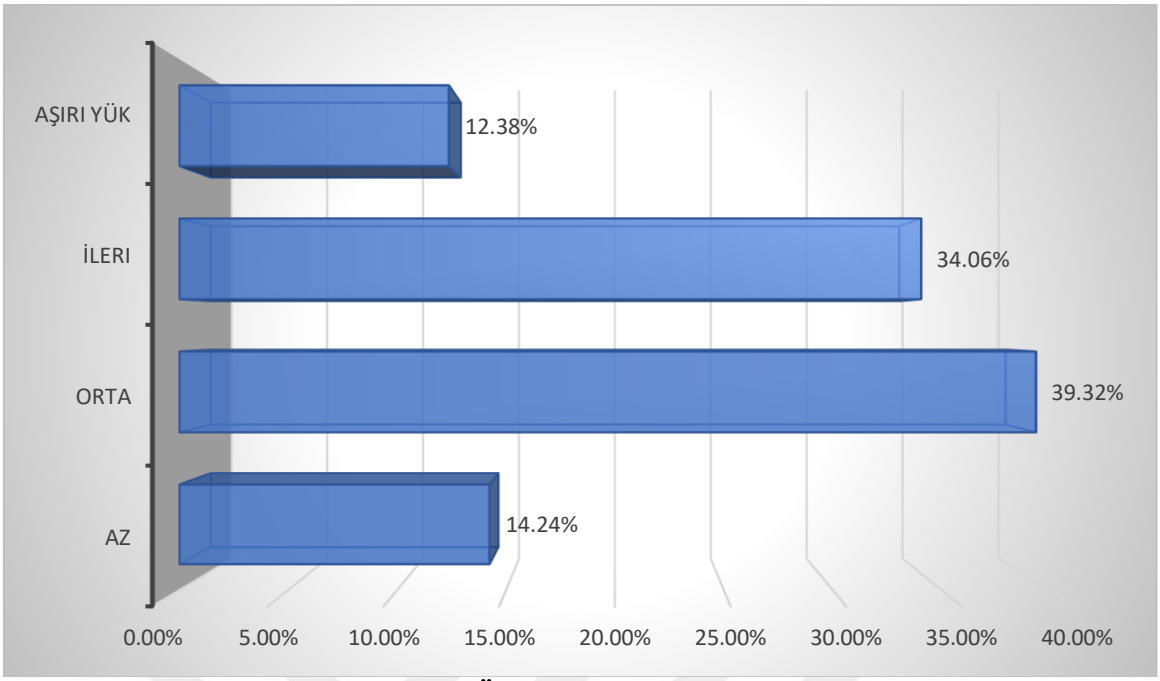
Evde yaşayan kişi sayısı	3,33±1,15	3 (2-4)
Bakım süresi	9,18±8,01	6 (3-13)
Bakıma katılan kişi sayısı	1,96±0,89	2 (1-3)

Hastaların ortalama yaşı 43,12±15,75 başlangıç yaşı ortalama 31,98±14,18 yıl olarak saptanmıştır. Tanı sonrası geçen ortalama süre 11,09±9,58 yıl, ilaç kullanım süresi ortalama 9,56±9,19 yıl, yıllık ortalama atak sayısı 2,82±3,89 olarak saptanmıştır. Hastaların psikiyatrik yatış sayısı ortalama 2,43±4,15, ortalama yatış günü 72,41±136,28 olarak saptanmıştır (Tablo 11).

Tablo 11. Bakım verilen hastaların yaşı, hastalık süresi, yatış durumları, hastalıklarının başlangıç yaşı, atak sayısı, tanı sonrası geçen süre ve ilaç kullanım süresi

	Ortalama± standart sapma	**Medyan (güven aralığı %25-75)**
Hastanın yaşı	43,12±15,75	40 (30-56)
Hastalık süresi	10,49±8,61	7 (4-16)
Hastalık başlangıç yaşı	31,98±14,18	30 (22-39)
Tanı sonrası geçen süre	11,09±9,58	7 (4-18)
Yılda atak sayısı	2,82±3,89	2 (1-3)
Psikiyatrik yatış sayısı	2,43±4,15	1 (0-3)
Yatarak geçen süre	72,41±136,28	30 (0-60)
İlaç kullanım süresi	9,56±9,19	6 (2-15)

Bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü ölçek skoru ortalama 39,33±16,42 olarak saptanmıştır. Bakım verenlerin 46'sının (%14,24) az, 127'sinin (%39,32) orta, 110'unun (%34,06) ileri ve 40'ının (%12,38) aşırı düzeyde bakım yükü olduğu saptanmıştır (Şekil 3) (Tablo 12).



Şekil 3. Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre bakım verme yükü düzeyleri

Tablo 12. Bakım verenlerin zarit bakım verme yük ölçeğine göre yük durumları

		Kişi sayısı (%)
Zarit Bakım Verme Yükü düzeyi	Az	46 (14,24)
	Orta	127 (39,32)
	İleri	110 (34,06)
	Aşırı yük	40 (12,38)
	Ortalama± standart sapma	**Medyan (persantil %25-75)**
Zarit Bakım Verme Yükü skoru	39,33±16,42	38 (25-54)

Bakım verenlerin yakınlığı ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,005). Post hoc tam hane testine göre babaların ölçek puanı, anne ve çocuklardan düşük saptanmıştır.

Bakım verenlerin cinsiyeti ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Erkeklerin ölçek puanı, kadınlardan düşük saptanmıştır (Tablo 13).

Tablo 13. Bakım verenlerin yakınlık derecesi ve cinsiyetlerinin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre karşılaştırılması

		Ortalama ± standart sapma	Medyan (güven aralığı %25-75)	z/x^2	p
Yakınlık	Anne	42,81±13,57	43 (33-52)	16,681	**0,005**
	Baba	31,65±16,29	24,5 (19-47)		
	Eş	39,07±17,25	37 (24,5-55)		
	Kardeş	38,77±15,31	37,5 (27-50)		
	Çocuk	42,27±17,26	42 (28-58)		
	Diğer	33,9±17,93	32 (17-52)		
Cinsiyet	Kadın	41,53±16,03	42 (28-55)	-3,470	**0,001**
	Erkek	35,07±16,38	31,5 (22-47)		

Bakım verenlerin sabit maaşı olması ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,006). Sabit maaşı olanların ölçek puanı, olmayanlardan düşük saptanmıştır.

Bakım verenlerin gelir durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,006). Post hoc tam hane testine göre geliri giderine eşit olanların ölçek puanı, geliri giderinden az olanlardan düşük saptanmıştır.

Bakım verenlerin sosyal güvencesi olması ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,016). Sosyal güvencesi olanların ölçek puanı, olmayanlardan düşük saptanmıştır (Tablo 14).

Tablo 14. Bakım verenlerin sosyodemografik durumlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre ilişkisi

		Ortalama ± standart sapma	**Medyan (güven aralığı %25-75)**	**z/x²**	**p**
Sabit maaş alma durumu	Hayır	42,56±16,59	44 (28-58)	-2,754	**0,006**
	Evet	37,29±16,02	35 (24-51)		
Maddi durum	Geliri Giderinden Az	43,14±15,88	45 (30,5-55,5)	7,582	**0,006**
	Geliri Giderine Eşit	37,41±16,89	33,5 (23-53,5)		
	Geliri Giderinden Çok	40,12±14,52	41 (30-51)		
Eğitim durumu	Okur-Yazar Değil	37±,	37 (37-37)	4,849	0,303
	Okur-Yazar	47,4±11,87	52 (39-52)		
	İlkokul	42,28±18,03	44 (24-59,5)		
	Ortaokul	36,92±16,68	35 (22-52)		
	Lise	39,21±16,47	38 (26-54)		
	Yüksekokul	38,1±15,37	36 (26-51)		
Medeni durum	Evli	39,46±16,91	39 (24-55)	5,600	0,129
	Bekar	40,55±16,66	38 (28-55)		

	Boşanmış	34,75±14,64	33 (21,5-47)		
	Eşi Vefat Etmiş	43,57±13,31	45 (32-52)		
Çocuğunuz var mı ?	Hayır	39,04±16	37 (27-51)	-0,212	0,832
	Evet	39,48±16,66	39 (24-55)		
Sosyal güvence durumu	Hayır	44,06±18,75	45,5 (25-61)	-0,240	**0,016**
	Evet	38,12±15,57	37 (25-52)		
Ayrı bir hasta odası var mı ?	Hayır	39,47±18,6	38,5 (22-55,5)	-0,054	0,957
	Evet	39,3±15,91	38 (25-53)		
Oturulan evin aidiyet durumu	Kira	40,98±17,32	41,5 (27-56)	1,737	0,420
	Bakım verenin	38,51±15,55	37 (24-52)		
	Hastanın	37,96±16,28	36,5 (26-55)		

Bakım verenlerin düzenli sosyal aktivite durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Düzenli sosyal aktivitesi olmayanların bakım verme yükü, düzenli sosyal aktivitesi olan bakım verenlerden daha yüksek saptanmıştır (Tablo 15).

Tablo 15. Bakım verenlerin düzenli sosyal aktivite ve egzersiz durumlarının Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği'ne göre ilişkisi

Sosyal aktivite	Hayır	35(14,8)	85(35,9)	77(32,5)	40(16,9)	18,030	**<0,001**
	Evet	11(12,8)	42(48,8)	33(38,4)	0(0)		
Egzersiz	Hayır	38(15,1)	97(38,5)	80(31,7)	37(14,7)	7,452	0,059
	Evet	8(11,3)	30(42,3)	30(42,3)	3(4,2)		

Bakım verenlerde kronik hastalık varlığı ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,002). Kronik hastalığa sahip olanların ölçek puanı, olmayanlardan yüksek saptanmıştır.

Bakım verenlerin psikiyatrik tanı varlığı ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,033). Psikiyatrik hastalık tanısına sahip olanların ölçek puanı, olmayanlardan yüksek saptanmıştır.

Bakım verenlerin psikiyatrik tanısının tipi ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,035). Bilmiyorum yanıtı verenler, tanısı olanlara göre daha düşük puan aldığı saptanmıştır. Tanıların bir birileri ile arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 16).

Tablo 16. Bakım verenlerin kronik hastalık ve psikiyatrik hastalık durumlarının bakım verme yüküne etkisi

		Ortalama ± standart sapma	**Medyan (güven aralığı %25-75)**	**z/x^2**	**p**
Kronik hastalık	Hayır	36,69±15,64	35 (24-49)	-3,064	**0,002**
	Evet	42,61±16,81	43 (27-57)		
Psikiyatrik	Hayır	38,4±16,26	36 (24-52)	-2,130	**0,033**
	Evet	42,84±16,66	45 (33-58)		
Psikiyatrik tanı	Tanı yok	38,36±16,23	36 (24-52)	14,291	**0,027**
	Şizofreni	40,2±15,71	47 (27-52)		
	Bipolar	63±,	63 (63-63)		
	Depresyon	43,32±12,05	43 (35-49)		
	Anksiyete Bozukluğu	41,38±22,54	46,5 (21,5-62)		
	OKB	46,56±16,24	51 (34,5-56,5)		
	Mental Retarde	0	0		
	Bilmiyorum	11,5±0,71	11,5 (11-12)		

	Belirtmek İstemiyorum	0	0		

Bakım verenlerin hastanın bakımı sırasında yardıma ihtiyaç duyma durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Bakım yardımına ihtiyaç duyduğunu düşünenlerin ölçek puanı, yardıma ihtiyaç duymadığını düşünenlere göre yüksek saptanmıştır.

Bakım sırasında diğer aile bireylerinden yeterli yardımı aldığını düşünenlerin ölçek puanı, almayanlardan düşük saptanmıştır(p=0,001). Bakım konusunda yeterli yardımı aldığını düşünenlerin ölçek puanı, almadığını düşünenlerden düşük saptanmıştır.

Bakım verenlerin, verdiklerin bakımdan memnuniyeti ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Verdikleri bakımdan memnun olanların ölçek puanı, olmayanlardan düşük saptanmıştır.

Bakım verenlerin bakım verme konusunda kendini yeterli hissetmesi ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Post hoc tam hane testine göre kendini yeterli hissedenlerin puanı, yetersiz ve bilmiyorum yanıtı verenlerden düşük saptanmıştır.

Bakım verenlerin bakım konusunda eğitim alma gereksinimi duyma durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Post hoc tam hane testine göre hayır yanıtı verenlerin puanı, evet ve bilmiyorum yanıtı verenlerden düşük saptanmıştır.

Bakım verenlerin bakım vermenin evlilik/uzun süreli ilişkileri üzerine kötü etkisi olma durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Post hoc tam hane testine göre hayır yanıtı verenlerin puanı, evet ve bilmiyorum yanıtı verenlerden düşük saptanmıştır (Tablo 17).

Tablo 17. Bakım verenlerin bakım verme konusundaki durumlarının bakım verme yüküne etkisi

	Ortalama ± standart sapma	**Medyan (güven aralığı %25-75)**	**z/x^2**	**p**

Bakım verme tecrübesi	Hayır	39,35±16,9	38 (24-54)	-0,049	0,961
	Evet	39,27±14,53	36 (28-52)		
Hasta bakımına katılan tek kişi misiniz?	Hayır	38,64±17,13	37 (24-52)	-0,859	0,391
	Evet	39,96±15,76	39 (27-54)		
Bakım konusunda yardıma ihtiyaç duyuyor musunuz?	Hayır	34,84±17,22	30 (20-52)	-4,126	**<0,001**
	Evet	42,47±15,1	43 (31-54)		
Bakım sırasında diğer aile bireylerinden yeterli yardım alma durumu	Hayır	42,3±14,67	43 (31-54)	-3,217	**0,001**
	Evet	36,82±17,41	33 (22-53)		
Verilen bakım dan memnuniyet durumu	Hayır	46,93±15,04	47 (36-58)	-3,939	**<0,001**
	Evet	37,56±16,24	35 (24-52)		
Verilen bakım konusunda kendini yeterli hissetme durumu	Yetersiz	44,59±15,93	45 (32-58)	15,972	**<0,001**
	Yeterli	35,96±16,41	33 (22-51)		
	Bilmiyorum	41,87±15,56	42 (29-55)		
Bakım konusunda eğitim ihtiyacı duyuyor musunuz ?	Hayır	32,74±16,8	27,5 (20-45)	25,942	**<0,001**
	Evet	42,05±15,54	42 (31-54)		
	Bilmiyorum	43,09±15	45,5 (31-55)		
	Hayır	34,64±16,09	33 (21-47)	18,145	**<0,001**

Bakım vermenin evlilik/uzun süreli ilişkiniz üzerine kötü etkisi olduğunu düşünüyor musunuz?	Evet	42,44±15,95	43 (30-56)		
	Bilmiyorum	51,5±2,12	51,5 (50-53)		

Bakım verilen hastanın eğitim durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,007). Post hoc tam hane testine göre orta okul mezunu hastalara bakım verenlerin puanı, lise ve yüksek okul mezunu hastalara bakım verenlerden yüksek saptanmıştır.

Bakım verilen hastanın çalışma durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Çalışan hastalara bakım verenlerin, çalışmayan hastalara bakım verenlerden düşük puan aldığı saptanmıştır (Tablo 18).

Tablo 18. Hastaların sosyo-demografik durumlarının bakım verme yüküne etkisi

		Ortalama ± standart sapma	**Medyan (güven aralığı %25-75)**	**z/x^2**	**p**
Hasta eğitim durumu	Okur-Yazar	36,73±15,59	43 (29-46)	13,996	**0,007**
	İlk okul	42,4±18,77	41 (24-61)		
	Ortaokul	45,65±15,43	49 (33-59)		
	Lise	37,06±15,64	37 (23-51)		
	Yüksekokul	36,03±14,37	33 (24-46)		
	Hiç Evlenmemiş	38,46±14,97	38 (27-51)	0,665	0,881

Hasta medeni durumu	Evli	39,84±17,43	37 (25-57)		
	Eşi Ölmüş	39,31±19,09	35,5 (24-52)		
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	40,21±16,42	43 (24-53)		
Hasta bir işte çalışıyor mu ?	Hayır	42,06±16,31	42 (28-56)	-4,207	**<0,001**
	Evet	33,9±15,29	30,5 (22-45,5)		
Hasta yalnız mı yaşıyor ?	Hayır	39,41±16,53	38 (25-54)	-0,378	0,706
	Evet	37,57±14,19	36 (25-51)		

Bakım verenlerde hastaların tanıları ile bakım yükü karşılaştırıldığında şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerin 51'inde(%91,1) ileri ve aşırı yük olduğu, bipolar bozukluk tanılı hastalara bakım verenlerin 17'sinde (%58,6) ileri ve aşırı yük olduğu, depresyon tanılı hastalara bakım verenlerin 26'sında (%44,1) ileri ve aşırı yük olduğu, anksiyete bozukluğu tanılı hastalara bakım verenlerin 8'inde (%24,2) ileri ve aşırı yük olduğu, Okb tanılı hastalara bakım verenlerin 7'sinde (%38,9) ileri ve aşırı yük olduğu, mental retarde tanılı hastalara bakım verenlerin 4'ünde (%66,7) ileri ve aşırı yük olduğu, bakım verdiği hastanın tanısını bilmeyen bakım verenlerin 13'ünde (%26) ileri ve aşırı yük olduğu, bakım verdiği hastanın tanısını belirtmek istemeyen bakım verenlerin ise 13'ünde (%26) ileri ve aşırı yük olduğu saptanmıştır (Tablo 19).

Tablo 19. Bakım verilen hastaların tanılarının bakım verme yüküne göre etkisi

		Az n (%)	**Orta n (%)**	**İleri n (%)**	**Aşırı yük n (%)**	x^2	p
Hasta tanısı	Şizofreni	0 (0)	5 (8,9)	31 (55,4)	20 (35,7)	90,598	**<0,001**
	Bipolar	5 (17,2)	7 (24,1)	14 (48,3)	3 (10,3)		
	Depresyon	10 (16,9)	23 (39)	18 (30,5)	8 (13,6)		
	Anksiyete Bozukluğu	5 (15,2)	20 (60,6)	8 (24,2)	0 (0)		

	Okb	2 (11,1)	9 (50)	6 (33,3)	1 (5,6)		
	Mental Retarde	1 (16,7)	1 (16,7)	4 (66,7)	0 (0)		
	Bilmiyorum	14 (28)	23 (46)	9 (18)	4 (8)		
	Belirtmek İstemiyorum	9 (12,5)	39 (54,2)	20 (27,8)	4 (5,6)		

Bakım verilen hastanın tanısı ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Post hoc testinde şizofren tanılı hastalara bakım verenlerin, mental retarde hariç tüm tanılı hastalara bakım verenlerden yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Bakım verilen hastanın istemsiz yatış durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). İstemsiz yatış yapılan hastalara bakım verenlerin daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Bakım verilen hastanın saldırgan davranışlarının olma durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Saldırgan davranışları olan hastalara bakım verenlerin daha yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Bakım verilen hastanın düzenli ilaç kullanım durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Post hoc testinde ilaç kullanmayanların, düzensiz/uygunsuz ilaç kullananlardan ve düzenli ilaç kullananlardan yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Bakım verilen hastanın düzenli psikiyatri kontrollerine gitme durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,019). Post hoc testinde hayır yanıtı verenlerin diğer yanıtlara göre daha yüksek puan aldığı saptanmıştır (Tablo 20).

Tablo 20. Hastaların hastalık ve tedavi durumlarının bakım verme yüküne etkisi

		Ortalama ± standart sapma	**Medyan (güven aralığı %25-75)**	**z/x²**	**p**
Hasta tanı	Şizofreni	55,13±10,68	55 (46,5-63)	72,542	**<0,001**
	Bipolar	42,59±16,58	50 (30-56)		
	Depresyon	38,81±16,7	39 (24-57)		
	Anksiyete Bozukluğu	32,67±12,32	30 (24-38)		
	OKB	36,61±14,14	35,5 (26-50)		

	Mental Retarde	38,17±17,13	42,5 (27-49)		
	Bilmiyorum	31,08±16,02	25,5 (20-45)		
	Belirtmek İstemiyorum	35,72±14,09	34 (24,5-43,5)		
Hastanın istemsiz yatışının olma durumu	Hayır	34,13±14,41	32 (23-45)	-8,711	**<0,001**
	Evet	52±13,98	55 (44-62)		
Hastanın saldırgan davranışlarının olma durumu	Hayır	33,61±14,54	31 (22-45)	-7,887	**<0,001**
	Evet	48,52±15,08	52 (38-60)		
Hastanın düzenli ilaç kullanım durumu	Kullanmıyor	48,6±15,33	52 (35-60)	47,772	**<0,001**
	Düzensiz /Uygunsuz Miktarda	37,57±16,2	33 (27-49)		
	Düzenli kullanıyor	34,46±15,14	33 (22-46)		
	Bilinmiyor	44,17±12,16	44,5 (33,5-55,5)		
Hastanın düzenli psikiyatrik kontrollerine gitme durumu	Hayır	41,28±17,29	38 (27,5-55,5)	7,894	**0,019**
	Evet	37,87±16,17	37 (24-52)		
	Bilmiyorum	40,17±14,45	40 (35-60)		
Hastaların psikiyatrik rahatsızlığı için ilaç dışı tedavi alma durumu	Psikoterapi	40,97±11,68	41 (33-50)	0,674	0,714
	Diğer	39,2±21,18	36 (19-52)		
	Almıyor	39,14±16,76	37 (24-54)		
	Evet	40,28±20,7	33,5 (23-52)		
Psikiyatri dışında diğer sağlık durumlarıyla ilgili düzenli kontrollerine gidiyor mu?	Hayır	38,49±18,68	37 (22-54)	4,299	0,117
	Evet	38,14±15,67	37 (25-51)		
	Bilmiyorum	42,31±15,08	43 (30-56)		

Bakım verilen hastanın intihar öyküsü ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). İntihar öyküsü olan hastalar bakım verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Bakım verilen yeterli aile desteği alması ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Yeterli aile desteği alanların ölçek puanı daha düşük saptanmıştır (Tablo 21).

Tablo 21. Hastaların yeterli aile desteği alma durumu ve intihar öyküsü durumlarının bakım verme yüküne etkisi

		Ortalama ± standart sapma	Medyan (güven aralığı %25-75)	z/x²	p
Hastada intihar öyküsü	Hayır	35,71±15,53	33 (23-49)	-6,291	**<0,001**
	Evet	48,84±14,88	51 (42-60)		
Hastanın yeterli aile desteği alma durumu	Hayır	44,42±15,27	45,5 (33-57,5)	-4,679	**<0,001**
	Evet	35,81±16,29	33 (23-50)		

Bakım verilen hastanın adli öyküsü olması ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Adli öyküsü olanların ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 22).

Tablo 22. Hastaların sigara ve alkol kullanım durumlarının ile hastada adli öykü varlığı ve verilmiş olan adli ceza varlığının bakım verme yüküne etkisi

		Ortalama ± standart sapma	Medyan (güven aralığı %25-75)	z/x²	p
Sigara	Hayır	38,65±17,34	38 (24-52)	-0,643	0,520
	Evet	39,68±15,96	38 (26-54)		
Alkol	Hayır	39,1±16,78	37 (24-52)	-0,596	0,569
	Evet	39,82±15,68	39 (28-55)		
Adli öykü	Hayır	37,46±15,56	36 (24-50)	-4,867	**<0,001**
	Evet	50,34±17,16	57 (37-62)		
Verilmiş adli ceza varlığı	Hayır	39,28±16,17	38 (25-54)	-0,066	0,947
	Evet	40,28±20,7	33,5 (23-52)		

Bakım verilen hastanın ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Ailesinde

psikiyatrik hastalık öyküsü olan hastaların bakım verenlerinin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Bakım verilen hastanın ailesinde bakım ihtiyacı olan psikiyatrik hastalık öyküsü olması ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Bakım verilen hastanın ailesinde bakım ihtiyacı olan başka bir psikiyatrik hastalığa sahip bir birey olduğu durumlarda bakım verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır.

Bakım verilen hastanın ailesinde intihar öyküsü olması ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p<0,001). Bakım verilen hastanın ailesinde intihar öyküsü olan bakım verenlerin ölçek puanı daha yüksek saptanmıştır (Tablo 23).

Tablo 23. Bakım verilen hastaların ailelerinde ruhsal hastalık, bakım ihtiyacı olan kronik/fiziksel hastalık ve bakım ihtiyacı olan ruhsal hastalık ve ailede intihar öyküsü varlığı durumlarının bakım verme yüküne etkisi

		Ortalama ± standart sapma	**Medyan (güven aralığı %25-75)**	**z/x^2**	**p**
Bakım verilen hastanın ailesinde ruhsal hastalık var mı ?	Hayır	30,9±14,7	27 (19-41)	61,185	**<0,001**
	Evet	45,4±14,85	46 (34-58)		
	Bilmiyorum	44,08±16,25	45,5 (28,5-59,5)		
Bakım verilen hastanın ailesinde bakım bakım ihtiyacı olan kronik/fiziksel hastalık var mı?	Hayır	38,8±16,13	38 (24-52)	3,014	0,222
	Evet	39,59±17,4	37 (28-56)		
	Bilmiyorum	45,33±16,01	45 (37-60)		
	Hayır	35,33±15,48	33 (22-49)	33,919	**<0,001**

Bakım verilen hastanın ailesinde Bakım ihtiyacı olan ruhsal hastalık var mı ?	Evet	46,98±15,48	46 (34-61)		
	Bilmiyorum	40,44±16,92	41 (25-59)		
Bakım verilen hastanın ailesinde intihar öyküsü var mı ?	Hayır	36,05±15,74	33 (23-49)	31,261	**<0,001**
	Evet	48,21±15,37	51 (38-61)		
	Bilmiyorum	40,27±14,56	36 (29-57)		

TARTIŞMA

Dünya çapında morbidite ve yeti yitiminin önde gelen nedenlerinin başlıcalarından biri kronik ruh hastalıklarıdır (1). Kronik seyreden bir ruhsal hastalığa sahip bireylerin çoğunluğunun ilk tedavi sonrası aile ve akrabalarıyla yaşandığı bilinen bir durumdur. Bu durum, bakım verenlere hastalığın sağaltımı ve tedavinin devamlılığı açısından, sorumluluklar yüklemektedir (47, 114-117). Bu hastaların bakım veren en az bir yakını olduğu düşünüldüğünde, bu sorunun toplumun önemli bir kısmını belki de tamamını doğrudan ilgilendirdiği söylenebilir (2). Bakım verenlerin yük düzeylerinin bilinmesi ve ruhsal iyilik halinin sürdürülmesi konuları hem hastalıkla mücadele eden bireyde iyilik halinin sağlanması hem de hastalıkların sağaltımıyla görevli sağlık profesyonellerinin başarısı açısından önemlidir. Bu nedenle bakım veren bireylerin sağaltım planlarına dahil edilmesi, ruh sağlığı ekibi ile işbirliği içinde olması gerekmektedir (3).

Çalışmamızda psikiyatrik hastalara bakım verenlerde bakım veren yükü belirlenmesini, bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarının incelenmesini, bakım verme yüküne sebep olan risk faktörlerini ve bu yüke bağlı olarak ortaya çıkan sorunları ortaya koymak amaçlanmıştır. Amacımız doğrultusunda, 323 psikiyatrik hastaya bakım verene ulaşıldı. Çalışmaya katılmayı kabul eden 323 katılımcıya, hasta yakınlarının ve hastanın sosyo-demografik bilgilerini, ek hastalık durumlarını, bakıma katılım ve bakım vermeyle beraber gelen yük ve memnuniyet durumunu, bakım verme durumunun sosyal yaşamlarına olan etkilerini sorgulayan, hastanın tanısı, hastalığının ağırlığını araştıran, hastanın yatış ve ilaç kullanma durumunu sorgulayan 58 soru ve 22 soruluk Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği uygulandı. Katılımcılara uygulanan anket sonucunda elde edilen veriler mevcut çalışmalarla kıyaslandı. Elde edilen verilerin olası nedenleri belirtildi.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin 213'ünün (%65,94) kadın, 110'unun (%34,06) erkek olduğu saptanmıştır. Yine çalışmamızda bakım verenlerin 185'inin (57,28) evli olduğu tespit edilmiştir. Literatürdeki benzer çalışmalarda da bakım verenlerin çoğunlukla kadın ve evli olduğu tespit edilmiştir (8, 47, 48, 118-122). Hem batı dünyasında hem doğu dünyasında, hem gelişmiş hem gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarla, bizim ülkemizde yapılan çalışmalarının sonuçların paralellik göstermesi bütün dünyada benzer şekilde, bakım verme yüküne maruz kalanların çoğunlukla genç evli ve kadınların olduğunu göstermektedir. Toplumda kadınların ailede hasta bakım rolünde daha fazla yer aldıkları söylenebilir. Yine ülkemizde kadınların bakım rolünde daha fazla yer almalarının sebebi olarak ülkemizdeki istihdam oranlarının daha düşük olması sebebiyle olduğu söylenebilir.

Araştırmamızda bakım verenlerin yaş ortalaması 43,83±13,27 yıl olarak tespit edilmiştir. Psikiyatrik hastalara bakım verenlere dair ülkemizde yapılan pek çok çalışmayla, bakım verenlerin yaş ortalaması hemen hemen benzerdir (3, 123-126). İngiltere'de Mc Cullagh ve ark. (127)bakım verenlere dair yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin yaş ortalamasını 65,7±12,5 olarak tespit etmişlerdir. Yine Nijerya'da Udoh ve ark. (1) yaptığı çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun 15-29 yaş ve 30-44 yaş arasında olduğunu bulmuştur. Ülkemizde bulguların benzerliği, genellikle bakım verenlerin aile üyeleri olmasıyla açıklanabilirken, yurtdışı çalışmalardaki ortalama bakım veren yaş farkı da ülkelerdeki refah durumu ve ortalama beklenen yaşam süresiyle açıklanabilir.

Çalışmamızda, bakım verenlerin yakınlık durumu incelendiğinde sırasıyla 72'sinin (%22,29) hastanın eşi, 70'inin (%21,67) hastanın çocuğu, 64'ünün (%19,81) hastanın annesi, 62'sinin (%19,20) hastanın kardeşi olduğu saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarla benzer şekilde oransal olarak bakım verenlerin çoğunluğunu gruplarsak eğer, %39,01 gibi bir oranla hastaların anne ve kardeşlerden oluştuğu görülmektedir (3, 48, 53, 128-130). Çalışmamızda bakım verenlerin çoğu hastaların yine literatürdeki çalışmalarla uyumlu şekilde eşleridir (32, 123, 131-134). Bu durumun çalışmamızın genel psikiyatrik hasta popülasyonu üzerinde yapılmasından, çocukların ise eğitim, iş evlilik gibi sebeplerle aileden ayrı yaşıyor olmasından ve erkeklerin ekonomik gelir kaygılarını daha fazla taşımalarından kaynaklanıyor olması muhtemeldir. Yine anne ve eşlerin bakım verenlerde daha yüksek oranda olması, bakım verenlerin hastalarla olan duygusal yakınlıkları ve duygusal bağlarıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin 187'sinin (%57,28) evli ve 215'inin (%66,56) çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Bu sonuç literatürle uyumludur (3, 49, 54, 130). Bu sonucun bakım verenlerin çoğunlukla eşler olmasından dolayı olması muhtemeldir. Literatürde bu durumun

kronik hastalıklarda aile içi dinamiklerin bozulması ve sosyal desteğin zayıflaması sonucu bakımın çoğunlukla eşler tarafından gerçekleştirildiğini savunan çalışmalarda mevcuttur (123). Yine bu durumda bakım verme işinin duygusal ve beraber hayat idame etme gerekliliği durumlarıyla açıklanabilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin 198'i (%61,3) sabit maaşlı bir işte çalışmakta olduğu tespit edilmiştir. Yine çalışmamızda bakım verenlerin 188'i (%58,2) gelirinin giderine eşit ve 51'i (%15,79) geliri giderinden fazla olarak belirtmiştir. Gelirinin giderinden az olduğunu belirten bakım veren sayısı 84 (% 26,01) olarak tespit edilmiştir. Literatürde de benzer şekilde bakım verenlerin çoğunlukla sabit bir işte çalışıyor olduğu ve gelir durumunu orta ve iyi şekilde bildiren bakım verenlerin çoğunlukta olduğu çalışmalar mevcuttur (1, 32, 38, 41, 123). Bunun yanı sıra pek çok çalışmada da bakım verme yükünden kaynaklanan sorunlar sebebiyle bakım verenlerin çoğunluğunun sabit maaşlı bir işte çalışmadığının gösterildiği çalışmalar da mevcuttur (3, 31, 34, 123). Bu durum çalışmamızın yapıldığı merkezin 3. basamak bir üniversite hastanesi olmasından ve çiftçilik yaparak geçimini sağlayan bakım verenlerin kendilerini sabit maaşlı ve geliri giderine eşit ve fazla olarak ifade etmelerinden, Edirne ilinin sosyoekonomik olarak nispeten daha iyi durumda bir şehir olmasından kaynaklanıyor olabileceği düşünülmüştür.

Bakım verenlerin öğrenim durumu incelendiğinde 111'inin (%34,37) yüksekokul, 101'inin (%31,27) lise, 68'inin (%21,05) ilkokul, 37'sinin (%11,46) ortaokul, 5'inin (%1,55) okur-yazar ve 1'inin (%0,31) okur-yazar olmadığı saptanmıştır. Literatürde ülkemizde bakım verenlerde benzer düzeyde eğitim durumu ve yine bakım verenlerin ağırlıklı üniversite ve üstü düzeyde olduğu ve lise düzeyi ve altında olduğu, geniş bir yelpazede sonuçlar mevcuttur (123, 135-137) . Bakım verenlerin farklı coğrafyalarda farklı düzeylerde ortalama eğitim düzeyinin çıkmasının ülkelerin eğitim düzeylerinden ve farklı coğrafi kültürel yapılardan kaynaklandığı düşünülmüştür.

Bakım verenlerin düzenli katıldığı sosyal aktivite durumları incelendiğinde 237'sinin (%73,37) düzenli katıldığı sosyal aktivitelerinin olmadığı, 86'sının (%26,63) düzenli olarak katıldıkları sosyal aktivitelerinin olduğu tespit edilmiştir. Turcotte ve ark. (138) 2013 yılında yaptığı bir çalışmada, yaşlı bakım verenlerinin sosyal hayatlarına katılımlarının sınırlı olduğunu ortaya koymaktadır. Çalışmada, ortamın %39'unun sosyal etkileşimlerinin kısıtlandığı ve %32'sinin yalnız kaldığı tespit edilmiştir (138). Yine benzer bir şekilde, Cannuscio ve ark (139) yürüttüğü bir çalışmada da bakım verenlerinin %53'ünün sosyal etkileşimlerini sürdürmede zorluk yaşadığı ve yalnızlık yaşadığını tespit edilmiştir. Görüldüğü üzere çalışmamızdaki bu

bulgu literatürle uyumlu olmakla birlikte bir miktar yüksek olarak tespit edildiği söylenebilir. Bakım verme işinin sosyal aktiviteleri kısıtladığı ve bakım verenlerin düzenli sosyal aktivite için zaman ve enerji bulamadıkları söylenebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin düzenli olarak fiziksel egzersiz yapma durumları incelendiğinde 252'sinin (%78,02) düzenli egzersiz yapmadığı, 72'sinin (%21,98) düzenli fiziksel aktivitede bulunduğu saptanmıştır. Bu bulgu literatürle karşılaştırıldığında yapılan çalışmalarda bakım verenlerin düzenli fiziksel aktivitede bulunmasının azaldığı daha önceki çalışmalarda benzer olduğu tespit edilmiştir (41, 140, 141). Bu durum bakım verme işinin zaman ve emek gerektirmesinden, kişilerin kendilerine ayıracak vakit bulamamasından ve bakım verme işinin süreklilik gerektirmesinden kaynaklandığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda bakım verenlerin kronik hastalığa sahip olma durumu incelendiğinde 179'unun (%55,42) kronik bir hastalığının olmadığı ve 144'ünün (%44,58) kronik hastalığı olduğu saptanmıştır. Ülkemizde psikiyatri hastalarına bakım verenler üzerinde gerçekleştirilen başka çalışmalarda Korkmaz ve ark. (123) bakım verenin %23,7'sinin kronik hastalığı olduğunu, Yazıcı ve ark. (38) yaptıkları çalışmada hasta yakınlarından %31,8'inin ek fiziksel hastalığı olduğunu bildirmişlerdir. Bu sonuçlar, topluma kıyasla bakım verenlerde artmış bir kronik hastalık oranı olduğunu göstermektedir, bu durumunsa bakım verme yükünden kaynaklanabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda bakım verenlerin psikiyatrik tanıları incelendiğinde 252'sinin (%78,95) psikiyatrik bir tanısının olmadığı, 5'inin (%1,55) şizofreni tanısının olduğu, 1'inin bipolar bozukluk tanısı olduğu (%0,31), 31'inin (%9,6) depresyon tanısına sahip olduğu, 16'sının (%4,95) anksiyete bozukluğu tanısının olduğu, 16'sının (%4,95) obsesif kompulsif bozukluk tanısının olduğu, 2'sinin (%0,62) ise psikiyatrik tanıya sahip olduğu, fakat tanısını bilmediği saptanmıştır. Literatürde psikiyatrik hastalara bakım verenler üzerinde yapılan başka bir çalışmada da, bakım vericiler de %1,9 bipolar bozukluk, %1,3 depresyon, %0,6 obsesif kompulsif bozukluk tanısı olduğu, %9,4 ünün tanısı olduğu fakat tanısını bilmediği, %86,9' unun ise psikiyatrik tanıya sahip olmadığı saptanmıştır (123). Çalışmamızın sonuçları literatürle benzer olup, psikiyatri hastalarına bakım verenlerde psikiyatrik hastalığa sahip olma durumunun arttığını ve bunun sebebinin bakım vermenin beraberinde getirdiği yük ve bakım verenlerde hastaların semptomlarını aynalama davranışların olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, bakım verenlerin bakım verme tecrübeleri incelendiğinde 256'sının (%79,26) hasta bakımına dair tecrübesi olmadığı ve 67'sinin (%20,74) daha önce bakım ihtiyacı olan bir hastaya bakım verme tecrübesi olduğu saptanmıştır. Ülkemizde bakım verenlerin

üzerinde yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde, bakım verenlerin %72'sinin daha önce bakım verme tecrübesi olmadığı görülmüştür (142). Bu durum sonuçlarımızla uyumludur. Eldeki veriler genel olarak bakım verenlerin çoğunlukla daha önceden bir bakım verme tecrübesi olmadan bakım verme yüküne maruz kaldıklarını göstermektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin yeterli aile desteği durumu incelendiğinde 191'inin (%59,13) diğer aile bireylerinden yeterli desteğinin olduğunu düşündüğü ve 132'sinin (%40,87) yeterli aile desteğinin olmadığını düşündüğü saptanmıştır. Literatürde bakım verenlerin çoğunun destek almadığının gösterildiği çalışmalar mevcuttur (123, 143). Mevcut sonuçlar, çalışmamızın sonuçlarına benzer şekilde bakım verenlerin çoğunlukla yeterli desteğinin olmadığını göstermektedir. Bakım verme yükü sıklıkla yeterli destek almadan, ek sorumluluklar almayı gerektirmektedir.

Çalışmamızda hastaların ortalama yaşı 43,12±15,75, hastalık başlangıç yaşı ortalama 31,98±14,18 yıl olarak saptanmıştır. Tanı sonrası geçen ortalama süre 11,09±9,58 yıl, ilaç kullanım süresi ortalama 9,56±9,19 yıl olarak bulunmuştur. Hastaların yaş gruplarının ve ortalama hastalık ve ilaç kullanım sürelerindeki bu geniş yayılımın polikliniğe başvuran farklı hastalıkların hepsinin çalışmaya dahil edilmesinden kaynaklanması muhtemeldir.

Yıllık ortalama atak sayısı 2,82±3,89 olarak saptanmıştır. Hastaların psikiyatrik yatış sayısı ortalama 2,43±4,15, ortalama yatış günü 72,41±136,28 olarak saptanmıştır. Geniş bir yelpazede atak sayısı, yatış gün ve sayılarının olması, çalışmamızın evrenini hastaların polikliniğe başvuran kronik hastalardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bakım alan hastaların eğitim durumu incelendiğinde 116'sının (%35,91) lise, 75'inin (% 23,22) ilkokul, 73'ünün (%22,6) yüksekokul, 48'inin (%14,86) ortaokul ve 11'inin (%3,41) okur-yazar olduğu saptanmıştır. Toplum ortalamasından daha düşük olan bu oranlar literatürdeki çalışmaların sonuçlarına paralel sonuçları ortaya koymaktadır (54, 144-146) .

Bakım alan hastaların medeni durumu incelendiğinde 125'inin (%38,7) hiç evlenmemiş, 115'inin (%35,6) evli, 57'sinin (%17,65) boşanmış/ayrı yaşıyor ve 26'sının (%8,05) eşinin ölmüş olduğu saptanmıştır. Hastaların 208'inin (%64,4) medeni durumunun bekar olduğu tespit edilmiştir. Bakım alan psikiyatrik hastalar üzerine yapılmış olan çalışmalarda, Aydın ve ark. (54) yılında yaptıkları çalışmada hastaların %66 oranında bekâr olduğunu, Çınar ve ark. (128) 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada hastaların %78,9 oranında, Küçük ve ark. (3) 2014 yılında yaptıkları bir çalışmada da hastaların %55,1 oranında bekar olduklarını saptamışlardır. Çalışmamızdaki sonuçlarda bakım verilen hastaların çoğunlukla evli olmadıkları, evli olanlarda

ise boşanma oranlarının toplumun geneline kıyasla daha yüksek olduğu görülmektedir, bu sonuçlar literatürdeki çalışmalarla da uyumludur.

Bakım alan hastaların çalışma durumu incelendiğinde 215 (%66,56) hastanın bir işte çalışmadığı ve 108'inin (%33,44) bir işte çalıştığı saptanmıştır. Psikiyatri hastalarındaki topluma göre düşen bu bir işte çalışma durumu yurt dışında ve yurt içinde yapılan çalışmalarda da tespit edilip ortaya konulmuştur (146-148). Hastalığın birincil etkileri gerekse iletişimde yaşadıkları güçlükler sebebiyle ortaya çıkan bu durumun, 2011 Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı'nda üzerinde durulmuş, çalışma durumunun azalmasının sebeplerinden biri olarak da toplumsal damgalama ve dışlanma olabileceğine dikkat çekilmiştir (67).

Bakım alan hastaların saldırganlık durumu incelendiğinde 229'unun (%70,9) saldırgan davranışlarının olmadığı ve 93'ünün (%29,1) saldırgan davranışlarının olduğu saptanmıştır. Literatürde ruhsal hastalığa sahip olmanın tek başına agresif davranışlar, saldırganlık ve şiddet durumuna sebebiyet verdiği pek çok çalışmada tespit edilmiş ve belirtilmiştir (149-153). Psikiyatrik hastalar üzerine yapılan çalışmalarda psikiyatri hastalarının %58,6 oranında saldırganlık potansiyelinin çok yüksek olduğu ve saldırganlık ölçek toplam puanının yüksekliği de ortaya konulmuştur (154).

Bakım alan hastaların intihar girişim durumları incelendiğinde 234'ünün (%72,45) intihar girişimi olmadığı ve 89'unun (%27,55) intihar girişimi olduğu saptanmıştır. Literatürde ruhsal hastalığa sahip bireylerde benzer artmış intihar oranları ortaya konulmuştur (3, 155-159). Literatürde tüm intihar olgularının %50-70'inin bir duygu durum bozukluğundan kaynaklandığı, bütün olguların yaklaşık %80'inin majör depresyon tanısı almış hastalar olduğu ve ölümle sonuçlanan intihar girişimlerinin çoğunda depresif bozukluklar saptandığı da bildirilmiştir (160). Literatürde 1556 bipolar hastalığa sahip birey üzerinde yapılan bir çalışmada %25-50'sinin yaşam boyu en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu, bunların %8-9 kadarının ise tamamlanmış intihar girişimi sonrasında hayatını kaybettiğini gösterilmiştir (161). Yine ülkemizde acil servise başvuran intihar girişim olgularının dörtte üçünde psikiyatrik bozukluğun bulunduğu ve bunların %28 gibi oranlarda majör depresif bozukluk ölçütlerini karşılayan bireyler olduğu gösterilmiştir (162). Çalışmamızın sonuçları literatür ile uyumludur.

Bakım alan hastaların sigara kullanım durumları incelendiğinde 109'unun (%33,75) sigara kullanmadığı ve 214'ünün (%66,25) sigara kullandığı saptanmıştır. Literatürde psikiyatrik sorunları olan bireylerde %34,3 ile %59,1 oranlarında değişen, toplum ortalamasının 3 katından daha fazla oranlarda sigara kullanım oranları gösterilmiştir (163-166). Eşlik eden psikiyatrik bozuklukların sayısı arttıkça sigara içme oranının da arttığı gösterilmiştir (164).

Ciddi psikiyatrik bozukluğu olan kişilerde sigara kullanımı yaygındır ve ciddi bir mortalite ve morbidite nedeni olarak bildirilmiştir (163-165, 167-169). Sigaranın dopamin arttırımıyla beraberinde getirdiği geçici rahatlama etkisinden faydalanmak amacıyla hastaların artmış sigara kullanımına yöneldiği söylenebilir (169). Çalışmamızın sonuçları literatürdeki bu bulgular ile uyumludur.

Bakım alan hastaların alkol kullanım durumları incelendiğinde 220'nin (%68,11) alkol kullanımın olmadığı ve 103'ün(%31,89) alkol kullanımının olduğu saptanmıştır. Literatürde pek çok çalışmada; çalışmamızla benzer şekilde, psikiyatrik bozukluğa sahip bireylerin alkol-madde kullanım oranının yüksek olduğunu gösterilmiştir (170-172). Bu bakımdan çalışmamızın sonucu literatürle uyumludur.

Bakım alan hastaların 47'sinin (%14,55) haklarında verilen adli bir cezalarının olduğu saptanmıştır. Literatürde 12 yıllık bi süreçte mahkumlar üzerinde yürütülen bir çalışmada, psikiyatrik bozukluk oranı %90 bulunmuş , bunların %20'si psikotik bozukluk olduğu tespit edilmiştir (173). Literatürde yine ceza almış suçlular üzerine yapılan çalışmalarda kendine ve etrafına zarar verici davranışları olan kişilerde tespit edilen psikiyatrik tanı birlikteliğinin, psikiyatrik hastalıklarda yüksek suç oranı durumunu yaratmasının doğal olduğu düşünülmüştür (174, 175). Türkiye'de yapılan çalışmalarda da adli sorun yaşayan hastaların oranının %9,5 olarak bildirildiği çalışmalar mevcuttur (3). Çalışmamızda, hastalarda toplumun kalanına oranla yüksek oranda tespit edilen adli ceza almış olma durumu literatürdeki çalışmalarla uyumludur.

Bakım alan hastaların ilaç kullanım durumu incelendiğinde; hastaların ortalama 9,56 yıldır ilaç kullanmakta olduğu ve hastaların 190'nın (%58,82) ilaçlarını düzenli kullandığı, 98'inin (%30,34) düzensiz/uygunsuz miktarda ilaç kullanımının olduğu, 23'ünün (%7,12) düzenli bir şekilde ilaçlarını kullanmadığı ve 12'sinin (%3,72) ilaçlarının düzenli kullanıp kullanmadığının bilinmediği saptanmıştır. Literatürdeki yurt dışında yapılan çalışmalarda, psikiyatri hastalarında %20 ile 60 aralığında düzensiz/uygunsuz miktarda tedavi kullanıldığı, uyumsuzluk oranlarınınsa tanı, tedavide kullanılan ilacın türü gibi faktörlere bağlı değişiklik gösterdiği gösterilmiştir (176-178). İzole şizofreni hastalarında yapılan çalışmalarda %41 ile %57,5 aralığında tedavi uyumsuzluğu gösterilmiştir (177, 179-181). Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası 1 yıl içinde %25,8'inin tedaviyi tamamen bıraktığını gösteren yurtdışı çalışmalar da mevcuttur (182). Türkiye'de yapılan çalışmalarda yurtdışında yapılan çalışma sonuçlarına paralel veriler vermektedir. Türkiye'de genel psikiyatrik hasta popülasyonu üzerinde yapılan çalışmalarda %67,1 oranına düzensiz ilaç kullanımının tespit edildiği çalışmalar vardır (134). Yine ülkemizde izole şizofreni hastaları üzerine yapılan çalışmalarda

ilk %39,1 inin taburculuk sonrası ilk 6 ay içinde ilaçlarını düzenli kullanmadığı için tekrar hastaneye yattıkları tespit edilmiştir, ilk 6 ay içinde tekrar hastaneye yatışı yapılmayan hastaların da %54,3'ünün ilaçlarını düzenli kullanmadığı tespit edilmiştir (183). Genel olarak literatür ilaç tedavisine uyumsuzluğun psikiyatri hastaları arasında yüksek oranda görülen ve potansiyel olarak ciddi sonuçları olan önemli bir sorun olduğunu göstermektedir (178, 183-186). Çalışmamızda da ilaç tedavisine uyumsuzluğun yüksek olduğu literatüre benzer oranlarda tespit edilmiştir.

Bakım alan hastaların düzenli psikiyatri kontrollerine gitme durumu incelendiğinde 226'sının (%69,97) düzenli kontrollerini olduğu, 68'inin (%21,05) düzenli kontrollerine gitmediği ve 29'unun (%8,98) düzenli psikiyatrik kontrollerine gitme durumunun bilinmediği saptanmıştır. İngiltere'de 2002-003 yılları arasında psikiyatri polikliniklerinde alınan randevuların 19,1'ine gelinmediği tespit edilmiştir. Amerika'da 1769 hastanın gözlendiği bir yıllık izlem çalışmasında psikiyatri hastalarının tedaviyi bırakma oranlarını %31 olarak bulmuş, İtalya'da yapılan bir çalışmada ise iki yıllık izlemde bu oranın yaklaşık %50 olduğunu saptamıştır (187, 188). Literatürde ülkemizde yapılan çalışmalarda hastaların 3'te ikisinin ilaçlarını düzenli kullanmadıkları ve düzenli kontrollere gitmedikleri ortaya konulmuştur (189). Yine ülkemizde psikiyatri hastaları ile yapılan çalışmalarda hastalık tanısına göre değişmekle birlikte %16,7 ile %68,8 oranlarında düzenli poliklinik kontrollerine gitmediği saptanmıştır. (134, 190, 191). Çalışmamızda düzenli kontrole gitme durumu daha yüksek bulunmakla beraber çalışmanın polikliniğe başvuran ve kendilerine eşlik eden hasta yakınına sahip hastalar olmasından kaynaklı bu oran yüksek bulunmuş olabilir, yine yaklaşık olarak en az her 5 hastadan birinin düzenli kontrollerine gelmediğini söylemek mümkündür.

Çalışmamızda, bakım alan hastaların psikiyatri dışında diğer sağlık durumlarıyla ilgili düzenli kontrol durumları incelendiğinde 85'in (%26,32) düzenli kontrollerine gitmediği, 153'ün (%47,37) düzenli kontrollerine gittiği ve 85'in (%26,32) psikiyatri dışında diğer sağlık durumlarıyla ilgili kontrollerine gitme durumunun bilinmediği saptanmıştır. Literatürde ciddi ruhsal hastalıklarda toplumun kalanına göre eşlik eden ek hastalıklara sahip olma oranının arttığını ortaya koyan çalışmalar mevcuttur, bu oran %74 olarak bildirilmiştir (192). Ülkemizde ise yapılan çalışmalarda da ek kronik hastalığa sahip olma oranını da %24,4 ve %33 olarak gösterildiği çalışmalar mevcuttur (123, 193). Çalışmamızda, psikiyatrik hastalığına ek kronik hastalığı olan psikiyatri hastalarında, psikiyatrik hastalık dışındaki tanılarında düzenli kontrollerine ve takiplerine gitme oranının daha düşük olduğunu ortaya koymaktadır.

Literatürde konuyla ilgili bilgiye rastlanmamasına rağmen, psikiyatri hastalarında düzenli kontrollerine devam etmeme durumunun gözden kaçırılmaması gerektiği söylenebilir.

Bakım verilen hastaların psikiyatrik tedavileri için ilaç dışı tedavi alma durumu incelendiğinde 279'unun (%86,38) ilaç dışında ek bir tedavi almadığı, 34'ünün (%10,53) psikoterapi aldığı ve 10'nun (%3,1) diğer tedavileri aldığı saptanmıştır. Psikiyatrik tedavi sadece ilaçlarla sınırlı değildir, ilaç dışında hastaların bulgularını hafifletmek, ortadan kaldırmak ve yaşam kalitesini arttırmaya yönelik ilaç dışı tedaviler mevcuttur. İlaç dışı tedaviler psikoterapi, bilişsel davranışçı tedavi, aile terapisi, diyet ve egzersiz gibi sıralanabilir. Çalışmamız da psikoterapi dışında diğer seçeneğine belirten hasta yakınları aldıkları tedavinin 4'ü geleneksel dini yöntemleri tercih ettiğini, 3'ü hipnoterapi, 2'si bilişsel davranışçı terapi, 1'i ise rezonans tedavisi olarak belirtmişlerdir. İlaç dışı tedavi de özellikle bilişsel davranışçı terapilerin ve psikoterapi yaklaşımlarının ilaç tedavisine yakın etkinlikte sonuçlar verdiğine dair literatürde çalışmalar mevcuttur (194). Literatürde Amerika'da yapılan bir çalışmada depresyon hastalarının ilaç dışında psikoterapi alma oranı %23,2 olarak tespit edilmiştir (195). Psikiyatrik hastalarda ilaç dışı tedavi yöntemlerin tercihinin farklı coğrafyalarda farklı olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur; örneğin İsveç'te psikoterapi, Danimarka'da egzersiz ve meditasyon, Japonya'da ise geleneksel tıp yöntemlerinin daha sık kullanıldığının gösterilmiştir (196). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Türkiye'de psikiyatrik hastalarda psikoterapinin etkinliğinin yüksek olduğu bildirilmiştir (197). Yine literatürde ülkemizdeki hastalarda ilaç dışı tedavilerin medikal tedavilere eklenmesinin faydalı olacağına dair çalışmalar mevcuttur (198). Çalışmamızda hastaların psikiyatrik tedavileri için ilaç dışı tedavi alma oranlarının düşük olması, ülkemizdeki yaygınlığın ve hastaların bu konudaki tutum ve bilgi düzeylerinin düşüklüğü ile ilişkilendirilebilir, yine çalışmalarda ek tedavilerde fayda görüldüğünün gösterilmesinden dolayı ülkemizde daha fazla ek tedaviler konusunda bilgilendirme ve yönlendirme yapılması gerektiği söylenebilir.

Bakım alan hastaların ailelerinde ruhsal hastalık varlığı incelendiğinde 134'ünün (%41,49) ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü olmadığı, 177'sinin (%54,8) ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü olduğu ve 12'sinin (%3,72) ailelerinde ruhsal hastalık varlığının bilinmediği saptanmıştır. Literatürde şizofreni hastalarının birince derece akrabalarında şizofreni riskinin 10 kat artmış olduğunu gösteren, bipolar hastalık için birinci derecede akrabalarda 7 kat artmış oranları gösteren çalışmalar mevcuttur (199, 200). Türkiye'de yine benzer oranda ailede ruhsal hastalık varlığının %53,5 olarak tespit edildiği çalışmalar mevcuttur (190). Yine ülkemizde daha düşük oranlarda, fakat toplumsal sıklığa göre fazla miktarda %33,6 ve %15 olarak tespit

edildiği çalışmalar da mevcuttur (123, 183). Hastaların takibinde ailede yüksek oranlarda ruhsal hastalık olma ihtimalini göz önünde bulundurmanın gerektiği söylenebilir. Hasta yaklaşımında ve bakım verenlerin değerlendirilmesinde bu bulgular ışığında farklı yaklaşımlar ve değerlendirmelerin gerekliliğini göz önünde bulundurmak gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda bakım verilen hastaların ailelerinde bakım ihtiyacı olan hastalık durumu incelendiğinde 69'unun (%21,36) ailelerinde bakım gerektiren kronik/fiziksel hastalığa sahip bir aile bireyi olduğu, 103'ünde (%31,89) bakım gerektiren ruhsal hastalığa sahip bir aile bireyi olduğu tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan başka çalışmalarda da bakım verilen psikiyatrik hastaların ailesinde bakım ihtiyacı olan %20,6 oranında başka aile bireylerinin de olduğunun tespit edilmiştir (193). Bakım verenlerle görüşmelerde ve hastaların takibinde ailede bakım verilen başka bir hastanın olma ihtimalinin topluma kıyasla arttığını göz önünde bulundurmak gerektiği söylenebilir.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği skoru ortalama 39,33±16,42 olarak saptanmıştır . Bakım verenlerin 46'sının (%14,24) az, 127'sinin (%39,32) orta, 110'unun (%34,06) ileri ve 40'ının (%12,38) aşırı yükte bakım yüküne sahip olduğu tespit edilmiştir. Ölçek skoru ortalaması, bakım verenlerde orta derecede yük olduğunu göstermektedir. Bakım verenlerdeki yükün ise ağırlıklı olarak orta ve ileri düzeyde olduğu söylenebilir.

Literatür incelendiğine psikiyatri hastalarına bakım verenlerde bakım verme yükünün benzer şekilde orta olarak tespit edildiği çalışmalar mevcuttur (32, 82, 86, 201-203). Yine benzer şekilde çalışmalarda ağırlıklı olarak orta-ileri düzey bakım veren yükü bulunan çalışmalar da literatürde mevcuttur (120, 172, 201, 203, 204). Orta ve ileri düzeyde bakım veren yükü tespit edilen çalışmalarda, bu durumun sebebi çalışma evreninde ağırlıklı olarak belirli hastalık gruplarının hastalarına bakım verenlerin olması olabilir. Yine bu sonuçlar ışığında, bakım verenlere hekim olarak yaklaşımda ciddi bakım veren yüküne maruz kaldıklarının göz önüne alınması gerektiği söylenebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin yakınlığı ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,005). Post hoc tam hane testine göre babaların ölçek puanı, anne ve çocuklardan düşük saptanmıştır. Benzer şekilde yine literatürde, Şengün ve ark.'nın (125) şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruhsal durumlarının incelendiği bir çalışmada, hastaya yakınlık derecesine göre fark bulunmamasına rağmen, annelerin diğer bakım verenlere göre daha bozuk ruhsal sağlık durumunda oldukları bulunmuştur. Literatürde bakım verenin anne olduğu durumlarda somatizasyon belirtilerinin daha fazla olduğu

çalışmalarda mevcuttur (205). Yine literatürde Karanci ve ark.'nın (46) çalışmasında şizofreni hastasına bakım veren bireylerin anne, baba ya da eş olmasının daha fazla duygusal tükenmeye ve daha fazla stres ve üzüntü yaşamaya neden olduğu belirtilmektedir. Literatürde yapılan araştırmalarda, bakım alan kişiyle yakın ilişkisi olan bakıcıların, daha uzak ilişkisi olanlara göre bakım yükü olasılığının daha yüksek olduğu da gösterilmiştir (206, 207). Bakım verenlerin anne veya hastanın çocuğu olması durumunda daha fazla duygusal bağ kurdukları, daha fazla vakit geçirdikleri ve bu sebeple daha fazla bakım verme yükünü taşıdıkları söylenebilir. Çalışmamızda babaların daha az bakım veren yükü taşımalarının sebebi, ailenin ekonomik ihtiyaçlarını karşılamak üzere hasta ile daha az vakit geçirmesi ve bakım verenin anne ve çocuk olduğu durumlarda hasta ile daha fazla vakit geçiriyor olması sebebiyle olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin cinsiyeti ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,001). Kadınların bakım yükü, erkeklere göre daha fazla saptanmıştır. Literatürde yapılan çalışmalarda, çalışmamızın sonucuna benzer şekilde, kadın bakım verenlerde daha fazla bakım verme yükü olduğu tespit edilmiştir (1, 8, 42, 125, 208-210). Bakım verenin kadın olduğunda daha fazla bakım verme yükünü taşıması, kadınların özellikle bizim ülkemiz gibi geleneksel toplumlarda; kadın bakım verenlerin çoğunlukla ev hanımı olması, ev içinde daha fazla vakit geçirmesi, ev dışında daha az sosyal aktiviteye sahip olması, depresyona yatkınlığının fazlalığı ve ekonomik bağımlılıklarının daha fazla olmasından kaynaklı olmasıdır.

Bakım verenlerin sabit maaşı olması ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış, bakım verenlerden sabit maaşı olanların bakım verme yük ölçek puanı, olmayanlardan düşük saptanmıştır. Literatürde konuyla ilgili bilgi bulunmamasına rağmen, bu durum bakım işinin süreklilik arz etmesi ve bakım işinde düzenli gelirin geleceğe dair kaygıları azaltarak bakım verme yükünü anlamlı ölçüde düşürdüğü söylenebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerde, geliri giderine eşit olanların Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puanı, geliri giderinden az olanlara kıyasla anlamlı ölçüde düşük saptanmıştır. Bu durumun bakım verme işinin maddi yönünün de önemli olması ve bakım verme işinin ve hastaya bakım vermek için ayrılabilecek vakit ve emeğin, maddi kaygıları da içermesinden ve maddi yükün tablodan çıkarılmasının bakım verme yükünü azaltmasından kaynaklanıyor olması muhtemeldir.

Çalışmamızda bakım verenin eğitim düzeyinin bakım verme yükü üzerine anlamlı bir etkisi olmadığı tespit edilmiştir. Literatürde bakım verme yükünün eğitim düzeyinin düşmesiyle arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (41). Bu farklılık çalışmamızın 3. basamak

sağlık hizmeti verilen bir kurumda, her seviyeye uygun bilgilendirmeler ile tüm hastalık gruplarını içeren bir evrende çalışmanın yürütülmesinden kaynaklanıyor olması sebebiyledir.

Çalışmamızda bakım verenin medeni durumu ile bakım verme yükü arasında anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir. Literatürde Kara ve ark.'nın (211) obsesif kompulsif bireylere bakım verenlerin yaşadıkları güçlükleri, stresle baş etme durumlarını ve algıladıkları sosyal destekleri belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, bakım verenin evli olması durumunda daha iyimser hasta yaklaşımları olduğu tespit edilmiştir. Literatürde evli olanların Zarit bakım verme yükü puan ortalamasının bekar olanlara göre arttığı sonucuna ulaşılan çalışmalar da mevcuttur (205). Yine literatürde bakım verenin medeni durumunun yaşam kalitesini etkilemediğinin gösterildiği çalışmalar da mevcuttur (210, 211). Çalışmamızdaki bu durum, çalışmamıza katılan bakım verenlerin yaşam kalitelerinin benzer olduğu ve hasta sorumluluğunu alma konusunda evli ve bekarların benzer davranış ve tutumlar sergilemesinden kaynaklı olması muhtemeldir.

Çalışmamızda bakım verenlerin sosyal güvencesi olması ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır. Sosyal güvencesi olanların bakım verme yükü, sosyal güvencesi olmayanlara göre daha düşük bulunmuştur. Hasta ve bakım verenin sosyal güvencesinin olması, hastalık ve çalışamama durumlarında hasta ve bakım verene açısından maddi ve manevi destekle ilgili bir durum olmakla beraber, çalışamayacak hale geldiğinde gelecek kaygısından hasta ve bakım vereni de güvenceye alan bir durumdur. Literatürde sosyal destek varlığının bakım verme yükünü düşürdüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur (119). Sosyal güvence varlığını sosyal destek ile ilgili bu durumundan ötürü ve gelecek kaygısı açısında manevi açıdan hasta ve bakım vereni destekliyor oluşundan kaynaklı olarak çalışmamızda bu sonuca ulaşıldığı düşünülmektedir.

Bakım verenlerin düzenli sosyal aktivite durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında düzenli sosyal aktivite yapan bakım verenlerin bakım verme yükü, olmayanlara göre daha düşük saptanmıştır. Yapılan çalışmalar bakım verme yükünü etkileyen faktörlerden biri olarak bakım verenlerde sosyal aktivitelere katılımın azalmasının olduğu literatürde bildirilmiştir (31, 41, 208) Kişinin kendiyle ilgilenme ve kendine ait sosyal aktivitelere zaman ayırabilmesinin, kişinin bakım verme yüküne dayanma ve tekrardan güç bulabilmesi için önemli olması ve yine sosyal aktivitelerin bakım veren için sosyal desteği beraberinde getiriyor olmasından kaynaklı bu sonucun bulunmuş olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerde kronik hastalık varlığı durumunda bakım verme yükünün anlamlı ölçüde arttığı tespit edilmiştir. Literatür incelendiğinde daha önce yapılan

çalışmalarda da bakım vermenin, bakım veren üzerinde artmış oranda kronik hastalıkların tespit edilmesi durumuyla uyumludur (212, 213). Bakım verme durumunun fedakarlık gerektirmesi ve bakım verme sırasında bakım verenin kendi hastalık ve rahatsızlıklarının ikinci plana atması sebebiyle, yine bakım verme işinin yorucu ve yük getiren bir durum olması sebebiyle bakım verenlerde daha fazla kronik hastalık görüldüğü ve zaten var olan yükün üzerine bakım verenlerin kendi kronik hastalıkları eklendiğinde, fiziksel ve mental gücün kendi kronik hastalıklarıyla giderek kısıtlı hale gelmesiyle, beraberinde artmış bakım veren yükünü getirdiği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin psikiyatrik tanı varlığı ile bakım yükü karşılaştırıldığında, bakım verenlerde psikiyatrik hastalık tanısına sahip olanların ölçek puanı, olmayanlardan yüksek saptanmıştır. Bu bulgumu literatürde yapılan çalışmalar ile uyumluydu. Literatürde bakım verende psikiyatrik komorbiditelerin varlığının, bakım verme yükünü arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (214).Gülseren ve ark'ının (8) 2010 yılında şizofreni hastalarına bakım verenler üzerine yaptıkları bir çalışmada bakım verenlerde depresyon ve anksiyete seviyelerinin artması ile bakım yükünün arttığını tespit etmişlerdir. Yine literatürde bakım verenlerde depresif bozukluğu sık olduğu ve bu depresif bozukluğu bakım yükünü arttırdığı gösterilmiştir (215). Psikiyatrik belirtilerin ve hastalıkların bakım verme yükünü arttırması beklenen bir sonuçtur. Psikiyatrik hastalıklar ve belirtilerin varlığı, fiziksel işlevselliği azalttığı ve fiziksel hastalıkların şiddetini arttırdığı bilinen bir durumdur. Bu sonuçlar ışığında, bakım verenlerde görülen psikiyatrik tanıların bakım yükünü arttırdığı, bakım verenlerin değerlendirilmesi ve takiplerinde göz önünde bulundurulması gereken önemli bir durum olduğu düşünülebilir.

Çalışmamızda bakım konusunda diğer aile bireylerinden yeteri kadar yardım almadığını düşünen bakım verenlerde ve bakım konusunda yardım gereksinimi duyduğunu ifade eden bakım verenlerde bakım verme yükünün anlamlı ölçüde arttığı tespit edilmiştir. Literatürde bakım verenin yeterli sosyal desteği almadığını düşündüğü durumlarda bakım verme yükünün arttığı gösterilmiştir (8). Bununla birlikte yapılan çalışmalarda bakım verenin yeterli sosyal desteği aldığını düşündüğü durumlarda bakım verme yükünün azaldığı da gösterilmiştir (81, 216). Yine literatürde bakım veren hasta yakınlarına toplumsal destek sunulması ve sıkıntı çektikleri alanlarda ihtiyaçlarının belirlenerek giderilmesinin bakım verme yükünü azaltacağı ifade edilmektedir (217). Bakım verene yeterli aile ve sosyal desteğin sağlanması bakım verme yükünün azaltılması yönünden önemlidir; bakım verme yükünün beraberinde getirdiği olumsuz sonuçlardan korunmak için, bakım verenin yeterli desteği alıp almadığı öğrenilmeli ve gereken

desteğin sağlanması ile bakım verme yükünün azaltılmasının bir gereklilik olduğu düşünülmektedir.

Bakım verenlerin, verdiklerin bakımdan memnuniyeti ile bakım verme yükü karşılaştırıldığında verdikleri bakımdan memnun olanların ölçek puanı, olmayanlardan anlamlı ölçüde düşük saptanmıştır. Literatürde Pinquart ve ark.'ının (213) 2003 yılında yaptıkları bir çalışmada, kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde bakım veren memnuniyet durumunun, bakım yükü ile negatif ilişkili olduğu gösterilmiştir, yine bu çalışmada bakım veren memnuniyetinin, bakım veren yükünü arttırarak, bakım verenlerde depresyon sıklığının da arttığı gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda ve literatürde sonuçlar bakıcı yükü ile bakıcı memnuniyeti arasındaki ilişkiyi açıkça göstermektedir. Bakım verenin yükü arttıkça bakım verenin memnuniyeti azalmakta ve bu durum hem bakım veren hem de bakım alan için olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir. Bakım veren yükünü azaltmayı ve bakım memnuniyetini arttırmayı amaçlayan müdahaleler ile , hem bakım verenler hem de bakım alanlar için faydalar sağlanabileceği düşünülmektedir.

Bakım verenlerin bakım verme konusunda kendini yeterli hissetmesi ile bakım yükü karşılaştırıldığında, kendini yeterli hissedenlerin puanı, yetersiz ve bilmiyorum yanıtı verenlerden düşük saptanmıştır. Literatürde bipolar bozukluğu olan hastalara bakım verenler üzerine yapılan bir çalışmada, bakıcının bakım verme konusundaki yeterli hissetmesinin, bakım verenin bakım verme yükü ile negatif ilişkili olduğu bulunmuştur. Yine aynı çalışmada kendini daha yetkin hisseden bakıcıların yük yaşama olasılığının daha düşük olduğu düşünülmüştür (218). Literatürde şizofreni hastalarına bakım verenler arasında bakım verme yetkinliğini arttırarak bakım verme yükünü azaltmayı amaçlayan bir çalışmada, yapılan müdahaleler ile bakıcı yetkinliğini geliştirildiğinde, bakım verme yükünün olumsuz etkilerini azaltmada etkili olduğu da tespit edilmiştir (219). Genel olarak bu çalışmalar, bakıcı yeterliliğinin, psikiyatri hastalarına bakım verenler arasında bakım verme yükünü azaltmada ve sonuçları iyileştirmede önemli bir faktör olabileceğini düşündürmektedir. Bakım verme yeterliliğini geliştirmeye yönelik müdahaleler, bakım verme yükünün olumsuz etkilerini azaltmada ve bakım verenin ve ruhsal hastalığı olan sevdiklerinin iyi olma halini iyileştirmede etkili olabilir.

Bakım verenlerin bakım konusunda eğitim alma gereksinimi duyması ile bakım yükü karşılaştırıldığında hayır yanıtı verenlerin bakım verme yükü anlamlı ölçüde daha düşük çıkmıştır. Literatürde, bakım konusunda eğitim sağlanan bakım verenlerde yaşam kalitesinin arttığı, stresin azaldığı, sosyal izolasyonun da azaldığı gösterilmiştir (220). Yine literatür de bakıcı eğitimi ve destek programlarının, bakıcı yükünün azalması ve bakıcı öz yeterliliğinin

artmasıyla ilişkili olduğu bulunmuş, ayrıca bu durumun bakım verenin bakım verme konusundaki memnuniyetini de arttırdığı gösterilmiştir (221). Çalışmamızın sonuçları ve literatür, bakım verenlerin bakıcı yükü ve bu konu hakkında eğitim alma ihtiyacı duyduklarında bu durumun bakım verme yükü üzerinde önemli etkileri olabileceğini güçlü bir şekilde desteklemektedir.

Bakım verenlerin evlilik/uzun süreli ilişkileri üzerine etkisi incelendiğinde, evlilik/uzun süreli ilişkileri üzerine kötü etkileri olmadığını düşünenlerin bakım verme yükünün anlamlı ölçüde düşük olduğu tespit edilmiştir. Konu ile ilgili literatür incelendiğinde evli olan bakım verenlerde bakım verme yükünün artığını gösteren ve bu durumun evli olan bakım verenlerin daha az sosyal desteğe sahip olmalarından kaynaklandığının savunulduğu çalışmalar mevcuttur (213, 222, 223). Yine literatürde evli olmayan bakım verenlerin, bakım alan kişide daha yüksek düzeyde davranış sorunları bildirdiklerini ve bunun da daha yüksek düzeyde bakım yükü ile ilişkili olduğunu göstermişlerdir (224). Bu araştırmalar ve çalışmamızın sonuçları göz önüne alındığında evli olan bakım verenlerde bakım verme yükünün daha fazla tespit edilmesi ve bakım vermenin evlilikleri üzerine etkisi olmadığını düşünenlerin daha az bakım verme yükü taşıdığının tespit edilmesi, evlilik durumunun bakım verenlerin bakım verme yükü üzerinde ve bakım verme durumunun evlilik üzerine etkisi olabileceğini düşündürtmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerde hastaların tanıları ile bakım yükü karşılaştırıldığında şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerin 51'inde (%91,1) ileri ve aşırı yük olduğu, bipolar bozukluk tanılı hastalara bakım verenlerin 17'sinde (%58,6) ileri ve aşırı yük olduğu, depresyon tanılı hastalara bakım verenlerin 26'sında (%44,1) ileri ve aşırı yük olduğu, anksiyete bozukluğu tanılı hastalara bakım verenlerin 8'inde (%24,2) ileri ve aşırı yük olduğu, obsesif kompulsif bozukluk tanılı hastalara bakım verenlerin 7'sinde (%38,9) ileri ve aşırı yük olduğu, mental retarde tanılı hastalara bakım verenlerin 4'ünde (%66,7) ileri ve aşırı yük olduğu, bakım verdiği hastanın tanısını bilmeyen bakım verenlerin 13'ünde (%26) ileri ve aşırı yük olduğu, bakım verdiği hastanın tanısını belirtmek istemeyen bakım verenlerin ise 13'ünde (%26) ileri ve aşırı yük olduğu saptanmıştır. Yine bakım verilen hastanın tanısı ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Post hoc testinde şizofren tanılı hastalara bakım verenlerin, mental retarde hariç tüm tanılı hastalara bakım verenlerden yüksek puan aldığı saptanmıştır. Literatürde şizofreni gibi ağır yeti yitimine neden olabilen psikotik bozukluklarda bakım verenlerin yük oranlarının yüksek olduğu belirtilmektedir (3, 31, 41, 126) Yine literatür incelendiğinde ise Ak ve ark.'nın (47) kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ailelerinde bakım yükünü değerlendirdikleri

çalışmalarında, hem şizofreni hastalarına ve hem de bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerde bakım yükünün fazla olduğu, ancak karşılaştırıldığında, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olmadığı görülmüştür. Literatürde obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastalara bakım verenlerin yükünün şizofreni ve bipolar bozukluktakine eşdeğer düzeyde ağır olduğu bildirilmektedir (31, 101) Depresif bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastalara bakım veren yükünün incelendiği bir çalışmada, obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastaların yaşam kalitelerinin ve işlevselliklerinin daha iyi olmasına rağmen, bakım veren yükünün obsesif kompulsif bozukluk tanısı olan hastalarda daha fazla olduğu bildirilmiştir (105). Çalışmamızda da literatürle benzer şekilde tüm psikiyatrik bozukluğa sahip bireylere bakım vermenin oldukça ciddi bir yüke sebep olduğu, özellikle şizofreni hastalarına bakım verenlerin çoğunda, bipolar bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk ve mental retarde tanılı hastalara bakım verenlerin ciddi bir kısmında ileri ve aşırı yük olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızda şizofreni tanılı hastalara bakım verenlerin, mental retarde tanılı hastalara bakım verenler haricinde en yüksek bakım verme yüküne maruz kaldıkları tespit edillmiştir. Çalışmamızda ortaya konulan mental retarde hastalarındaki bu yüksek bakım verme yükü, çalışmaya dahil olan mental retarde tanılı hastaya bakım verenlerin az sayıda olmasının sebep olduğu düşünülmüştür. Psikiyatri hastalarında bakım vermenin ağır bir yük getirdiği, bunların arasında da şizofreni hastalarında en yüksek bakım verme yükü olabileceği, hasta ve bakım verenlerinde hekim yaklaşımlarında bu durumun önemli olabileceği düşünülmüştür.

Bakım verilen hastanın eğitim durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır (p=0,007). Post hoc tam hane testine göre orta okul mezunu hastalara bakım verenlerin puanı, lise ve yüksek okul mezunu hastalara bakım verenlerden yüksek saptanmıştır. Literatürde eğitim seviyesi düşük olan hastaların bakım verenlerinin yük düzeyinin , eğitim seviyesi daha yüksek olan hastalara bakım verenlerin yük düzeyine kıyasla daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (117, 225). Bununla beraber ülkemizde yapılan çalışmalarda psikiyatri hastalarına bakım verenlerde bakım verme yükünün hastanın eğitim düzeyinden anlamlı ölçüde etkilenmediğinin gösterildiği çalışmalar da mevcuttur (3, 226). Çalışmamızda ortaokul seviyesinde en yüksek bakım verme yükü çıkmasının ve hastalarda eğitim düzeyinin yükseldikçe bakım verme yükünün düşmesi genel olarak literatür ile uyumludur. Çalışmamızın evreninin 3. basamak bir üniversite hastanesi polikliniğine başvuran alkol ve madde bağımlılığı harici tüm tanı gruplarından oluşmasından dolayı ülkemizdeki yapılan çalışmalardan farklı bir sonuç elde edilmiş olması muhtemeldir. Yine literatür ve çalışmamızın sonuçları düşünüldüğünde, hastaların eğitim düzeyindeki

yükselmenin, hastanın kendi ilgi alanları ve uğraşları olmasına izin vermesi, bakım verenlerden zaman ve ilgi talebinin azalmasını sağlayıp, bakım verme yükünü azalttığı düşünülmüştür.

Çalışmamızda, bir işte çalışan hastalara bakım verenlerin, çalışmayan hastalara bakım verenlerden anlamlı ölçüde daha düşük bakım verme yükü puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Çalışmamızla benzer şekilde, literatürde çalışmamıza benzer şekilde çalışan hastalara bakım verme yükünün düştüğü, çalışmayan hastalara ise bakım vermenin daha fazla yük getiren bir durum olduğu gösterilmiştir (117, 227). Genel olarak hastanın çalışması hem ekonomik refah açısından hem bakım verenin hasta ile daha az ilgilenmesine imkan vermesi açısından, hastanın bir işte çalışıyor olmasının daha az bakım verme yüküne sebep olabiliyor olduğu düşünülmüştür.

Bakım verilen hastanın istemsiz yatış durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). İstemsiz yatış yapılan hastalara bakım verenlerin daha yüksek bakım verme yükü taşıdıkları tespit edilmiştir. Literatürde bu konuyla ilgili bir sonuca rastlanmamakla birlikte, bakım verilen hastanın istemsiz yatış gerektiren durumlar yaşamasının, hastanın klinik durumundaki ağırlaşmayla paralel seyredeceği, bununda hastaya daha yüksek hem maddi hem manevi açıdan daha fazla bakım verme yükü gerektireceğinden dolayı, daha ağır bir bakım verme yüküne sebep olmasının muhtemel olduğu, bunun yanı sıra artmış hastalık belirtilerinin toplum tarafından hissedilmesi ve hastalıkların neden olduğu yıkımın hem hastayı hem çevresini maddi ve manevi yönden etkileyerek, bakım verilen hastanın istemsiz yatışlarının gerekeceği kadar ağırlaştığı durumlarda, toplumsal izolasyon ve damgalanmanın da bakım verme yükünü arttırdığı düşünülmektedir.

Bakım verilen hastanın saldırgan davranışlarının olma durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Saldırgan davranışları olan hastalara bakım verenlerin daha yüksek puan aldığı saptanmıştır. Literatürde de çalışmalarda benzer şekilde saldırgan davranışları olan psikiyatrik hastalarda bakım verme yükünün arttığı gösterilmiştir (3, 57, 228-230). Bakım verilen hastalarda saldırgan davranışların olması, bakım veren ve çevresinde fiziksel, maddi ve manevi hasarlara sebep olmakta, bu durum beraberinde toplumsal izolasyon ve damgalanmayı beraberinde getirerek, bakım verenlerin daha ağır bir yüke maruz kalıyor olmalarının muhtemel olduğu düşünülmektedir.

Bakım verilen hastanın düzenli ilaç kullanım durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0,001$). Post hoc testinde ilaç kullanmayan hastalara bakım verenlerin, düzensiz ilaç kullanan hastalara bakım verenlere ve düzenli ilaç

kullanan hastalara bakım verenlere kıyasla daha fazla bakım verme yükü puanı aldığı saptanmıştır. Literatürde benzer şekilde, düzensiz ilaç kullanım durumunda, psikiyatrik hastalara bakım vermenin daha fazla yük getiren bir durum olduğu tespit edilmiştir (33, 92, 231). Genel olarak literatürle benze şekilde bizim çalışmamızda ilaç kullanımı ve uyumunun, bakım verme yükü etkileyebileceğini göstermektedir. Hem hasta hem de bakıcısı için en etkili ve destekleyici bakımı sağlamak açısından sağlık profesyonellerinin, hem psikiyatrik hastalara hem de bu hastaların bakım verenlerinde yaklaşımlarında, hem ilaç kullanım durumunun hem de bakıcı yükünün değerlendirmesinin önemli olabileceği düşünülmektedir.

Bakım verilen hastanın düzenli psikiyatri kontrollerine gitme durumu ile bakım yükü karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmış, düzenli psikiyatrik kontrollerine gitmeyen hastalara bakım verenlerin daha fazla bakım verme yük puanlarına sahip olduğu tespit edilmiştir. Benzer şekilde, literatürde psikiyatrik kontrollerin bakım yükü üzerindeki etkisi incelenmiş, çalışmada düzenli kontrollerin bakıcı yükünde önemli bir azalma ve bakıcılar için iyileştirilmiş ruh sağlığı sonuçları ile ilişkili olduğunu bulmuştur (232). Psikiyatri hastalarının düzenli kontrollerine gelmesinin sağlanmasının hastanın klinik gidişatını düzelterek hem hastanın sağlık durumunu iyileştirmesi hem de bakım vereni üzerindeki bakım verme yükünü azaltarak, bakım veren üzerine olumlu etkiler sağlayacağı düşünülmektedir.

Bakım verilen hastanın intihar öyküsü ile bakım yükü karşılaştırıldığında intihar öyküsü olan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Literatürde bakım verilen hastada intihar öyküsü olduğu durumlarda bakım verme yükünün arttığını bildiren çalışmalar mevcuttur (233, 234). Bakım verenlerde hastaların tekrarlayan intihar etme girişimlerine dair artan kaygılar, bazı intihar girişimlerinin hastaneye yatış ve takipleri gerektirmesi gibi durumların bakım verme yükünü arttırabileceği, bu nedenle intihar girişimi olmuş olan psikiyatrik hastaların bakımında görev alan kişilere yönelik destek ve kaynakların sağlanmasının, hem bakım verenlerin hem de hastaların hayatını sürdürebilmesi açısından önemli olduğu düşünülebilir.

Bakım verilen hastanın adli öyküsü olması durumunda, hastaya bakım verme yükünün arttığı gözlenmiştir. Pearson ve ark.'nın (233) yaptığı araştırmada da benzer sonuçlara ulaşılmıştır. Bunun nedenlerinin toplum tarafından damgalanma, ailelerin kendi akrabalarının şiddetine maruz kalması, suçun içeriğine bağlı olarak mağdurun eş veya ebeveyn olması ve failin aile ortamından uzak kalmasıyla aile düzenin dağılması, bunun getirdiği ekonomik sorunlar, hastalar tarafından işlenen suç eylemlerinin medyada yer alması ve bunun sonucunda hem hastanın hem de ailesinin alenen utandırılması ile toplumsal açıdan psikolojik şiddete

maruz kalınması gibi sebeplerin olması muhtemeldir. Bununla beraber hastanın topluma yeniden kazandırılma sürecinde daha fazla bakım verme gereksinimi doğması da bakım verenin yükünün artmasına sebep oluyor olabilir.

Bakım verilen hastanın ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olması durumunda bakım verenlerin daha yüksek bakım verme yüküne sahip oldukları tespit edilmiştir ($p<0,001$). Literatürde bulunan başka çalışmalarda da ailede, çalışmaya alınan hastalar dışında başka bir psikiyatri hastasının bulunmasının da bakım yükünü istatistiksel olarak anlamlı derecede arttırdığı saptanmıştır (235). Bu sonuçlardan yola çıkarak bakım verenin dolaylı ya da direkt olarak başka hasta bireylere maruziyetine bağlı zihinsel ve/veya fiziksel zorluklar yaşadığı düşünülebilir. Başka bir psikiyatrik hastalığı olan bireye de verilmesi gereken bakım ve bu bakımın getireceği bir yük olacağı için, bakım verenin ailedeki total bakım yükü artmış olur. Bunun nedenleri arasında psikiyatrik hastalıkların kendine bakım verme olanağını elinden alabilmesi, gündelik işleri yapmaya engel oluşturabilecek davranış bozukluklarına sebebiyet vermesinden kaynaklanıyor olabilir. Yine bakım verenin yükünü arttıran nedenler arasında, bakım ihtiyacı olan hastaya ayırılması gereken zamanın artması sonucunda ruhsal ve bedensel açıdan yıpranması, evdeki genel atmosferin bozulması, finansal zorlukların ortaya çıkması, artan ilaç kullanımı ve takibinin zorlaşması, bakım verenin kendisine ayırması gereken vaktin kısıtlanması gibi durumların olmasının olduğu düşünülmüştür.

,

SONUÇLAR

Bu çalışmada, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nın yetişkin Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastalara bakım verenlerin bakım veren yükünü ve bu yükü etkileyen faktörleri belirlemek amaçlanmıştır. Çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçlar şu şekilde özetlenebilir:

1) Bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği skoru ortalama 39,33±16,42, orta düzey olarak saptanmıştır. Bakım verenlerin 46'sının (%14,24) az, 127'sinin (%39,32) orta, 110'unun (%34,06) ileri ve 40'ının (%12,38) aşırı düzeyde bakım yükü olduğu saptanmıştır.
2) Psikiyatri hastalarına bakım verenler çoğunlukla kadınlardır; bakım veren kadınlarda bakım verme yükü daha fazladır. Toplumda genellikle bakım verme işi kadınlara yüklenilen bir durum olmuş, ev dışında daha az vakit geçiren ve depresyona olan yatkınlıklarında dolayı kadınlarda daha fazla bakım verme yüküne sebep olmaktadır. Bakım verme konusunda erkekler de katılıma teşvik edilerek bakım yükü azaltılabilir.
3) Bakım verenlerin çoğu evlidir. Evli bireyler bakım verme konusunda evliliklerinde sıkıntı yaşadıklarını ifade etseler de, bakım verme yükü ölçeği skorlarına göre, evliliğin yük üzerinde etkili olmadığı tespit edilmiştir. Evli bakım verenlere yaklaşımda aile dinamiklerinin düzeltilmesiyle birlikte aile bireylerinin yaşam kalitesi arttırılabilir.
4) Bakım verenlerin %73,37'si düzenli sosyal aktiviteye katılmamaktadır. Düzenli sosyal aktiviteye katılan bakım verenler ise daha az bakım verme yüküne sahiptir. Bu durumda bakım verenlerin düzenli sosyal aktiviteye katılımları teşvik edilmeli, kendilerine zaman yaratacakları bir şekilde bakım vermeye devam etmelerini sağlayacak bakım verme şekilleri bulunmalıdır.

5) Çalışmamızda bakım verenlerin %40,87'si ile yeterli aile desteğinin olmadığını düşündüğü, yeterli aile desteği almayan bakım verenlerde ise bakım verme yükünün anlamlı ölçüde arttığı tespit edilmiştir. Bakım verenlere yeterli aile desteğinin sağlanması, yükü azaltarak, bakım verenlerin hayat kalitesini arttırabilir.
6) Şizofren tanılı hastalara bakım verenlerin, mental retarde tanılı bakım alan hastalar hariç diğer tüm tanılı hastalara bakım verenlerden yüksek puan aldığı saptanmıştır. Özellikle bu tanılara sahip bakım verenler daha fazla desteklenmelidir.
7) Bakım alan hastaların çalışma durumu incelendiğinde çoğunlukla hastanın bir işte çalışmadığı ve bu durumda daha yüksek bakım verme yükü oluştuğu tespit edilmiştir. Bakım alan psikiyatrik hastalarda toplumun geneline kıyasla azalmış çalışma durumu ve bu durumun bakım verenlerde bir yüke sebep olduğu, bu durumunun çözümünün pek çok getirisinin olabileceği göz önüne alınmalıdır. Topluma ve iş hayatına bu hastaların katılımının sağlanmasının yolları tespit edilmelidir.
8) İlaç kullanımının aksatıldığı hastalarda, bakıcının bakım verme yükünün de yüksek olduğu tespit edildi. Psikiyatrik hastalara yaklaşımda yüksek oranda görülen ilaç uyumsuzluğu ve tedavi almama durumuna dikkat edilmesi ve düzeltilmesi, psikiyatrik hastalara bakım verenlere yaklaşımda ise bakım verdikleri hastalarının tedavilerini düzenli kullanımının sağlanarak yüklerinin azaltılması önerilebilir.
9) Bakım alan hastaların intihar girişim durumları incelendiğinde 89'ununun (%27,55) intihar girişimi olduğu, intihar öyküsü olan hastalara bakım verenlerin bakım verme yükü ise anlamlı ölçüde daha yüksek saptanmıştır. Psikiyatri hastalarına yaklaşımda artmış intihar oranlarının göz önünde bulundurulmalı ve bakım verenlere bu konuda eğitim verilmelidir.
10) Bakım verilen hastaların ailelerinde %54,80 oranında topluma kıyasla artmış ruhsal hastalık oranlarının olduğu ve %21,36 oranında bakım verenin de ailesinde bakım ihtiyacı olan ruhsal hastalığa sahip başka bir aile üyesi olduğu tespit edilmiştir. Bakım verilen hastanın ailesinde ruhsal hastalığa sahip aile bireyi olduğu durumlarda, artmış bakım verme yüküne tek başına sebep olduğu tespit edilmiştir. Psikiyatri hastalarında ve bakım verenlerde bu durumun sorgulanması, ailede birden fazla psikiyatrik tanıya sahip birey olabileceğinin düşünülmesi, Aile Hekimliği yaklaşımı ve aile sağlığının korunması açısından çok önemlidir.

ÖZET

Çalışmamız Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nın yetişkin Psikiyatri polikliniğine ayaktan başvuran hastaların, bakıcılarındaki bakım veren yükünü ve bu yükü etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel desende tasarlanmıştır.

Yapılan örneklem hesabında %95 güç ve %5 hata payı ile minimum 320 bakım verene ulaşılması planlanmıştır. Çalışmanın evrenini 04 Temmuz 2022 – 04 Eylül 2022 tarihleri arasında başvuran hastalardan, Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi başvuruları ve mükerrer kayıtlar hariç tutarak incelendiğinde, bu süreçte başvuran 1423 hastanın bakım vereni oluşturmuş, bu bakım verenlerden çalışmaya katılmaya gönüllü olan 323 hasta yakının katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Veriler 58 sorudan oluşan bir anket aracılığıyla toplanmıştır. Çalışmanın ilk 30 sorusu bakım verenlerin sosyo demografik bilgileri, bakıma katılım ve bakım vermeyle beraber gelen yük durumu ile ilgili soruları, 30-58 numaralı sorular bakım verilen hastaların sosyo demografik bilgileri, hastanın tanısı ve klinik durumu, yatış ve tedavi kullanma durumu ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ek olarak katılımcılara 22 soruluk Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği uygulanmıştır.

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin 213'ünün (%65,94) kadın, 110'unun (%34,06) erkek olduğu, yaş ortalamasının 43,83±13,27 (minimum 19, maksimum 81) yıl olduğu, 72'sinin (%22,29) hastanın eşi, 70'inin (%21,67) hastanın çocuğu, 64'ünün (%19,81) hastanın annesi, 62'sinin (%19,20) hastanın kardeşi, 34'ünün (%10,53) hastanın babası, 21'inin (%6,5) hastanın diğer yakınları olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği skoru ortalama 39,33±16,42 olarak saptanmıştır. Bakım verenlerin 46'sının (%14,24) az, 127'sinin (%39,32) orta, 110'unun (%34,06) ileri ve 40'ının (%12,38) aşırı düzeyde bakım yükü olduğu, şizofren tanılı hastalara bakım verenlerin, mental retarde hariç tüm tanılı hastalara bakım verenlerden yüksek puan aldığı saptanmıştır.

Bakım verenin yakınlık, cinsiyet, çalışma, sosyal güvence, sabit maaş ve gelir, kronik fiziksel hastalık varlığı, psikiyatrik tanı varlığı, bakım konusunda yardım alma, bakımdan memnun ve bakım konusunda kendini yeterli hissetme, düzenli sosyal aktiviteye sahip olma, bakım verme konusunda eğitim ihtiyacı duymanın bakım verme üzerine istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır. Hastanın tanısı, eğitim durumu, çalışma durumu, saldırganlığı, istemsiz yatış olma durumu, düzenli ilaç kullanma ve psikiyatrik kontrollerine gitme durumu, yeterli aile desteği alma durumu, intihar öyküsü varlığı, adli öykü varlığı, hastanın ailesinde başka bir psikiyatrik hastalığa sahip birey varlığı ile bakım verme yükünün istatistiksel olarak anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde, şizofreni hastaları başta olmak üzere psikiyatri hastalarına bakım verenlerde yüksek bir bakım verme yükü olduğu görülmüştür. Bakım verme yükünün pek çok faktörden etkilendiği; geliştirilebilecek sağlık politikaları ve doğru hekim yaklaşımları ile bu yükün azaltılarak, bakım verenlerin de toplumda daha sağlıklı, daha aktif ve toplumsal yaşama daha fazla katılan bireyler olmaları sağlanabilir.

Anahtar kelimeler: hasta bakımı, bakıcı yükü, bakıcılar, ruhsal hastalıklar, Aile Hekimliği

EVALUATION OF THE CAREGIVER BURDEN OF PSYCHIATRIC PATIENTS

SUMMARY

Our study was designed in a descriptive and cross-sectional design to determine the caregiver burden and the factors affecting this burden in the caregivers of patients admitted to the adult psychiatry outpatient clinic of Trakya University Faculty of Medicine, Department of Mental Health and Diseases.

It was planned to reach a minimum of 320 caregivers with 95% power and 5% margin of error. The population of the study consisted of the caregivers of 1423 patients who applied between July 04, 2022 and September 04, 2022, excluding the applications to the Alcohol and Drug Addicts Treatment and Research Center and duplicate records; and the study was carried out with the participation of 323 caregivers who volunteered to participate in the study. Data were collected through a questionnaire consisting of 58 questions. The first 30 questions were socio-demographic information of the participating caregivers, participation in caregiving and the burden associated with caregiving; questions 30-58 were socio-demographic information of the patients under care, the diagnosis and clinical status of the patient, hospitalization and treatment use. In addition, 22-question Zarit Caregiving Burden Scale was administered to the participants.

Of the caregivers who participated in our study, 213 (65.94%) were female, 110 (34.06%) were male, the mean age was 43.83±13.27 (minimum 19, maximum 81) years, 72 (22.29%) were the spouse of the patient, 70 (21.67%) were the patient's children, 64 (19.81%) were the patient's mother, 62 (19.20%) were patient's siblings, 34 (10.53%) were patient's father, and 21 (6.5%) were other relatives of the patient.

The average Zarit Caregiver Burden Scale score of caregivers was 39.33±16.42. It was found that 46 (14.24%) of the caregivers had a low level of caregiver burden, 127 (39.32%) had moderate, 110 (34.06%) had advanced and 40 (12.38%) had extreme levels of caregiver burden. Caregivers of schizophrenia patients had higher scores than other diagnosis except mental retardation.

It was found that caregiver's closeness, gender, employment, social security, fixed salary and income, presence of chronic physical illness, presence of psychiatric diagnosis, receiving help in caregiving, being satisfied with caregiving and feeling self-sufficient in caregiving, having regular social activities, and need for counseling in caregiving had a statistically significant relationship with caregiving. It was found that there was a statistically significant relationship between the patient's diagnosis, educational status, employment status, aggression, involuntary hospitalization, regular medication use and psychiatric check-ups, receiving adequate family support, presence of suicide history, presence of forensic history, presence of an individual with another psychiatric illness in the patient's family and caregiving burden.

When the results obtained in our study were evaluated, it was observed that caregivers of psychiatric patients, especially schizophrenia patients, had a high caregiving burden. The burden of caregiving is affected by many factors; this burden can be reduced by developing health policies and the right physician approaches, and caregivers can be healthier, more active and more involved in social life.

Keywords: patient care, caregiver burden, caregivers, mental disorders, Family Practice

KAYNAKLAR

1. Udoh EE, Omorere DE, Sunday O, Osasu OS, Amoo BA. Psychological distress and burden of care among family caregivers of patients with mental illness in a neuropsychiatric outpatient clinic in Nigeria. PLoS One 2021;16(5):e0250309.

2. World Health Organization. The world health Report 2001: mental health: new understanding, new hope. (Erişim tarihi : 21.01.2023) Avaliable from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390

3. Kızılırmak B. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Bakım Yükü Ve Ruhsal Sağlık Durumu (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

4. Yıldırım A, Buzlu S, Aşılar RH, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Ekinci M. Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2014;8(3):165–71.

5. Levene JE, Lancee WJ, Seeman MV. The perceived family burden scale: measurement and validation. Schizophrenia Research 1996;22(2):151-7.

6. Fadden G, Bebbington P, Kuipers L. The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. The British Journal of Psychiatry 1987;150(3):285-92.

7. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers. Pharmacoeconomics 2008;26(2):149-62.

8. Gülseren L, Cam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z, et al. The perceived burden of care and its correlates in schizophrenia. Türk Psikiyatri Derg 2010;21(3):203-12.

9. Duman ZÇ, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013;5(1):78-94.

10. Baloğlu ÖÖ. Sağlık iletişimi alanında yapılan tezlerin içerik analizi üzerine bir çalışma. Kocaeli: International Marmara Social Sciences Congress Abstract Book, 2020:113.

11. Pektaş İ, Bilge A, Ersoy MA. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinde epidemiyolojik çalışmalar ve toplum ruh sağlığı hemşireliğinin rolü. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7(1):43-8.

12. Çölgeçen Y, Abay AR. Psikiyatrik sosyal hizmet-koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici ruh sağlığı alanında sosyal çalışmacıların rolü. OPUS International Journal of Society Researches 2018;9(16):2147-85.

13. Duman ZÇ, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013;5(1):78.

14. Kılıç C. Türkiye'de ruhsal hastalıkların yaygınlığı ve ruhsal tedavi ihtiyacı konusunda neredeyiz? Toplum ve Hekim 2020;35(3):179-87.

15. Cankardaş S. Giriş ve tarihsel olarak genel bakış (çeviri M. Şahin) Şahin M. (editör). Anormal psikolojisi. 12th ed. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 2019:1-28.

16. Boettcher H, Hofmann SG, Wu QJ, Bridley A, Daffin Jr LW, Cuttler C. Therapeutic orientations. In: Cummings JA (Ed). Abnormal psychology. Canada: University of Saskatchewan Open Press; 2020. p.58-88

17. Özakkaş T, Sezgin B, Özen E. Hipnozun klinikte kullanımı: hipnoterapi. Ankara: Psikoterapi Enstitüsü Eğitim Yayınları, 2020:1-177.

18. Foucault M. Akıl hastalığı ve psikoloji (Çeviri Ed. E Bayoğlu). İstanbul: Ayrıntı Yayınları, 2020:20-69.

19. Kılıç R. Deliler ve doktorları: Osmanlı'dan Cumhuriyet'e delilik. Ankara: Tarih Vakfı Yurt Yayınları, 2015:42-89.

20. Lehman AF, Slaughter JG, Myers CP. Quality of life in alternative residential settings. Psychiatric Quarterly 1991;62(1):35-49.

21. Kılıç Ak, Yılmaz S. Türkiye'de ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik kurum bakım hizmetleri ve bu hizmetlerde sosyal hizmet uygulamaları. Pamukkale Journal of Eurasian Socioeconomic Studies 2018:5(1):1-14.

22. Antunes A, Frasquilho D, Azeredo-Lopes S, Neto D, Silva M, Cardoso G, et al. Disability and common mental disorders: results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. Eur Psychiatry 2018;49:56-61.

23. World Health Organization. World mental health report: Transforming mental health for all 2022 (Erişim Tarihi : 26.12.2023). Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338

24. Lipton R, Schwedt T, Friedman B. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the global burden of disease study 2015. Lancet 2016;388(10053):1545-602.

25. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. 21 hedefte Türkiye sağlıkta gelecek. Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı; 2007.

26. Türk Dil Kurumu Sözlükleri. Bakım tanımlaması 2019 (Erişim Tarihi 01.12.2022) Erişim Adresi : https://sozluk.gov.tr/

27. Tristiana RD, Yusuf A, Fitryasari R, Wahyuni SD, Nihayati HE. Pereived barriers on mental health services by the family of patients with mental illness. International Journal of Nursing Sciences 2018;5(1):63-7.

28. Zaybak A, Yapucu Güneş Ü, Günay İsmailoğlu E, Ülker E. Yatağa bağımlı hastalara bakım veren bireylerin bakım yüklerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2012;15(1):48-54.

29. Sagut P. İlk Atak Ve Kronik Psikoz Hastasına Bakım Verenlerin Yükünün Karşılaştırılması (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2012.

30. Özdemir N, İşler T. Psikiyatrik hastalık tanısı almış bireylerin ailelerinin bakım yükü. Ejons International Journal 2019;3(9):107-12.

31. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3(3):513-52.

32. Sabancıoğulları S, Pınar ŞE. Kronik psikiyatri hastalarının bakım vericilerinin bakım yükü ve stresle başa çıkma tarzları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;23(1):109-17.

33. Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü (tez). Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2013.

34. Caqueo-Urízar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: a literature review. Health And Quality Of Life Outcomes 2009;7(1):1-5.

35. Gupta A, Solanki R, Koolwal G, Gehlot S. Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. International Journal of Public Health Research 2015;4(1):70-6.

36. Çoban SA, Taşcı S. Bipolar affektif bozukluğu olan hastalara bakım verenlerin yaşadıkları sorunlar ve bu sorunlarla başetme durumları. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):21-30.

37. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. Pakistan Journal of Psychological Research 2008;23(1-2):19–28.

38. Yazıcı E, Karabulut Ü, Yıldız M, Baskan Tekeş S, Inan E, Çakır U. Şizofrenisi olan hastalara bakım verenlerin yükü ve ilişkili etmenler. Nöropsikiyatri Arşivi 2016;53(2):96-101.

39. Sögüt Ç, Dündar PE. Manisa'da bir toplum sağlığı merkezi bölgesinde evde sağlık hizmeti alan kişilere bakım verenlerin yükünün değerlendirilmesi. Turkish Journal of Public Health 2017;15(1):37.

40. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Burden and burden-related features in caregivers of schizophrenia patients. Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences 2015;28(2):147.

41. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3(2):251-77.

42. Caqueo-Urízar A, Gutiérrez-Maldonado J, Ferrer-García M, Peñaloza-Salazar C, Richards-Araya D, Cuadra-Peralta A. Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. BMC Family Practice 2011;12(1):1-11.

43. Igberase OO, Morakinyo O, Lawani AO, James BO, Omoaregba JO. Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria. International Journal of Social Psychiatry 2012;58(2):131-7.

44. Fadime İ, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe 'ye uyarlanması geçerlilik ve güvenilirliği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2006;11(4):85-95.

45. Östman M, Hansson L. Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. European Psychiatry 2004;19(7):402-7.

46. Karanci AN, Inandılar H. Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2002;37(2):80-8.

47. Ak M, Yavuz F, Lapsekili N, Türkçapar H. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012;25:330-7.

48. Nasr T, Kausar R. Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. Annals of General Psychiatry 2009;8(1):1-6.

49. Ayalew M, Workicho A, Tesfaye E, Hailesilasie H, Abera M. Burden among caregivers of people with mental illness at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia: a cross-sectional study. Annals of General Psychiatry 2019;18(1):1-11.

50. Ampalam P, Gunturu S, Padma V. A comparative study of caregiver burden in psychiatric illness and chronic medical illness. Indian Journal of Psychiatry 2012;54(3):239.

51. Chien WT, Thompson DR, Norman I. Evaluation of a peer-led mutual support group for Chinese families of people with schizophrenia. American Journal of Community Psychology 2008;42(1):122-34.

52. Arguvanlı Çoban S, Özkan B, Medik K, Saraç B. The quality of life of people with bipolar disorders and their caregivers. Journal of Psychiatric Nursing 2013;4(2):61-6.

53. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2013;14(1):19-26.

54. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırlı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. Noropsikiatri Arsivi 2009;46:10-4.

55. Sales E. Family burden and quality of life. Quality Of Life Research 2003;12(1):33-41.

56. Dixon L, Stewart B, Burland J, Delahanty J, Lucksted A, Hoffman M. Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. Psychiatric Services 2001;52(7):965-7.

57. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. Acta Psychiatrica Scandinavica 2002;106(4):291-8.

58. Tel H, Saraç B, Günaydın Y, Medik K, Doğan S. Psikiyatrik hastalık tanılı hastaların primer bakım vericilerinin sosyal destek durumunun belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(3):103-7.

59. Weimand B, Hedelin B, Sällström C, Hall-Lord ML. Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: a Norwegian cross-sectional study. Issues in Mental Health Nursing 2010;31(12):804-15.

60. Olawale KO, Mosaku KS, Fatoye FO, Mapayi BM, Oginni OA. Caregiver burden in families of patients with depression attending Obafemi Awolowo University teaching hospitals complex Ile-Ife Nigeria. General Hospital Psychiatry 2014;36(6):743-7.

61. Walke SC, Chandrasekaran V, Mayya SS. Caregiver burden among caregivers of mentally ill individuals and their coping mechanisms. Journal of Neurosciences in Rural Practice 2018;9(02):180-5.

62. Hjärthag F, Helldin L, Karilampi U, Norlander T. Illness-related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2010;45(2):275-83.

63. Chadda RK, Singh TB, Ganguly KK. Caregiver burden and coping. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2007;42(11):923-30.

64. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martinez-Aran A, Torrent C, Comes M, et al. What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. Journal of Affective Disorders 2006;94(1-3):157-63.

65. Dore G, Romans SE. Impact of bipolar affective disorder on family and partners. Journal of Affective Disorders 2001;67(1-3):147-58.

66. Perlick DA, Rosenheck RA, Miklowitz DJ, Chessick C, Wolff N, Kaczynski R, et al. Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. Bipolar Disorders 2007;9(3):262-73.

67. Sağlık Bakanlığı (T.C). Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). Ankara: Sağlık Bakanlığı; 2011

68. Yardımcı Y, Akbıyık Dİ. Ruh sağlığı politikalarının oluşturulmasında aile hekimliğinin yeri. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular 2019:4-10.

69. Başer DA, Kahveci R. Ruhsal hastalıklar izlem ve bildirimi açısından aile hekimlerinin rolü. Türkiye Klinikleri 2019:21-5.

70. Nimalasuriya K, Compton MT, Guillory VJ. Screening adults for depression in primary care: A position statement of the American College of Preventive Medicine. Journal of Family Practice 2009;58(10):535-9.

71. Yalçın M. Birinci basamakta depresyona yaklaşım sorunları. STED 2004;2:46-8.

72. Özder A, Kayalı Y. Depresyon (Çökkünlük). Türkiye Klinikleri Family Medicine - Special Topics 2018;9:173-8.

73. Angst J, Sellaro R. Historical perspectives and natural history of bipolar disorder. Biological Psychiatry 2000;48(6):445-57.

74. Culpepper L. The diagnosis and treatment of bipolar disorder: decision-making in primary care. The Primary Care Companion For CNS Disorders 2014;16(3):26253.

75. Pharoah F, Mari JJ, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. Cochrane Database Of Systematic Reviews 2010;(12):CD000088.

76. Deveci E, Yılmaz O, Öztürk A. Şizofreni; Aile Hekimliği için bir gözden geçirme. Türkiye Klinikleri J Fam Med-Special Topics 2018;9:164-8.

77. Soygür H, Avcıoğlu MM. Psikotik hastalıklarla ilgili damgalamaya karşı mücadelede aile hekimlerinin rolü. Türkiye Klinikleri Aile Hekimliği - Özel Konular 2019:11-6.

78. Akıncı ÜE. Şizofreni Hastalarının Yaşam Nitelikleri, Hasta Yakınlarının Psikopatolojiye Yönelik İnançları, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Algılanan Aile Yükleri Ve Duygu Dışavurumları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi (tez). Ankara: Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü; 2019.

79. Karakuş G, Kocal Y, Damla S. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi 2017;26(2):251-67.

80. Millier A, Schmidt U, Angermeyer M, Chauhan D, Murthy V, Toumi M, et al. Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. Journal Of Psychiatric Research 2014;54:85-93.

81. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. Archives Of Psychiatric Nursing 2011;25(5):339-49.

82. Bademli K, Keser İ, Neslihan L, Gülşah A, Kılıç Ak, Güvendiren H. Şizofreni hastalarının ve bakim verenlerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;19(1):5-16.

83. Harmancı P, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ve ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Journal of Psychiatric Nursing 2016;7(2):24-33.

84. Arslantaş H. Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve baş etme stratejileri. Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing - Special Topics 2018;4(1):39-47.

85. Sungur MZ. Şizofreni: mitler ve gerçekler. Klinik Psikiyatri Dergisi 2000;3(1):5-12.

86. Kaya Y, Öz F. Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2019;10(1):28-38.

87. Bogren LY. Expressed emotion, family burden, and quality of life in parents with schizophrenic children. Nordic Journal of Psychiatry 1997;51(4):229-33.

88. Güçlü N. Stres yönetimi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2001;21(1):91-109.

89. Başaran R, İnanlı I, Eren I, Çiçek IE, Çalışkan AM, İlhan BC, et al. Caregiver burden and affecting factors for patients with schizophrenia. Medicine Science 2020;9(4):806-13.

90. Yıldız M, Yazıcı A, Çetinkaya Ö, Bilici R, Elçim R. Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi ve görüşleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21(2):105-13.

91. Şener Dk, Karaca A. Şizofreni veya bipolar bozukluk tanılı ebeveyn çocuklarının yaşam deneyimleri. Sağlık Bilimlerinde Değer 2022;12(3):554-9.

92. Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey J. Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. The Journal Of Nervous And Mental Disease 2001;189(1):31-7.

93. Çoban SA, Özkan B, Medik K, Saraç B. Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerinin yaşam kalitesi. Journal of Psychiatric Nursing 2013;4(2):61-6.

94. Goldberg JF, Garno JL, Leon AC, Kocsis JH, Portera L. Association of recurrent suicidal ideation with nonremission from acute mixed mania. American Journal of Psychiatry 1998;155(12):1753-5.

95. Ayyıldız E, Babacan Gümüş A. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde bakım yükü ve baş etme yöntemlerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2019;10(4):277-85.

96. Olchanski N, Myers MM, Halseth M, Cyr PL, Bockstedt L, Goss TF, et al. The economic burden of treatment-resistant depression. Clinical Therapeutics 2013;35(4):512-22.

97. Eaton PM, Davis BL, Hammond PV, Condon EH, McGee ZT. Coping strategies of family members of hospitalized psychiatric patients. Nursing Research and Practice 2011;2011:392705.

98. Senaratne R, Van Ameringen M, Mancini C, Patterson B. The burden of anxiety disorders on the family. The Journal of Nervous and Mental Disease 2010;198(12):876-80.

99. Ersoy Özcan B, Ünsalbarlas G. Obsesif kompulsif bozukluğu olan hasta yakınlarında bakım yükü ve psikoeğitim. Journal of Academic Research in Nursing 2017;3:51-6.

100. Pallanti S, Grassi G, Sarrecchia ED, Cantisani A, Pellegrini M. Obsessive–compulsive disorder comorbidity: clinical assessment and therapeutic implications. Frontiers in Psychiatry 2011;2:70-82.

101. Gururaj G, Math SB, Reddy J, Chandrashekar C. Family burden, quality of life and disability in obsessive compulsive disorder: An Indian perspective. Journal of Postgraduate Medicine 2008;54(2):91-7.

102. Cooper M. Obsessive-compulsive disorder: Effects on family members. American Journal of Orthopsychiatry 1996;66(2):296-304.

103. Renshaw KD, Steketee G, Chambless DL. Involving family members in the treatment of OCD. Cognitive Behaviour Therapy 2005;34(3):164-75.

104. Maqbool M, Sinha VK, Vikas. Sustained attention and executive functioning among remitted adolescents with bipolar disorder. Indian Journal Of Psychological Medicine 2015;37(3):322-6.

105. Vikas A, Avasthi A, Sharan P. Psychosocial impact of obsessive-compulsive disorder on patients and their caregivers: a comparative study with depressive disorder. International Journal of Social Psychiatry 2011;57(1):45-56.

106. Schene A. Objective and subjective dimensions of family burden. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1990;25(6):289-97.

107. Ramos-Cerqueira ATdA, Torres AR, Torresan RC, Negreiros APM, Vitorino CN. Emotional burden in caregivers of patients with obsessive-compulsive disorder. Depression And Anxiety 2008;25(12):1020-7.

108. Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry. Indian J Psychiatry 1988;25(10):116-7.

109. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. Research in Developmental Disabilities 2011 32(2):419-36.

110. Görmez A. Family caregiving burden of adults with intellectual disability and associated factors. Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences 22(3):169-76.

111. Maes B, Broekman T, Došen A, Nauts J. Caregiving burden of families looking after persons with intellectual disability and behavioural or psychiatric problems. Journal of Intellectual Disability Research 2003;47(6):447-55.

112. Irazábal M, Marsà F, García M, Gutiérrez-Recacha P, Martorell A, Salvador-Carulla L, et al. Family burden related to clinical and functional variables of people with intellectual disability with and without a mental disorder. Research in Developmental Disabilities 2012;33(3):796-803.

113. Zarit SH, Zarit JM. The memory and behavior problems checklist and the Burden Interview. Pennsylvania: University Park, Pennsylvania State University Gerontology Center; 1990. 13p.

114. Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez FD. Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: aileler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3(3):133–9.

115. Schulze B, Rössler W. Ruhsal hastalıkta bakım verenin yükü: 2004-2005'te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirilmesi. Curr Opin Psychiatry 2006;2:47-58.

116. Association CP. Clinical practice guidelines: treatment of schizophrenia. Canadian Journal of Psychiatry 2005;50(13):7-57.

117. Ukpong D. Şizofreni hastalarına bakım veren Nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: pozitif ve negatif semptomların rolü. Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23(1):40-5.

118. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. Pharmacoeconomics 2008;26:149-62.

119. Arslantaş H, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2012;13(1):8-15.

120. Navidian A, Bahari F. Burden experienced by family caregivers of patients with mental disorders. Pakistan Journal of Psychological Research 2008;23(1-2):19-29.

121. Manhas RS, Manhas GS, Manhas A, Thappa JR, Dar MM, Akhter R. Prevalence of depression among caretakers of patients with bipolar disorder. Int J Inf Res Rev 2019;6:44–8.

122. Given B, Wyatt G, Given C, Gift A, Sherwood P, Devoss D, et al. Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end of life. Oncol Nurs Forum 2004;31(6):1105-17.

123. Korkmaz A. Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Öfke Ve İlişkili Faktörler (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2014.

124. Yıldırım A, Ekinci M. Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010;11(3):195-205.

125. Şengün F. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi 2007.

126. Gülseren L, Coşkun S, Gülseren Ş, Kültür S. Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı konan hastalar ile ailelerinde aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1999;7(1):23-32.

127. McCullagh E, Brigstocke G, Donaldson N, Kalra L. Determinants of caregiving burden and quality of life in caregivers of stroke patients. Stroke 2005;36(10):2181-6.

128. Çınar İ. Şizofreni Hasta Ailelerinin Bakım Yükleri Ve Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (tez). İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2011.

129. Günaydın N, Orak O, Barlas G, Sarıkaya P. Psikiyatri hastalarına bakım veren aile bireylerinin stresle başa çıkma tarzları ile ruhsal sorunları arasındaki ilişki. II. Uluslararası VI Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, Erzurum 2012;241.

130. Lowyck B, De Hert M, Peeters E, Wampers M, Gilis P, Peuskens J. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. European Psychiatry 2004;19(7):395-401.

131. Karabulut Ü, Yıldız M, Tekeş SB, Inan E, Çakır U. Şizofrenisi olan hastalara bakım verenlerin yükü ve ilişkili etmenler. Nöropsikiyatri Arşivi 2016;18(3):4-5.

132. Keane-Hagerty E. Wives, husbands, and daughters of dementia patients: predictors of caregivers' mental and physical health. Research and Theory for Nursing Practice 1998;12(3):221.

133. Tel H, Doğan S, Özkan B, Çoban S. Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2010;1(1):7-12.

134. Norris J. Chronically mentally ill clients. McFarland GK, Thomas MD (Ed) Psychiatric mental health nursing. St Louis: Mosby Company; 1996:655-65.

135. Tavafian SS, Jamshidi A, Mohammad K, Montazeri A. Low back pain education and short term quality of life: a randomized trial. BMC Musculoskeletal Disorders 2007;8(1):1-6.

136. Porterfield SL, McBride TD. The effect of poverty and caregiver education on perceived need and access to health services among children with special health care needs. American Journal of Public Health 2007;97(2):323-9.

137. Fantuzzo J, Tighe E, Childs S. Family Involvement Questionnaire: A multivariate assessment of family participation in early childhood education. Journal of Educational Psychology 2000;92(2):367.

138. Turcotte P-L, Larivière N, Desrosiers J, Voyer P, Champoux N, Carbonneau H, et al. Participation needs of older adults having disabilities and receiving home care: met needs mainly concern daily activities, while unmet needs mostly involve social activities. BMC Geriatrics 2015;15(1):1-14.

139. Cannuscio CC, Colditz GA, Rimm EB, Berkman LF, Jones CP, Kawachi I. Employment status, social ties, and caregivers' mental health. Social Science & Medicine 2004;58(7):1247-56.

140. Üstün K, Kıvrak K, Körtelli O, Bingölbali Ö, Taşkaya C, Zübeyir S. Engelli çocuğa sahip ebeveynlerin bakım yükü ve fiziksel aktivite seviyesi arasındaki ilişkinin araştırılması. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2022;6(3):488-98.

141. Aşiret Gd, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2012;14(2):73-80.

142. Uludağ F. Kanser Hastaları Ve Bakım Veren Yakınlarının Tükenmişlik Durumları Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları (tez). Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi; 2016.

143. Chang KH, Horrocks S. Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. Journal of Advanced Nursing 2006;53(4):435-43.

144. Öyekçin DG. Bir devlet hastanesi psikiyatri polikliniğine bir yıl içinde başvuran olguların sosyodemografik özellikleri ve psikiyatrik tanı dağılımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008;9(1):39.

145. Angermeyer MC, Kühn L, Goldstein JM. Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. Schizophrenia Bulletin 1990;16(2):293-307.

146. Muntaner C, Eaton WW, Diala C, Kessler RC, Sorlie PD. Social class, assets, organizational control and the prevalence of common groups of psychiatric disorders. Social Science & Medicine 1998;47(12):2043-53.

147. Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. BMJ 2001;322(7280):204-8.

148. Greenberg PE, Fournier A-A, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The economic burden of adults with major depressive disorder in the United States (2005 and 2010). The Journal of Clinical Psychiatry 2015;76(2):53-56.

149. Ural C, Öncü F, Belli H, Soysal H. Adli psikiyatrik süreç içindeki şizofreni hastalarının şiddet davranışı değişkenleri: bir olgu kontrol çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2013;24:17-24.

150. Dilbaz N. Şiddet riskinin değerlendirilmesi ve saldırgan hastaya yaklaşım. Klinik Psikiyatri 1999;2:179-88.

151. Swanson JW, Holzer III CE, Ganju VK, Jono RT. Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. Psychiatric Services 1990;41(7):761-70.

152. Borum R, Swartz M, Swanson J. Assessing and managing violence risk in clinical practice. Journal of Psychiatric Practice 1996;2(4):205-15.

153. Krakowski M, Czobor P. Gender differences in violent behaviors: relationship to clinical symptoms and psychosocial factors. American Journal of Psychiatry 2004;161(3):459-65.

154. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan bir grup hastada saldırganlık potansiyeli ve etkileyen bazı etkenler. NP Akademi 2012;1(1):7-15.

155. Pazvantoğlu O, Okay T, Dilbaz N, Şengül C, Bayam G. Major depresyon tanısı alan hastalarda somatik belirtilerin yoğunluğunun intihar düşüncesi, davranışı ve niyetine etkisi Klinik Psikiyatri 2004;7(3):153-60.

156. Güleç G. Psikiyatrik bozukluklar ve intihar. Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics 2016;9(3):21-5.

157. Atay İM, Eren İ, Gündoğar D. Isparta il merkezinde intihar girişimi, ölüm düşünceleri yaygınlığı ve risk faktörleri. Türk Psikiyatri Dergisi 2012;23(2):89-98.

158. Lee JI, Lee MB, Liao SC, Chang CM, Sung SC, Chiang HC, et al. Prevalence of suicidal ideation and associated risk factors in the general population. Journal of the Formosan Medical Association 2010;109(2):138-47.

159. Rao KN, Kulkarni RR, Begum S. Comorbidity of psychiatric and personality disorders in first suicide attempters. Indian Journal of Psychological Medicine 2013;35(1):75-9.

160. Aydemir Ç, Temiz VH, Gök E. Majör depresyon ve özkıyımda kognitif ve emosyonel faktörler. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13(1):33-9.

161. Marangell LB, Bauer MS, Dennehy EB, Wisniewski SR, Allen MH, Miklowitz DJ, et al. Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. Bipolar Disorders 2006;8(5):566-75.

162. Ozdel O, Varma G, Atesci FC, Oguzhanoglu NK, Karadag F, Amuk T. Characteristics of suicidal behavior in a Turkish sample. Crisis 2009;30(2):90-3.

163. Yargıç Lİ, Baykan H. Ağır psikiyatrik bozukluklar, depresyon ve sigara bırakma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2013;14(1):77-83.

164. McClave AK, McKnight-Eily LR, Davis SP, Dube SR. Smoking characteristics of adults with selected lifetime mental illnesses: results from the 2007 National Health Interview Survey. American Journal of Public Health 2010;100(12):2464-72.

165. Hitsman B, Moss TG, Montoya ID, George TP. Treatment of tobacco dependence in mental health and addictive disorders. The Canadian Journal of Psychiatry 2009;54(6):368-78.

166. Grant BF, Hasin DS, Chou SP, Stinson FS, Dawson DA. Nicotine dependence and psychiatric disorders in the united states: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. Archives of General Psychiatry 2004;61(11):1107-15.

167. Kuloğlu M, Atmaca M, Ahmet Ü. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda nikotin bağımlılığı. Kriz Dergisi 2001;9(1):33-8.

168. Ertekin H, Aydın M, Arslan M, Ertekin YH, Eren İ. Psikiyatri polikliniğine başvuran hastaların sigara kullanımı değerlendiriliyor mu? Konuralp Tıp Dergisi 2017;9(2):155-9.

169. Lasser K, Boyd JW, Woolhandler S, Himmelstein DU, McCormick D, Bor DH. Smoking and mental illness: a population-based prevalence study. JAMA 2000;284(20):2606-10.

170. Yumru M, Haluk A, Tutkun H, Herken H, Karasu M, Dülger HE. Gaziantep Üniversitesi'nde adli psikiyatrik açıdan incelenmiş olan olguların değerlendirilmesi: Yüksek oranda alkol-madde kullanımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005;6:30-5.

171. Pektaş Ö, Mirsal H, Kalyoncu A, Tan D, Beyazyürek M. Psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda alkol kullanımı. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2003;4(1):26.

172. Abou-Saleh MT, Janca A. The epidemiology of substance misuse and comorbid psychiatric disorders. Acta Neuropsychiatrica 2004;16(1):3-8.

173. Fazel S, Grann M. Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study. American Journal of Psychiatry 2004;161(11):2129-31.

174. Ayirolimeethal A, Ragesh G, Ramanujam JM, George B. Psychiatric morbidity among prisoners. Indian Journal Of Psychiatry 2014;56(2):150-4.

175. Coker KL, Smith PH, Westphal A, Zonana HV, McKee SA. Crime and psychiatric disorders among youth in the US population: An analysis of the national comorbidity survey–adolescent supplement. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 2014;53(8):888-98.

176. Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M, Scott J, Carpenter D, Ross R, et al. The expert consensus guideline series: adherence problems in patients with serious and persistent mental illness. J Clin Psychiatry 2009;70(4):1-48.

177. Esra U, Buldukoğlu K. Şizofrenide ilaç tedavisine uyum ve psikiyatri hemşiresinin rolü. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi 2018;7(1):61-72.

178. Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. World Psychiatry 2013;12(3):216-26.

179. Goff DC, Hill M, Freudenreich O. Strategies for improving treatment adherence in schizophrenia and schizoaffective disorder. The Journal of Clinical Psychiatry 2010;71(2):200-33.

180. DiBonaventura M, Gabriel S, Dupclay L, Gupta S, Kim E. A patient perspective of the impact of medication side effects on adherence: results of a cross-sectional nationwide survey of patients with schizophrenia. BMC Psychiatry 2012;12:1-7.

181. Lacro JP, Dunn LB, Dolder CR, Jeste DV. Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. The Journal of Clinical Psychiatry 2002;63(10):892-909.

182. Zhou Y, Rosenheck R, Mohamed S, Ning Y, He H. Factors associated with complete discontinuation of medication among patients with schizophrenia in the year after hospital discharge. Psychiatry Research 2017;250:129-35.

183. Kelleci M, Ata EE. Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların ilaç uyumları ve sosyal destekle ilişkisi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2011;2(3):105-10.

184. Öz DE. Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, Psikotik Özellikli Bipolar Duygudurum Bozukluğu, Sanrılı Bozukluk Hastalarında Aylık Depo Antipsikotik Kullanımında Tedavi Uyumunu Etkileyen Faktörler (tez). İzmit : Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2020.

185. Velligan DI, Wang M, Diamond P, Glahn DC, Castillo D, Bendle S, et al. Relationships among subjective and objective measures of adherence to oral antipsychotic medications. Psychiatric Services 2007;58(9):1187-92.

186. Thompson K, Kulkarni J, Sergejew A. Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for the psychoses. Schizophrenia Research 2000;42(3):241-7.

187. Young AS, Grusky O, Jordan D, Belin TR. Routine outcome monitoring in a public mental health system: the impact of patients who leave care. Psychiatric Services 2000;51(1):85-91.

188. Percudani M, Belloni G, Contini A, Barbui C. Monitoring community psychiatric services in Italy: differences between patients who leave care and those who stay in treatment. The British Journal of Psychiatry 2002;180(3):254-9.

189. Tel H, Dogan S, Ozkan B, Çoban S. Compliance to treatment among chronic psychiatric disorder patients according to their relatives. Journal of Psychiatric Nursing 2010;1(1):7-13.

190. Demirkol ME, Tamam L, Evlice YE, Karaytuğ MO. Psikiyatri hastalarının tedaviye uyumu. Cukurova Medical Journal 2015;40(3):555-68.

191. Anlar L, Doğan S, Doğan O. Psikiyatri hastalarının taburculuk sonrası ruhsal durumları, işlev görme düzeyleri ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2009;10:293-300.

192. Miller BJ, Paschall III PD, C Bayard, Svendsen DP. Mortality and medical comorbidity among patients with serious mental illness. Psychiatric Services 2006;57(10):1482-7.

193. Aşkan T. Kronik ruhsal hastalığı olan bireye bakım verenlerde eş bağımlılık ve ilişkili faktörler (tez). Konya: Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2019.

194. Cuijpers P, Hollon SD, van Straten A, Bockting C, Berking M, Andersson G. Does cognitive behaviour therapy have an enduring effect that is superior to keeping patients on continuation pharmacotherapy? A meta-analysis. BMJ 2013;3(4):e002542.

195. Olfson M, Blanco C, Marcus SC. Treatment of adult depression in the United States. JAMA Internal Medicine 2016;176(10):1482-91.

196. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. The British Journal of Psychiatry 2011;199(6):453-8.

197. Başoğlu C, Semiz U, Öner O, Günay H, Ebrinç S, Çetin M, et al. A magnetic resonance spectroscopy study of antisocial behaviour disorder, psychopathy and violent crime among military conscripts. Acta Neuropsychiatrica 2008;20(2):72-7.

198. Dikeç G, Kutlu Y. Ruhsal bozukluklarda tedavi uyumunu artırmak için bir yöntem: tedaviye uyum programı. Journal of Psychiatric Nursing 2015;6(1):15-22.

199. McInnis MG, McMahon FJ, Chase GA, Simpson SG, Ross CA, DePaulo Jr. Anticipation in bipolar affective disorder. American Journal Of Human Genetics 1993;53(2):385-5.

200. Torrey EF, Bowler AE, Taylor EH. Schizophrenia and manic-depressive disorder: The biological roots of mental illness as revealed by the landmark study of identical twins. New York: Basic Books; 1994:110-37.

201. Erten E, Alpman N, Özdemir A, Fıstıkçı N. Bipolar I bozukluğu olan hastalarda dönem ve seyir özelliklerinin bakıcı yüküne etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi 2014;25:114-23.

202. Pompeo DA, Carvalho AD, Olive AM, Souza MG, Galera SA. Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. Revista Latino-Americana De Enfermagem 2016;24:27-9.

203. Alexander G, Bebee CE, Chen KM, Vignes RMD, Dixon B, Escoffery R, et al. Burden of caregivers of adult patients with schizophrenia in a predominantly African ancestry population. Quality of Life Research 2016;25:393-400.

204. Ayhan MG, Köse A, Ercan SK, Bozdoğan ŞY, Özayhan HY, Eren İ. Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinden yararlanan şizofreni tanılı hastaların yakınlarındaki bakım yükü: karşılaştırmalı bir çalışma. Cukurova Medical Journal 2019;44:92-9.

205. Yıldırım FG. Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Ruhsal Durumları ve Bakım Yükünün Değerlendirilmesi (tez). İstanbul: Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2014.

206. Alshammari B, Noble H, McAneney H, Alshammari F, O'Halloran P. Factors associated with burden in caregivers of patients with end-stage kidney disease (a systematic review). Healthcare 2021;9(9):12.

207. Abed MA, Khalifeh AH, Khalil AA, Darawad MW, Moser DK. Functional health literacy and caregiving burden among family caregivers of patients with end-stage renal disease. Research in Nursing & Health 2020;43(5):529-37.

208. Yeşil T, Uslusoy EÇ, Korkmaz M. Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016;5(4):54-66.

209. Adeosun II. Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. Schizophrenia Research And Treatment 2013;(2):1-9.

210. Cabral L, Almeida M, Ferreira M, Gonçalves A, Duarte J. Caregivers' burden experienced by relatives living with a person suffering from schizophrenia. The European Proccedings of Social and Behavioural Sciences 2016;(13):128-38.

211. Kara T. Obsesif Kompulsif Bozukluğu Olan Bireye Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler, Baş Etme Ve Sosyal Destek Durumlarının Belirlenmesi (tez). Kayseri: Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007.

212. Schulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality: the Caregiver Health Effects Study. JAMA 1999;282(23):2215-9.

213. Pinquart M, Sörensen S. Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. Psychology and Aging 2003;18(2):250-8.

214. Inogbo CF, Olotu SO, James BO, Nna EO. Burden of care amongst caregivers who are first degree relatives of patients with schizophrenia. Pan African Medical Journal 2017;28(1):284-9.

215. El-Tantawy AMA, Raya YM, Zaki A. Depressive disorders among caregivers of schizophrenic patients in relation to burden of care and perceived stigma. Current Psychiatry 2010;17(3):15-25.

216. Toohey MJ, Muralidharan A, Medoff D, Lucksted A, Dixon L. Caregiver positive and negative appraisals: effects of the national alliance on mental illness family-to-family intervention. The Journal of Nervous And Mental Disease 2016;204(2):156-64.

217. Aydin O, Çökmüş FP, Balıkçı K, Aydin PÜ, Danacı AE. Şizofreni hastalarının bakım verenlerinde sosyal anksiyete, saldırganlık ve bağlanma stilinin hastalık şiddeti üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2018;19(3):274-80.

218. Bahrami R, Khalifi T. Effect of psychoeducation on the resilience of the family caregivers of patients with bipolar disorder. Iran Journal of Nursing 2021;34(130):25-37.

219. Szmukler G, Herrman H, Bloch S, Colusa S, Benson A. A controlled trial of a counselling intervention for caregivers of relatives with schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1996;31:149-55.

220. Cheng HY, Chair SY, Chau J. The effectiveness of caregiver psychosocial interventions on the psychosocial wellbeing, physical health and quality of life of stroke family caregivers and their stroke survivors: A systematic review. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports 2012;10:679-97.

221. Sprange A, Ismond KP, Hjartarson E, Chavda S, Carbonneau M, Kowalczewski J, et al. Advance care planning preferences and readiness in cirrhosis: A prospective assessment of patient perceptions and knowledge. Journal of Palliative Medicine 2020;23(4):552-7.

222. Provenzano AM, Stearns MA, Nadorff DK. The influence of caregiving on the relation between marital status and psychological health in a grandparent sample. Int J Aging Hum Dev 2021;92(4):411-30.

223. Reinhard SC, Given B, Petlick NH, Bemis A. Supporting family caregivers in providing care. patient safety and quality: An evidence-based handbook for nurses. Agency for Healthcare Research and Quality 2008;14:341-404.

224. Beckham JC, Lytle BL, Feldman ME. Caregiver burden in partners of Vietnam War veterans with posttraumatic stress disorder. Journal of Consulting And Clinical Psychology 1996;64(5):1068–72.

225. Yusuf AJ, Nuhu FT, Akinbiyi A. Caregiver burden among relatives of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. South African Journal of Psychiatry 2009;15(2):43-7.

226. Şahin E, İlnem C, Yıldırım E, Güvenç C, Yener F. İki uçlu mizaç bozukluğu olgularında aile yüklenmesi üzerine karşılaştırmalı bir çalışma. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2002;15(4):196-204.

227. Wong DFK, Lam AYK, Chan SK, Chan SF. Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. Health and Quality of Life Outcomes 2012;10(1):1-9.

228. Caruso R, Antenora F, Riba M, Belvederi Murri M, Biancosino B, Zerbinati L, et al. Aggressive behavior and psychiatric ınpatients: a narrative review of the literature with a focus on the European experience. Current Psychiatry Reports 2021;23(5):29-36.

229. Zhou Y, Ning Y, Rosenheck R, Sun B, Zhang J, Ou Y, et al. Effect of living with patients on caregiver burden of individual with schizophrenia in China. Psychiatry Research 2016;245:230-7.

230. Peng MM, Chen HL, Zhang T, Yao YY, Li ZH, Long L, et al. Disease-related stressors of caregiving burden among different types of family caregivers of persons with schizophrenia in rural China. Int J Soc Psychiatry 2019;65(7-8):603-14.

231. Ohaeri JU. Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in a Nigerian setting. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2001;36(2):86-93.

232. Chien W, Chan S, Yip L, Karatzias T, Bressington D, Lubman I. Professional-supported, problem-solving, self-learning programme for family carers of people with recent-onset psychosis: abridged secondary. Hong Kong Med J 2023;29(2):42-7.

233. Pearson V, Tsang HWH. Duty, burden, and ambivalence: Families of forensic psychiatric patients in Hong Kong. International Journal of Law and Psychiatry 2004;27(4):361-74.

234. Sledge WH, Lawless M, Sells D, Wieland M, O'Connell MJ, Davidson L. Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. Psychiatric Services 2011;62(5):541-4.

235. Ak M, Yavuz K, Lapsekili N, Türkçapar M. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012;25(4):330-7.

EKLER

EK-1

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
GİRİŞİMSEL OLMAYAN BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-GOBAEK 2022/167	
	PROTOKOL ADI	Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No:12/21**		**Tarih:23.05.2022**
	Fakültemiz Aile Hekimliği Anabilim Dalı Dr. Öğr. Üyesi Önder SEZER'in sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Araş. Gör. Dr. Kurtuluş DAYAK'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Kliník Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-GOBAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Başkan	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Prof. Dr. Hakan GÜRKAN Başkan Yardımcısı	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Selçuk KORKMAZ Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Mehmet Erdal VARDAR Üye	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sernaz TOPALOĞLU Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Sezgi SARIKAYA SOLAK Üye	Deri ve Zührevi Hastalıklar	T.Ü.T.F. Deri ve Zührevi Hastalıklar A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Filiz TÜTÜNCÜLER KÖKENLİ Üye	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E H	E H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	
Doç. Dr. Doğan ALBAYRAK Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	
Doç. Dr. Burhan Can ÇANAKÇI Üye	Endotonti	T.Ü. Diş Hekimliği Fakültesi	E	E H	E H	
Doç. Dr. Hilal KEKLİCEK Üye	Protez-Ortez ve Biyomekani	T.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi	K	E H	E H	
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E H	E H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye	Emekli Öğretmen	Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

EK-2

Evrak Tarih Sayısı: 01.07.2022-282326

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
İdari İşler Birimi

Sayı : E-35727477-044-282326
Konu : Anketler

01.07.2022

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : 01.07.2022 tarihli ve 600-E.281945 sayılı yazı

Anabilim Dalınız Dr. Öğrt. Üyesi Önder SEZER'in tez danışmanlığını yapmış olduğu Araştırma Görevlisi Dr. Kurtuluş DAYAK'ın "Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi" başlıklı Etik Kurul Onayı alınmış tez çalışmasının hastaların yakınlarına yapılabilmesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının bilgisi dahilinde yapılması Üniversitemiz Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğünce uygun görülmüştür.
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Filiz AKATA
Dekan V.

Ek:İlgi yazı sureti

EK-3

PSİKYATRİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN BAKIM VERME YÜKÜNÜN DEĞERLENDİRİLMESİ

T.C TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

ARŞ. GÖR. DR. KURTULUŞ DAYAK

DANIŞMAN: DR. ÖĞR. ÜYESİ ÖNDER SEZER

Sayın katılımcı; Trakya Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı olarak '' Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükünün Değerlendirilmesi'' isimli hazırladığımız bu çalışmaya katılmanızı rica ediyoruz. Çalışmaya katılmak zorunlu olmayıp katılıp katılmamaktan dolayı ödül ya da ceza ile karşılaşmayacaksınız. Vermiş olduğunuz bilgiler yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacak olup, hiçbir şekilde kimlik bilgilerinizle ilişkilendirilmeyecek ve tamamen gizli tutulacaktır.

Anket no:

Bu bölümde bakım verenin (katılımcının) kendi bilgileri sorgulanmaktadır:

1. Hastaya yakınlık dereceniz

Anne **( )** Baba **( )** Eş **( )** Kardeş **( )** Çocuk **( )** Diğer(Belirtiniz)……

2. Cinsiyetiniz : □ Kadın □ Erkek

3. Yaşınız :

4. Sabit maaşlı bir işte çalışıyor musunuz? Hayır ( ) Evet ( )

5. Maddi gelir durumunuz nedir?

( ) Geliri Giderinden Az **( )** Geliri Giderine Eşit **( )** Geliri Giderinden Çok

6. Eğitim durumunuz nedir?

( ) Okur-Yazar Değil **( )**Okur-Yazar **( )**İlkokul **( )**Ortaokul **( )**Lise **( )**Yüksekokul

7. Medeni durumunuz nedir ?

( ) Evli **( )** Bekar **( )** Boşanmış **( )** Eşi Vefat Etmiş

8. Evliyseniz, kaç yıldır evlisiniz ? Belirtiniz ……

9. Çocuğunuz var mı ? Hayır **( )** Evet **( )**

10. Sosyal Güvenceniz var mı ? Hayır **( )** Evet **( )**

11. Evde toplam kaç kişi yaşıyor? Belirtiniz ….

12. Hasta için ayrı oda var mı? Hayır **( )** Evet **( )**

13. Hastaya kaç yıldır bakım veriyorsunuz ? Belirtiniz ……..

14. Hastanızın toplam hastalık suresi nedir ? Belirtiniz ……

15. Bakım için herhangi bir ücret alıyor musunuz ? Hayır **( )** Evet **( )**

16. Düzenli katıldığınız sosyal aktiviteleriniz var mı ? Hayır **( )** Evet **( )**

17. Düzenli fiziksel egzersiz yapıyor musunuz ? Hayır **( )** Evet **( )**

18. Hekim tarafından tanı konulmuş kronik hastalığınız var mı ? (Hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları vs.)…….. Hayır ( ) Evet ( )

19. Hekim tarafından tanı konulmuş psikiyatrik hastalık öykünüz var mı? Hayır **( )** Evet **( )**

20. Cevabını evet ise bu tanı nedir ? Belirtiniz ……

21. Oturduğunuz evin aidiyet durumu nedir? Kira **( )** Bakım verenin **( )** Hastanın **( )**

22. Daha önce başka bir hastaya bakın verme tecrübeniz var mı? Hayır **( )** Evet **( )**

23. Hastanın bakımını üstlenen tek kişi siz misiniz? Hayır **( )** Evet **( )**

24. Hastanın bakımına (hastane süreçlerinin ve ilaçlarının takibi , beslenme takibi , kişisel bakım , ulaşım , alışveriş ve para yardımı / yönetimi) devamlı olarak kaç kişi katılıyor, işaretleyiniz.

1 □ 2 □ 3 4 □ 5 ve daha fazla □

25. Bakım konusunda yardım gereksinimi duyuyor musunuz? Hayır **( )** Evet **( )**

26. Hastanızın bakımı ile ilgilendiğiniz sürede diğer aile bireylerinden yeteri kadar yardım aldığınızı düşünüyor musunuz? Hayır **( )** Evet **( )**

27. Verdiğiniz bakımdan **memnun** musunuz? Hayır **( )** Evet **( )**

28. Kendinizi bakım konusunda **yeterli** hissediyor musunuz?

Yetersiz : □ Yeterli : Bilmiyorum: □

29. Bakımla ilgili eğitim gereksinimi duyuyor musunuz?:

Hayır **( )** Evet **( )** Bilmiyorum **( )**

30. Bakım verme durumunuzun Evlilik / uzun süreli ilişki konusunda size kötü etkileri olduğunu düşünüyor musunuz ? Hayır **( )** Evet **( )**

Bu bölümde hastaya dair bilgiler sorgulanmaktadır:

31. Hastanın eğitim durumu nedir?

( ) Okur-Yazar Değil ( ) Okur-Yazar ( ) İlkokul ( ) Ortaokul ( ) Lise ( )Yüksekokul

32. Hastanın medeni durumu nedir ?

( ) Hiç Evlenmemiş **( )** Evli **( )** Eşi Ölmüş **( )** Boşanmış/Ayrı Yaşıyor

33. Hastanın bir işte çalışıyor mu ? **( )** Hayır **( )** Evet

34. Hasta yalnız mı yaşıyor ? **( )** Hayır **( )** Evet

35. Hastanın tanısı nedir ?

A)Belirtiniz .....

B) Bilmiyorum

C) Belirtmek istemiyorum

36. Hastalığın başlangıç yaşı nedir ? .....

37. Hastaya psikyatrik **tanı konulduktan sonra** geçen hastalık süresi nedir ? Belirtiniz …….

38. Hastalığın bir yılda tekrarlama (alevlenme) sayısı nedir ? Belirtiniz ……..

39.Tanı koyulduğundan bu yana , **Psikyatrik sebeplerle** , Hastanın Hastaneye yatış sayısı nedir?.....

40.Hastanın hiç istemsiz yatış oldu mu? Hayır **( )** Evet **( )**

41. Hastanede toplamda yatarak geçirilen toplam süre yaklaşık olarak nedir ? Belirtiniz ….

42. Hastada saldırgan davranışlar var mı? Hayır **( )** Evet **( )**

43. Hastanın düzenli ilaç kullanım durumu nedir ?

Kullanmıyor( ) Düzensiz /Uygunsuz Miktarda( ) Düzenli kullanıyor( ) Bilinmiyor( )

44. Hastanın düzenli ilaç kullanımı varsa süresi kaç yıldır? ……..

45. Hasta Düzenli psikiyatrik kontrole gidiyor mu ?

Hayır **( )** Evet **( )** Bilmiyorum **( )**

46. Hasta psikyatrik rahatsızlığı için ilaç dışı ne gibi tedaviler alıyor?

Psikoterapi ( ) Diğer ( )Belirtiniz (……) Almıyor ( )

47. Hastanın intihar öyküsü var mı ? Hayır ( ) Evet ( )

48. Hastanın yeterli aile desteği aldığını düşünüyor musunuz ? Hayır ( ) Evet ( )

49 . Hastanın sigara kullanımı var mı ? Hayır ( ) Evet ( )

50. Hastanın alkol kullanımı var mı ? Hayır ( ) Evet ( )

51. Hastanın adli öyküsü var mı? Hayır ( ) Evet ( )

52. Varsa hakkında verilen adli bir ceza var mı? Hayır ( ) Evet ( )

53. Hasta psikyatri dışında diğer sağlık durumlarıyla ilgili düzenli kontrollere gidiyor mu?

Hayır ( ) Evet ( ) Bilmiyorum**( )**

54. Hastanın ailesinde ruhsal hastalık öyküsü var mı?

Hayır ( ) Evet ( ) Bilmiyorum **( )**

55. Hastanın ailesinde **bakım ihtiyacı olan** kronik/fiziksel hastalık öyküsü var mı ?

Hayır **( )** Evet **( )** Bilmiyorum **( )**

56. Hastanın ailesinde **bakım ihtiyacı olan** ruhsal hastalık öyküsü var mı ?

Hayır ( ) Evet ( ) Bilmiyorum **( )**

57. Hastanın ailesinde intihar öyküsü var mı ?

Hayır **( )** Evet **( )** Bilmiyorum **( )**

58. Hastanın yaşı nedir ? ……

Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği

	0. Hiçbir zaman	1.Nadiren	2.Orta	3.Oldukça sık	4.Hemen her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?					
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç **1** Biraz **2** Orta **3** Oldukça **4** Aşırı

KATILIMINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER…