

**T.C.  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
PSİKIYATRİ AD  
RUHSAL TRAVMA YÜKSEK LİSANSI**

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA  
BAKIM VERENLERDE YÜK VE TRAVMA  
SONRASI GELİŞİM İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER**

**HAZIRLAYAN  
ASLI ÖZLÜ**

**DANIŞMAN  
PROF. DR. MUSTAFA YILDIZ**

**KOCAELİ – 2007**

TC  
KOCAELİ ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**ŞİZOFRENİ HASTALARINA  
BAKIM VERENLERDE YÜK VE TRAVMA  
SONRASI GELİŞİM İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER**

ASLI ÖZLÜ

**Kocaeli Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetmeliğinin  
Ruhsal Travma Yüksek Lisans Programı için  
Öngördüğü Bilim Uzmanlığı Yüksek Lisans Tezi  
olarak hazırlanmıştır.**

**Kocaeli-2007**

# ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIMVERENLERDE YÜK ve TRAVMA SONRASI GELİŞİM İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

Aslı Özlü

## ÖZET

Bu çalışmanın amacı, şizofreni hastalarına bakım verenlerde, bazı sosyo-demografik değişkenler ile baş etme yollarının, sosyal desteğin yük ve travma sonrası gelişim ile ilişkisi ölçülmeye çalışılmıştır. Katılımcılara sosyo-demografik bilgi formunun yanı sıra, Travma Sonrası Gelişim Envanteri (PTGI) , Zarit Aile Yük Ölçeği, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Baş Etme Yolları Ölçeği (WCI), Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MBI) uygulanmıştır. Örneklem 71'i kadın, 29'u erkek toplam 100 kişiden oluşmaktadır. Veriler Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Psikiyatri Servislerinin birimlerine ait polikliniklerde, Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezinde hastalığın remisyon döneminde ayaktan tedavi görmekte olan, klinikte hastalığın akut alevlenme döneminde yatarak şizofreni tanısı ile izlenen hastalara bakım verenlerden toplanmıştır.

Bu çalışmada, Zarit Yük Ölçeğinin geçerlilik-güvenirlilik çalışması da yapılmıştır. Bu çalışmadaki örnekleme Zarit Yük Ölçeğinin faktör analizi sonucunda beş faktör bulunmuştur. Yapılan analiz sonuçları, bakım verenin yaşının genç olmasının, genç hastalara bakım vermenin, sosyal desteğin, problem odaklı başa çıkma stratejisini kullanmanın, maddi güçlük yaşamının ve gelecek kaygılarının yüksek olmasının travma sonrası gelişim ile ilişkili değişkenler olarak bulunmuştur. Kadınlarda yük erkeklere göre, çalışanlarda yük çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Sonuç olarak; kadın olmanın, kişi başına düşen aylık gelirin az olmasının, çalışmanın, tükenmişliğin, çaresizlik ve kadercilik yaklaşımının yük ile ilişkili değişkenler olduğu bulunmuştur.

Çalışmanın kısıtlılıkları vaka sayımızın bulguların genellenmesinde bir sınırlılık nedeni olduğu tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Travma Sonrası Gelişim, Yük, Başa Çıkma Yolları, Sosyal Destek, Şizofreni

## **PROPERTIES RELATED TO BURDEN AND POSTTRAUMATIC GROWTH IN CAREGIVERS OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA**

Aslı Özlü

### **ABSTRACT**

The study tries to measure the relationship between burden and posttraumatic growth paying attention to some socio-demographic variables and ways of coping with difficulties and social support in caregivers of persons with schizophrenia. Data was collected by administering a socio- demographic form and five self report questionnaires. There were the Posttraumatic Growth Inventory, Zarit Caregiver Burden Scale, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Ways of Coping Inventory, Maslach Burnout Inventory. There are 100 adults participated in this study; 71 women, 29 men who suffers from schizophrenia. Data was collected in Bakırköy State Hospital of Neurology and Mental Diseases.

The study examine reliability and validity of the Zarit Caregiver Burden Scale. Factor analysis of the Zarit Caregiver Burden Scale yielded five factors in this sample. It was found that caregivers and patients age, social support, focusing on problem solving, ekonomik difficulty, future anxiety were significantly related to posttraumatic growth. The results show that the burden are more in workers and women than men and unemployed people. To sum up, being female, ekonomik difficulty, working in somewhere, burning out, helplessness, fatalist perspective are significantly associated with caregiver burden.

Study the forces some difficulties about generalized consequences because of narrow sampling.

**Keywords:** Posttraumatic Growth, Burden, Ways of Coping, Social Support, Schizophrenia.

## TEŞEKKÜR

Tez çalışmamda izlenecek yol konusunda bana kılavuzluk eden ve yardımlarını esirgemeyen Sayın Hocam Prof. Dr. Mustafa Yıldız'a, tezimin tamamlanmasında önemli katkıları olan ve desteğini hep yanımda hissettiğim Sayın Hocam Prof. Dr.Tamer Aker'e, bilgi ve tecrübelerinden faydalandığım Sayın Prof. Dr. Nuray Karancı'ya, Gündüz Hastanesi ve Rehabilitasyon Merkezinin Koordinatörü Sayın Uzm.Dr. Ayla Yazıcı'ya ve Gündüz Hastanesinin tüm hemşirelerine ve ekibine yardımlarından dolayı çok teşekkür ederim. Tezimin uygulanması kısmında yardım ve desteklerini gördüğüm tüm uzman, asistan, hemşire ve yardımcı sağı personeli arkadaşlarıma teşekkürler...

Tez sürecim boyunca yanımda olan ve bana destek veren anneme, babama, teyzeme, kardeşime minnet ve sevgilerimi yazıyorum..

Bu çalışmaya ruhunu veren, sevgisini, korkusunu, umudunu, umutsuzluğunu, gücünü, güçsüzlüklerini, kaygısını, gelişimini, çöküşünü paylaşan ve onların dünyalarına girmeme izin veren hasta yakınlarına sonsuz teşekkürler...

## İÇİNDEKİLER

|                     |   |
|---------------------|---|
| GİRİŞ ve AMAÇ ..... | 1 |
|---------------------|---|

### BÖLÜM 1

|  |    |
|--|----|
| 1- ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERDE YÜK VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER..... | 4  |
| 1.1. Şizofreni .....   | 4  |
| 1.1.1. Şizofreninin Kısa Tarihçesi .....   | 4  |
| 1.1.2. Epidemiyoloji .....   | 5  |
| 1.1.3. Klinik Özellikler .....   | 6  |
| 1.1.4. Tanı ve Semptomlar .....  | 7  |
| 1.1.5. Seyir ve Sonlanım .....   | 9  |
| 1.1.6. Aile .....  | 10 |
| 1.1.7. İşlevsel Aile ve İşlevsel Olmayan Aile .....  | 12 |
| 1.1.8. Şizofreni Tanısının Aile Üyelerinde Yarattığı Travma.....                                   | 14 |
| 1.1.9. Şizofreni Ailelerinde Yük .....   | 18 |
| 1.1.10 Travma Sonrası Gelişim.....   | 25 |
| 1.1.11 Travma Sonrası Gelişim ile İlişkili Değişkenler .....                                       | 27 |
| 1.1.12. Başa Çıkma Stratejileri .....  | 32 |
| 1.1.13. Şizofreni Hastasına Bakım verenlerin Kullandığı Başa Çıkma Stratejileri .....              | 34 |
| 1.1.14. Sosyal Destek .....  | 37 |
| 1.1.15. Şizofreni Hastasına Bakım verenlerde Sosyal Destek .....                                   | 37 |

### BÖLÜM 2

|  |    |
|--|----|
| YÖNTEM.....                                | 40 |
| 2.1. Katılımcılar .....                    | 40 |
| 2.2. Çalışmanın Hipotezleri .....          | 41 |
| 2.3. Uygulama .....                        | 41 |
| 2.4. Veri Toplama Araçları .....           | 42 |
| 2.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler ..... | 42 |

|  |    |
|--|----|
| 2.5.1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu.....              | 42 |
| 2.5.2. Maslach Tükenmişlik Envanteri .....           | 42 |
| 2.5.3. Zarit Aile Yük Ölçeği .....                   | 43 |
| 2.5.4. Travma Sonrası Gelişim Envanteri .....        | 43 |
| 2.5.5 Baş etme Yolları Ölçeği.....                   | 44 |
| 2.5.6. Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği..... | 46 |

### **BÖLÜM 3**

|               |    |
|---------------|----|
| BULGULAR..... | 47 |
|---------------|----|

### **BÖLÜM 4**

|  |    |
|--|----|
| TARTIŞMA .....   | 63 |
| 4.1. Demografik Değişkenler, Yük, Tükenmişlik , Başa Çıkma Stratejileri ve Sosyal Desteğin Travma Sonrası Gelişim ile İlişkileri ..... | 63 |
| 4.2. Demografik Değişkenler, Tükenmişlik ,Travma Sonrası Gelişim, Başa Çıkma Stratejileri ve Sosyal Desteğin Yük ile İlişkileri .....  | 67 |
| 4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler .....   | 70 |
| KAYNAKÇA.....  | 72 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>EK 1 SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU .....</b>                                     | <b>85</b> |
| <b>EK 2 ZARİT AİLE YÜK ÖLÇEĞİ.....</b>  | <b>88</b> |
| <b>ZARİT YÜK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI .....</b> | <b>89</b> |
| <b>EK 3 MASLACH TÜKENMİŞLİK ENVANTERİ .....</b>                                   | <b>92</b> |
| <b>EK 4 TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ (TSGÖ) .....</b>                            | <b>93</b> |
| <b>EK 5 BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ ENVANTERİ .....</b>                                 | <b>94</b> |
| <b>EK 6 ALGILANAN ÇOK YÖNLÜ SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ .....</b>                        | <b>96</b> |

## GİRİŞ ve AMAÇ

*Şizofreni tanısı almış bir hastaya bakım vermek ne demek... Biz gittikten sonra ne olacak, ona kim bakacak?... Ben bir şey deyince olmaz diyor... Hep para ister...Televizyon başından kalkmıyor, İnatlıktan yapıyor sanki... Toplum içinde herkesin ona dikkatini verdiğini düşünüyor... Kalabalığa girince kendi kendine gülüyor... Topluma çıkmak istemiyor... Kendi kendine ağlıyor... Çocukluğu süperdi... Bizimki askere gitti fena oldu... Bir yerden bir yere taşındık diye mi oldu?... 45 yaşından sonra doğum yaptım acaba ondan mı... Depremden sonra oldu... Birine vuracak diye korkuyoruz... Bazen iyi davranıyoruz...Bazen bizi kızdırıyor... Çok hareketliydi, sonra içine kapandı... Bu hastalığı hiç kimselere söyleyemiyorum... Bu hastalığı yaşamayan anlamıyor... Bensiz bir yere gitmiyor...Ben evde bırakmaya korkuyorum... Kitap okurdu, kitap okuma alışkanlığını bıraktı... Hala büyümedi, ben 4 çocuk daha büyütürdüm... Üstü başıyla yatmak istiyor... Sinirlerim çok kötü, ona da belli etmek istemiyorum... Yalnızlığı daha çok istiyor... Evden çıkmak istemiyor... Evimizin ortasına bir bomba düştü sanki... Bir çocuğumu kaybetmişcesine acı duyuyorum....*

Yukarıdaki satırlar şizofreni hastalarına bakım veren ailelerin psikososyal eğitim gruplarında paylaştıklarından alınmıştır. Belki hiçbir araştırmacının veya klinisyenin tanımlayamayacağı şekilde şizofreni hastasıyla yaşamının ne olduğunu anlatmaktadır. Bu kesit de aileye dair pek çok kesit gibi yakınlık, çatışma, yalnızlık, sevgi, ortaklık, korku, umut gibi insan gerçeklerini bir arada yansıtmaktadır.

Aslında bir ailenin çocuklarının şizofreni hastası olduğunu öğrendiği zamanki duyguları bir kaza ya da ciddi bir hastalık olduğu zamanki gibidir (Arıkan, 1998). Bazı çalışmacılar da, özürlü bir çocuğa sahip olmayı travmatik bir süreç olarak değerlendirmişlerdir (Symon, 2001).

Aile şizofreni tanısıyla karşılaştığında ilk olarak şok yaşamakta bunu takiben inkar, öfke, pazarlık, depresyon, suçluluk, düş kırıklığı ve uyum evrelerini



yaşamaktadır (Shapiro, 1983). Bu süreç inişli çıkışlı bir süreçtir. Hasta yakınları bu süreci farklı şekillerde ve sürelerde yaşamaktadırlar.

Dr. Martin Willick de hem psikiyatrist hem psikoanalist hem şizofrenili bir evlat babası olarak şizofreni ile ilgili bir kitaba yazdığı yazıda, yaşadığı yoğun sıkıntıyı süregelen bir yas haline benzetir ve bunu “sonu gelmeyen yas” olarak isimlendirir. “Çocuğunuzun ya da yakınınızın bazı yönleriyle hiçbir zaman eski haline dönemeyeceğini öğrenmek gerçekten katlanılması zor bir duygu yaşatır.” “O bir kabuk insan oldu, kabuğun içinde sanki kimse yok, o benliğini kaybetti, farklı görünüyor, yüzü değişti, o ruhunu kaybetti.” Bu sözler babanın şizofrenili oğluna baktığında aklına gelen düşüncelerdir (Willick, 1994).

Yukarıdaki ailelerin ifadelerinden de yola çıkacak olursak şizofrenili bir hastaya bakım vermek ailelere önemli bir yük getirir. Şizofreni hastasına bakım veren kişilerde yüksek stres düzeyleri, depresyon, düşük öznel iyilik hissi, fiziksel sağlık ve kendine yeterlilikte azalmanın yer aldığı önemli sağlık sorunlarıyla karşılaşmaktadır (Hirst, 2005 ; Treasure, 2004).

Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yapılan çalışmalarda genellikle ailelerin yaşadığı yoğun stres, aile problemleri, duygu durum problemleri gibi yaşanan sürecin negatif yönüne vurgu yapılmıştır. Bütün bu araştırmaların yanı sıra bazı ailelere bakıldığında bu aileler yaşanan tüm olumsuzluklara karşın dikkatlerini ve enerjilerini psikotik üyeye yönelterek derin bir anlam da bulabilirler. Bu etkinin olumlu sonuçlarından biri de, derneklere katılma ve toplum yararına çalışmadır. Bazen gereken yoğun çaba aileyi bir arada tutan bir tutkal işlevi görebilir (Gülseren, 2002).

Bu çalışma kapsamında, şizofreni hastalarına bakım verenlerde, bazı sosyo-demografik değişkenler ile sosyal destek ve başa çıkma yollarının yük ve travma sonrası gelişme ile ilişkisi değerlendirilmeye çalışılacaktır.

Bu amaçlar göz önünde bulundurularak, bu çalışmada aşağıdaki sorulara yanıt aranmıştır:

- 1- Şizofreni hastasına bakım verenlerde yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi “ demografik değişkenler” ile yük arasında bir ilişki var mıdır?
- 2- Şizofreni hastasına bakım verenlerde yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi “ demografik değişkenler” ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki var mıdır?
- 3- Şizofreni hastasına bakım verenlerde yük ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki var mıdır?
- 4- Şizofreni hastasına bakım verenlerde sosyal destek ile yük arasında bir ilişki var mıdır ?
- 5- Şizofreni hastasına bakım verenlerde sosyal destek ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki var mıdır?
- 6- Şizofreni hastasına bakım verenlerde başa çıkabilme becerileri ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki var mıdır?
- 7- Şizofreni hastasına bakım verenlerde başa çıkabilme becerileri ile yük arasında bir ilişki var mıdır?

## BÖLÜM 1

### 1- ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERDE YÜK VE TRAVMA SONRASI GELİŞİM İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER

#### 1.1. Şizofreni

Şizofreni, tıbbi bir sorun olmanın ötesinde insani ve sosyal bir kavram olarak da ele alınmalıdır. Birçok kaynakta benliğin sınırlarının silindiği, içsel gerçekliğin dışsal gerçekliğin yerini aldığı, davranışta, düşüncede, duygulanımda bozulmalarla karakterize, çoğu zaman kronik bir hastalıktır. Hastalıktan etkilenen bireyin, ailesinin ve toplumun yaşamında göz ardı edilmeyecek bir yere sahiptir. Genellikle 16-30 yaş arasında başlamaktadır. İnsanların söz konusu yaşlarda gelecek için taşıdıkları idealler ve o idealler için gereken altyapıya verdikleri emekler göz önüne alınırsa “şizofreni gençliğin en ciddi hastalığıdır” saptamasına katılmamak elde değildir (Arıkan,1998). Şizofreni, aşağıda kısaca tarihçe, tanı ve semptomlar ile seyir ve sonlanım başlıkları altında ele alınacaktır.

#### 1.1.1. Şizofreninin Kısa Tarihçesi

Şizofreninin tarihçesi genel olarak topluluk ve kültürlerin ona bakışını da yansıtmaktadır. Şizofreni bir taraftan bir beyin hastalığı öte taraftan ise yakaladığı insanları insanlıktan eden bir akıl hastalığı olarak geniş bir spektrum içerisinde pek çok farklı şekillerde tanımlanabilir bir bozukluktur (Arkonaç,1996).

Şizofreninin tarihi insanlık tarihi kadar eskidir. Eski Çağ Sanskrit yazılarında ve Hipokrat okuluna bağlı eski Yunan hekimlerinin yazılarında şizofrenik türde belirtiler gösteren ruh hastalıklarının tanımlandığı bildirilmektedir. Ortaçağ Avrupa'sında ise akıl hastaları klise tarafından şeytanın esiri ve cadılar olarak değerlendirilip yakılırken, İslam tıbbında akıl hastalarına karşı Avrupa'ya oranla hoşgörü hakimdir. Kudüs ve Bağdat gibi bazı kentlerde 8.yüzyıldan itibaren akıl hastaları için hastaneler yapılır. Avrupa'da Rönesans döneminde de akıl hastalarına

karşı tutumda değişiklik olmaz. Avrupa'daki ilk akıl hastanesi Bentlehem 1403 yılında Londra yakınlarında kurulur (Erkoç, 1998; Öztürk, 2001).

1860 yılında Morel "Akıl hastalıkları" adlı kitabında 14 yaşında, entelektüel fonksiyonları hızla yıkılmış bir erkek çocukta hastalığı ayrıntılı olarak incelemiş ve "Demans Praecox" terimini kullanmıştır. 1871'de Hecker "hebefreni"yi ve 1874'de Kolhbaum "katatoni"yi tanımladıktan sonra 1896'da Kraepelin bu iki hastalık tipine paranoid ve basit tipleri de ekleyerek, bunları "dementia praecox" tanısı altında topladı. Kraepelin'in formülasyonu 1911 yılında Bleuler tarafından tekrar ele alınmıştır. Bleuler, Kraepelin'in sandığı gibi hastalığın erken yaşlarda başlamasının ve bunama ile sonuçlanmasının zorunlu olmadığını gösterdi. Bleuler, Demans Praecox teriminin şizofreni terimiyle değiştirilmesini önermiş ve şizofreninin dört temel belirtisi olduğunu ileri sürmüştür: Bunlar çağrışım bozukluğu, duygulanım küntleşmesi, ikideğerlilik /ikirciklenme (ambivalans) ve otizm'dir (Arkonaç, 1996; Atalay 1998; Kırılı 1999; Öztürk, 2001).

İkinci Dünya Savaşından kısa bir süre önce Karl Leonhard, K. Kleist ve Gabriel Langfeldt Kraepelin ve Bleuler'den farklı görüşler ileri sürmüşlerdir. Bütün akıl hastalıklarını şizofreni olarak kabul etmenin hatalı olacağı noktasından çıkış yapan bu araştırmacılar, şizofrenik semptomatoloji gösteren bir grup psikoza prognozun iyi olması nedeniyle şizofreni grubundan ayrı düşünerek bunları sikloid psikozlar, şizofreniform psikozlar adı altında toplar. Karl Jasper ise şizofrenik hastanın anlaşılabilirliğinin şizofreninin ayırt edici özelliği olduğunu ileri sürer (Arkonaç 1996; Erkoç 1998).

### **1.1.2. Epidemiyoloji**

Şizofreni tüm toplumlarda sık görülen ruhsal bozukluklardandır. Sıklık üzerine yapılan birçok araştırma sonuçları %0.4-0.7 arasında değişmektedir. Yaşam boyu hastalanma riski %1 dolayındadır. (Öztürk, 2001)

Şizofreni her toplumda ve her türlü sosyoekonomik ortamda görülmektedir. Sosyoekonomik yönden düşüklük ya da düzensizlik gösteren kesimlerde prevalans

hafif derecede yüksek bulunmuştur. Ancak çeşitli ülkelerde şizofrenili hasta ebeveynlerinin mensup oldukları sosyoekonomik sınıfları araştıran çalışmalar, bu insanların genel nüfustan farklı bir profil göstermedikleri sonucunu getirmiştir. Bu sonuçlar sosyal kayma hipotezini desteklemekte; sosyoekonomik güçleri düşük gruplar için şizofrenili hastaların yoğunluğundaki artışın bu insanların rahatsızlıkları nedeniyle uğradıkları kayıpların buldukları seviyeden daha aşağı seviyelere kaymalarına yol açtığını ileri sürmektedir ( Kırılı 1999; Öztürk 2001).

Kadın ve erkek arasında sıklık bakımından önemli bir fark görülmemektedir. Başlangıcı genellikle ergenlik ve erken yetişkinlik döneminde olmakla birlikte, kadınlarda erkeklerden daha geç başlayabilmekte, premorbid fonksiyonu daha iyi olmakta ve genellikle erkeklere göre daha iyi bir gidiş göstermektedir. Yine kadın hastalar erkeklere göre daha fazla duygulanım semptomları ve daha az negatif semptomlar göstermektedir. Bu durum ego fonksiyonlarında daha hafif bir bozulma ile açıklanabilmektedir. Kadınlarda erkeklere göre daha hızlı ve tam bir remisyon meydana geldiği, ilk epizoddan sonra kadın hastaların %95'i tam remisyon gösterirken erkeklerde bu oranın %70'lerde kaldığı tesbit edilmiştir. Kadınlarda şizofreninin ilk görüldüğü an ile yatışın yapıldığı an arasında geçen süre erkeklere göre daha uzundur. Çünkü kadın hastalar toplumda belirli bir süre tolere edilebilmektedir. Halbuki erkek hastalara aynı hoşgörü gösterilememektedir (Ceylan, 1993; Çelik 1997; Oltmanns ve ark. 2003; Öztürk, 2001; Perry 1995).

### **1.1.3. Klinik Özellikler**

Şizofreni, kişinin düşünce, algılama, duygulanım ve davranışlarını önemli ölçüde etkileyerek iş, sosyal ve özel yaşamında çeşitli düzeylerde sorunlara neden olan bir hastalıktır. Gerek başlangıcı, gerekse klinik görünümü ve seyir özellikleri yönünden heterojen bir görünüm sergiler.

Şizofrenik hastaların çoğunda vurdumduymazlık, ilgisizlik, donukluk ve çekingen bir görünüm vardır. Süregen hastalarda bakımsız, dağınık bir genel görünüm olabilir. Çoğu hastada devinim bozuklukları dikkati çeker (Öztürk, 2001).

Düşünce bozuklukları şizofreninin çekirdek semptomlarıdır. Düşünce bozuklukları, düşüncenin içerik ve biçim bozuklukları olarak ayrılır (Kaplan ve Sadock, 2004).

Şizofrenik düşünce biçimini anlamak zordur. Sözcükler ve ibareler tek başına anlamlıdır ancak birbiriyle ilişki bakımından anlamsızdırlar. Şizofreninin işareti olan bu karışık düşünce süreçlerinin, dikkati toplamakta ve birbiriyle ilgili olmayan uyarınları süzmekte genel bir zorluktan kaynaklandığı görülmektedir (Atkinson,1999).

Düşünce içerik bozukluğunun en önemli örneklerinden biri sanrıdır. Bu kişiler, çoğu kişinin gerçekliğin yanlış yorumları olarak göreceği inanışlara sahiptirler. Şizofrenili kişilerin çoğu iç görü eksikliği gösterir. Sorunun ne olduğu ya da neden hastaneye yatırıldıkları sorulduğunda, bu kişilerin durumlarını değerlendiremedikleri ve kendi davranışlarının olağan olmadığını pek anlamadıkları görülür (Atkinson, 1999). İç görü eksikliği de tedaviyi kabul etmemeye götüren önemli bir faktördür.

#### **1.1.4. Tanı ve Semptomlar**

Bu kısımda şizofreninin tanı kriterleri açıklanmaya çalışılacaktır.

#### **DSM IV Şizofreni Tanı Kriterleri**

**A-Karakteristik Semptomlar:**Bir aylık bir dönem boyunca (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre), bu sürenin önemli bir kesiminde aşağıdakilerden ikisinin ( ya da daha fazlasının) bulunması.

- 1) Sanrılar
- 2) Varsanılar
- 3) Dezorganize (karmakarışık) konuşma (örn; çağrışımlarda dağınıklık, (sık sık konu dışı sapmalar gösterme) ya da enkoherans.
- 4) İleri derecede dezorganize ya da katatonik davranış.

- 5) Negatif semptomlar, yani afektif donukluk (tek düzelik), aloji (konuşamazlık) ya da avolasyon.

**Not:** Sanrılar tuhaf (bizar) ise ya da varsanılar kişinin davranış ya da düşünceleri üzerine sürekli yorum yapmakta olan seslerden ya da iki yada daha fazla sesin birbiriyle/birbirleriyle konuşmasından oluşuyorsa A Tanı Ölçütünden sadece bir semptomun bulunması yeterlidir.

**B-Toplumsal/Mesleki İşlev Bozukluğu:** İş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi önemli işlevsellik alanlarından bir ya da birden fazlası, bu bozukluğun başlangıcından beri geçen sürenin önemli bir kesiminde, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altında kalmıştır. (başlangıcı çocukluk ya da ergenlik dönemine uzanıyorsa, kişiler arası ilişkilerde, eğitimle ilgili ya da mesleki başarıda beklenen düzeye erişilememiştir.)

**C-Süre:** Bu bozukluğun süre giden belirtileri en az 6 ay süreyle kalıcı olur. Bu 6 aylık süre, en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) A tanı ölçütünü karşılayan semptomları kapsamaludur; prodromal ya da rezidüel semptomların bulunduğu dönemleri kapsayabilir. Bu bozukluğun belirtileri, prodromal ya da rezidüel dönemlerde, sadece negatif semptomlarla ya da A Tanı Ölçütünde sıralanan iki ya da daha fazla semptomun daha hafif biçimleriyle (örn:acayip inanışlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendilerini gösterebilir.

**D-Şizoaffektif Bozukluğun ve Duygu durum Bozukluğunun Dışlanması:** Şizoaffektif Bozukluk ve Psikotik Özellikler Gösteren Duygu durum Bozukluğu dışlanmıştır, çünkü ya (1) aktif-evre semptomları ile birlikte aynı zamanda Majör Depresif, Manik yada Mikst epizodlar ortaya çıkmamıştır ya da (2) aktif evre semptomları sırasında duygudurum epizodları ortaya çıkmışsa bile bunların toplam süresi aktif ve rezidüel dönemlerin süresine göre daha kısa olmuştur.

**E-Madde kullanımının/genel tıbbi durumun dışlanması:** Bu bozukluk bir maddenin (örn:kötüye kullanılabilen bir ilaç, tedavi için kullanılan bir ilaç) doğrudan fizyolojik etkilerine ya da genel duruma bağlı olarak ortaya çıkmamıştır.

**F-Bir Yaygın Gelişimsel Bozuklukla olan ilişkisi:** Otistik bozukluk ya da diğer bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk öyküsü varsa, ancak en az bir ay süreyle (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa bir süre) belirgin sanrı yada varsanı da varsa Şizofreni ek tanısı konabilir.

### **1.1.5. Seyir ve Sonlanım**

Şizofreninin seyir özellikleri de semptomları gibi çeşitlilik gösterir. Hastalığın her aşamasında ve her hastada ayrı belirtiler görülebilir. Premorbid semptomların önemi sadece geriye dönük tanımlandığında anlaşılmasına karşın, premorbid semptomlar hastalığın ilk bulguları olabilir. Bu semptomlar özellikle ergenlikte başlar ve günler veya aylar içinde prodromal semptomların gelişimi izler. Rahatsız edici semptomların başlayışı genellikle yüksek öğrenim için taşınmak, madde kullanımı ya da bir akrabanın ölümü çevresel veya sosyal bir değişim ile olur. Prodromal belirtiler açık psikotik belirtilerin başlamasından önce bir yıl ya da daha uzun sürebilir (Kaplan ve Sadock 2004).

İlk psikotik epizoddan sonra hastada tedricen bir düzelme dönemi olur, bunu nispeten normal işlevlerin yürütüldüğü uzunca bir dönem izler. Buna karşın, genellikle yineleme oluşur ve hastalığın genel örüntüsü tanıdan sonra ilk beş yıl içinde şekillenir ve hastanın bundan sonra izleyeceği seyri belirler. Şizofreninin klasik seyri alevlenme ve remisyonlarla devam eder. Bazen psikotik bir epizodu klinik olarak gözlenebilen post psikotik depresyon izler ve şizofreni hastasının strese duyarlılığı genellikle yaşam boyu devam eder. Pozitif semptomların şiddeti zamanla azalır fakat sosyal yıkıma sebep olan negatif ve defisit semptomlar şiddetini artırır (Kaplan ve Sadock 2004).

Şizofreni semptomlarının zamanla nasıl bir gidiş gösterdiğini belirtmek üzere DSM sisteminde şu sınıflama önerilmektedir:

1. Epizodlar arasında rezidüel semptomlar gösteren epizodik seyir.
2. Epizodlar arasında rezidüel semptomlar olmadan epizodik seyir.
3. Sürekli



4. Geçirilmiş tek epizod kısmi remisyon
5. Geçirilmiş tek epizod tam remisyon.
6. Diğer ya da belirlenmemiş bir örüntü.

Şizofreninin seyri ( prognozu) yukarıda da ifade ettiğimiz üzere karmaşıktır. Emil Kraepelin bozukluğu ilk olarak tanımladığında, (orijinal olarak bilinen adı erken bunama-dementia praecox) kronik olarak kötüye gidişi vurgulamıştı. Hastaların çoğu, sosyal ve mesleki işlevsellikte aşamalı olarak görülen gerilemeyle birlikte, yaşamları boyunca ya sürekli olarak ya da belirli aralıklarla psikotik semptomlar göstermeye devam ederler. Bununla birlikte hastaların önemli bir bölümü, kalıntı (rezidüel) yıkım işaretleri olmaksızın iyileşme gösterebilir. Hastalığın seyriyle ilgili bilgilerin çoğu, Dünya Sağlık Örgütü'nün(WHO) şizofreniyle ilgili uluslararası pilot çalışmasından elde edilmiştir. Diğer ruhsal bozukluklarla karşılaştırıldığında, -örneğin duygu durum bozuklukları- şizofren hastaların hastanede yattıktan beş yıl sonra daha kötü olma olasılıkları yüksektir. Bununla birlikte, iki grup arasında önemli örtüşmeler vardır ve şizofrenili hastalarda önemli oranda değişkenlik olabilmektedir. Bu araştırma ve yapılan diğer araştırmalar sonucunda, şizofrenili hastaların yaklaşık olarak % 33'ünün iyileştiği, % 33'ünün bir tür yıkımı yaşamaya devam ettiği ve geriye kalan hastaların yukarıda Kraepelin tarafından tanımlandığı gibi şiddetli, kronik örüntülerinin devam ettiği bulunmuştur (Arkonaç 1996; Kaplan 2004; Öztürk 2001)

Uluslar arası şizofreni pilot çalışmasının (DSÖ, 1973) önemli sonuçlarından biri de gelişmekte olan ülkelerde seyir ve sonlanımın daha iyi olmasıdır. Toplumun, ailenin ve hastanın kendisinin beklenti düzeyi yüksek olduğu oranda prognoz kötüleşmektedir (Öztürk,2001).

#### **1.1.6. Aile**

Aile, biyolojik ilişkiler sonucu insan türünün devamını sağlayan, toplumsallaşma sürecinin ilk ortaya çıktığı, karşılıklı ilişkilerin belirli kurallara bağlandığı, o güne dek toplumda oluşturulmuş özdeksel ve tinsel zenginlikleri

kuşaktan kuşağa aktaran, biyolojik, psikolojik, ekonomik, toplumsal, hukuksal vb. yönleri bulunan toplumsal bir birimdir. Aile ilişkilerinin bozuk olması üyelerin psikolojik ve psikiyatrik hastalıklara yakalanmalarına yol açabilmektedir (Sayın,1990).

Aile toplumla ilgili en küçük sosyal birimdir. Bütün toplumlarda aile fert için hayat merkezidir. Ferdin içinde bulunduğu en önemli ve asli bir sosyal gruptur. Samimiyet, psikolojik ve sürekli ilişkiler aile kurumunun temel özellikleridir. Aile, üyeleri arasındaki ilişkilerden ve ilişkilerin yapılaşmasından doğan kurum olarak tanımlanabilir. Üyeleri arasındaki çeşitli rollerin organizasyonu sistemini meydana getirir (Aslantürk, 1999; Marshall 1999).

Batı toplumundaki ailelerin zaman içinde nasıl değiştiklerinin incelenmesi sonucu iki temel aile tipi belirlenmiştir. Tek bir hanede birden çok kuşağın bir arada yaşadığı aile geleneksel (geniş) ailedir. Geleneksel (geniş) aile, genellikle sanayi devriminden önceki toplum ve toplulukların aile yapısıdır. 1750'lerden sonra hızlı nüfus artışı, kentleşme, kapitalizasyon ve hepsinden önemlisi sanayileşme sonucu sanayi toplumunun ihtiyaçlarına daha uygun olan çekirdek aile tipine dönüş gerçekleşmiştir. Anne, baba ve evlenmemiş çocuklardan oluşan bu ailelere, çekirdek aile adı verilir. Çekirdek ailenin geniş aileden daha kırılğan olduğu boşanmaların sürekli artmakta olduğu görülmektedir. Geleneksel ve çekirdek ailenin yanı sıra, ileri endüstri toplumunda sıklıkla, anne (ya da baba) ve çocuktan ibaret parçalanmış aileden, karı-koca ve önceki eşlerinden olan çocuklardan oluşan eklemli aileden, aynı evi nikah bağı olmaksızın paylaşma durumunu ifade eden birlikte yaşamadan, ayrı evlerde yaşayıp zaman zaman bir araya gelerek eş ilişkilerini ve hatta aynı cinsden kişilerin evliliğine kadar uzanan bir dizi yeni aile biçimlerinden söz edilmektedir (Arieti 1994; Aslantürk, 1999).

Aile kavramı, Türkiye açısından ayrıca bir önem taşımaktadır. Batı ülkelerinde evlenmek yerine eşlerin birlikte oturması gibi formüller yaygınlaşıp, evlilikler çok daha sık oranlarda çözülürken, genele baktığımızda Türkiye'de bunun tersi eğilimler olduğunu görüyoruz. İstatistikler, bugün İngiltere'de 29 yaşın altındaki

kadınların %65'inin bekar olduğu; doğan çocukların %23'ünün evlilik dışı doğduğunu; evliliklerin ise son yıllarda eşi görülmemiş oranda boşanmalarla sonuçlandığını; ayrıca 1987'de boşanan çiftlerin %32'sinin çocuklarının beş yaşın altında olduğunu ortaya koymaktadır. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü'nün "1988 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması" sonuçlarına göre, 1988'de evliliklerin %97 gibi büyük bir çoğunluğu "kopmadan" devam etmektedir. Bu oran 1983'de bulunan %92 oranından daha yüksek bir orandır (Poster, 1989).

### **1.1.7. İşlevsel Aile ve İşlevsel Olmayan Aile**

Richter aileyi, insanların en yakın ve yakın olduğu kadar da karmaşık ruhsal ilişki ve etkileşim içinde buldukları bir ortam olarak tanımlarken özellikle ruhsal konularda çok yönlü iç ve dış çevre etkilerinin göz önüne alınmasını ailenin kendi dinamikleri içinde incelenip değerlendirilmesi zorunluluğuna işaret etmektedir. Bu araştırmacı duygusal etkileşim kapsamında bireysel rollerin neler olduğunun bilinmesinin çok önem taşıdığını vurgulamış, aile üyelerinin birbiriyle ilişkisinin, roller çerçevesinde incelenmesinin gerekliliğine işaret etmiştir. Bireylerin kişiliği aile ortamında biçimlenir. Kişilik, dinamik bir kavramdır; yaşamı boyunca bireyin içinde yaşadığı aile ve sosyal çevre ile arasındaki sürekli etkileşim aracılığıyla olgunlaşacak, bütünleşecek ve gelişecektir. Bu sürecin gerçekleşmesinde en önemli faktör aile içi ilişkilerdir (Bulut, 1993).

Lewis, Beavers, Gosselt ve Philips işlevlerini beklenen düzeyde yerine getiren aileleri sağlıklı/işlevsel aileler; aile içi iletişimin bozuk olması nedeniyle işlevlerini yerine getirmeyen aileleri de sağlıklı/işlevsel olmayan aileler olarak tanımlamışlardır.

Bu yazarlar işlevsel ailenin sekiz önemli özelliğini şöyle sıralamışlardır:

- Aile üyeleri birlikte olmaktan zevk alırlar, birbirlerini destekler ve cesaret verirler.
- Kendilerinin ve diğerlerinin öznel görüşlerine saygı duyarlar.
- Birbirleriyle açık iletişim içindedirler.

- Genellikle aile üyeleri iş bitiricidirler.
- Anne baba için evlilik birinci derecede, ebeveynlik de ikinci derecede doyum kaynağıdır. Evlilik ilişkilerinde meydana gelen bozukluk, sorumlu ebeveynliği de etkiler.
- Aile üyeleri birbirine yakın olmakla beraber, kişisel farklılıklara saygı duyarlar.
- Kişiler arasında kendiliğinden oluşan bir iletişim vardır. Katı kurallar koymaktan ziyade, yeni deneyimlere açıktırlar.
- Davranışlar ve arzuların kontrolünden çok, her konuda fikir alışverişi vardır. Otorite, aşırı kontrol ve üstünlük yoktur.

İşlevsel olmayan ailelerin özellikleri ise şu şekilde sıralanmıştır:

- Üyeler karşılıklı iletişime kapalıdır. Dolaylı ilişkiler içindedirler. Kesin ve açık değildirler.
- Genellikle üyelerde egoizm hakimdir. Bu da yalnızlık, sonra da buna bağlı olarak ümitsizlik yaratır.
- Kişiler karşısındakilere onların beklediği şekilde davranır. Böylece birbirlerinin gerçek özelliklerini bilemezler.
- Üyeler duygusal sorunlarını birbirlerinden saklamak için büyük güç harcarlar.
- Sahte davranışlar oluşur. Kişi gerçek ihtiyaçlarını zayıf ya da güçlü görünerek saklama yoluna gider (Bulut,1990).

Ackerman'a göre sağlıklı ailede çiftler evlilik rollerinde uyum içindedirler. Ortak amaçlara ve değerlere sahiptirler. Çatışma meydana geldiğinde her ne kadar sorun çıksa da kişiler uygun çözüm aramada işbirliği yaparlar. Ailede suçluluk duyguları yoktur. Eşler birbirini olduğu gibi kabul eder, saygı duyar ve değişiklikleri anlayışla karşılar; en önemlisi tüm bu davranışları, ilişkiyi geliştirmek için bir araç olarak kullanır (Bulut,1990).

Sağlıksız ailenin temelinde ise birbiri ile anlaşamayan, farklı ego ideallerine sahip olan aralarında iyi bir iletişim ve etkileşim kuramamış olan eşlerin bulunması

söz konusudur. Bu doyumsuzluklar çeşitli patolojik davranışlara dönerek gerek eşler arasında gerekse çocuklarda bazı bozulmalara yol açabilmektedir. Yani sağlıklı aile, üyelerinde bazı patolojik durumlar yaratabilmektedir. Ancak ailenin sağlıklı ve sağlıklı olmasında, dış uyaranların da etkisini göz ardı etmemek gerekir. Çünkü bu durum, kişilerin adet haline gelmiş uyumlarını bozar. Aynı zamanda ailede rol alanların eksilmesi, ilavesi veya rollerde değişiklik olması bazı sorun odakları yaratarak, sağlıklı davranışları arttırabilir (Taktak,2000).

Genel olarak bakıldığında yazarlar; aile işlevlerinde aile içi iletişime, karşılıklı saygı ve işbirliğine önem vermektedirler. Çatışmaların iyi bir iletişim ve birbirine saygılı davranma ile önemli izler bırakmadan halledileceğine inanmakta, aile üyelerinin aile içinde bir kişi olarak bağımsız hareket edebilmeleri gerektiğini ifade edebilmektedir. Gerçekten de aileyi bir grup olarak ele aldığımızda yukarıda belirttiğimiz işlevlerin önemi daha açık bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Bu grubun sağlıklı bir beraberlik içinde yaşamını sürdürmesi, doğaldır ki, tek tek üyelerin ve bir bütün olarak grubun işlevlerini iyi bir biçimde yerine getirmesiyle mümkündür (Bulut 1993; Bulut 1990).

#### **1.1.8. Şizofreni Tanısının Aile Üyelerinde Yarattığı Travma**

Şizofreni, hasta birey kadar hastanın yakınındaki insanları da etkiler. Bir ailenin, çocuklarının şizofren olduğunu öğrendiği zamanki duyguları, bir kaza veya ciddi bir hastalık olduğu zamanki gibidir. Anne babalar, hasta olan çocuklarıyla ilgili umutlarını ve beklentilerini yitirerek bunun yasını tutarlar. Bu adeta “ bitmeyen yas” sürecidir (Willick, 1994). Burada yası tutulan, doğum öncesinden başlayarak hayali kurulan ve sahip olunması beklenen sağlıklı çocuktur. Aile bu noktada, hayalini kurdukları sağlıklı çocuğun yasını tutup, var olan çocukla ilgili yeni hayaller ve beklentiler oluşturacağı bir sürece geçer. Bu süreç, her ailede farklılık gösteren bir zaman almakta, bir çok ailede ise hiçbir zaman tamamlanamamaktadır. Hastalığın aile bireyleri üzerindeki etkisi hastalığın hangi aşamada olduğuyla da yakından ilişkilidir. İlk psikotik epizodunu geçiren bir hastanın ailesi şaşkınlık ve endişe içindeyken, yedinci kez hastaneye yatırılan bir hastanın aile üyeleri bıkkınlık yaşıyor

olabilirler. Bir diğler deyişle şok, üzüntü, kızgınlık ve korku duygularına bu ailelerde sıkça rastlanır (Arıkan 1998; Gülseren 2002).

Aşama Modelinde ailelerin çeşitli aşamalardan geçerek bu durumu kabul edip, uyum sağladıkları belirtilir. Aileler ilk aşamada karmaşa yaşarlar. Yoğun bir şok ve şaşkınlık hakimdir. Daha sonra yas, aşırı üzüntü, hayal kırıklığı, kaygı, inkar ve suçluluk gibi duyguların yoğun olarak yaşandığı tepkisel aşama gelir. Bunu çocuklarına nasıl yardımcı olacaklarını planladıkları ve durumla baş etmeye başladıkları uyum aşaması takip eder. Aileler bu aşamalardan geçerek kendi bilgi ve becerilerini geliştirmeye, kendileri ve çocukları için gelecekle ilgili planlar yapmaya başlarlar ( Ciğerli 2005; Akkök 1997).

Drator ve arkadaşları, ailelerin gösterdiği tepkiler serisini şok, inkar, üzüntü, kızgınlık, kaygı, adaptasyon ve uyum süreci, yeniden kabullenme- olumlu kabulün gelişimi olarak sıralamışlardır (Ciğerli 2005).

Bir aile bireyinin hastalandığı gerçeği aileyi farklı şekillerde etkiler. Bir bireye ruh hastalığı tanısı konduktan sonra aile içinde bildirilen duygular:

**Yadsıma:** “ Bu benim ya da ailemin başına geliyor olamaz ” düşüncesiyle karakterize derealizasyon yaşantıları tanımlanır.

**Yas / Üzüntü:** “ Bir çocuğumuzu yitirmiş gibi duyumsuyoruz ” . Yadsıma kabullenmeye doğru evrildikçe, üzüntü ve yas ortaya çıkabilir. Ailenin içlerinden birinde psikoz çıkmasına gösterdiği tepkiler yakın bir akrabanın öleceğini bildiklerinde gösterilenlere benzer. Yani egemen duygular anksiyete ve yastır. Aile hasta bireyi hastalığa kaptırmaktan korkar ve hastanın iyileşmemesi yas duygusunu alevlendirir.

**Endişe:** “Onu yalnız bırakmak ve duygularını incitmekten korkuyoruz ”.

**Korku:** “Bir şiddet olayına karşı güvenlikte miyiz? Hasta kendine zarar verebilir mi?”

**Suçluluk:** “Eğer daha iyi bir anne ya da baba olsaydım.” “Biz suçlu muyuz?”. Tedavi arayışına daha erken başlamadıkları için suçluluk hissediyor olabilirler. Anne baba çocuğun hasta olduğunu takdir edememiş oldukları için kendilerini suçlu hissedebilirler. Çocuğun durumunu ergenlik haylazlığına bağlamış cezalandırma veya tehditlerle tepki vermiş olabilirler.

**Muhtemel bir açıklama için ısrarla geçmişin irdelenmesi:** “ Bu, ona bizim yaptığımız bir şey miydi?”

**Utanç ve etiketlenme korkusu:** “ İnsanlar ne düşünecek?” Etiketlenme korkusu ve utanç değişik şekillerde davranılmasına yol açabilir. Hastaneye yatırılmamasına ve tedavisine direnç gösterme, ruhsal bir bozukluğunu yadsıma, kriz esnasındaki hastanın davranışlarını ört bas etme veya hafifseme, akrabalar ve/veya dostlarla bağların koparılması gibi.

**Yalnızlık Duygusu:** “ Hiç kimse bizi ve hastamızı anlayamaz ”.

**Şaşkınlık:** Kişinin hasta olduğunu aslında kabul etmeyen kendilerine ve sevdikleri kişiye neler olup bittiğini anlamayan ailelerin hastalık durumu karşısında yaşadıkları şaşkınlık sıkıntı verici olabilir.

**Hastalığın ciddiyetini reddetme:** “ Bu gelip geçici bir durumdur ”.

**Yer değiştirmeyi düşünme:** “ Bir başka yere taşınırsak, her şey daha iyi olur mu?”

**Hastaya karşı çelişkili duygular:** “ Onu çok seviyoruz, fakat rahatsızlığı onu çekilmez yaptığında keşke çekip gitse diyoruz ”.

**Başarısızlık/utanç/rezil olma:** Çocuğun hastalığı kendi başarısızlıklarının doğrudan bir sonucu ve bu etiketin ailenin toplum içindeki yerini etkileyeceğini düşüncülerinden kaynaklanır.

**Öfke:** Ailenin öfkesi durumun bütününe yönelik bir hiddet duygusu olabileceği gibi kendilerine, birbirlerine, hasta kişiye, sisteme de olabilir.

**Öfke ve kıskançlık:** “ Diğer çocuklarımız hastaya verdiğimiz özel ilgiye içerliyorlar .”

**İsyan:** “ Niçin biz?”

**Depresyon:** “ Ağlamadan konuşamıyoruz.”

**Hastalık haricinde bir şey düşünüp konuşamamak:** “ Eşimden ve diğer çocuklarımdan tamamen uzaklaştım.”

**Boşanma:** “ Sonunda ailemiz paramparça oldu. Boşandık.”

**Kilo kaybı:** “ Sanki üstümüzden kırk ton yük geçti ve sağlığınıza yansıdı.”

**Sosyal aktivitelerden uzaklaşma:** “ Aile olarak bir araya gelip bir eğlenceye gidemiyoruz.”

**Alkol ve madde alımında artış:** “ Akşamları sürekli alkol almaya başladık.”

**Gelecek endişesi:** “ Biz gittikten sonra ne olacak? Ona kim bakacak?”

**Rahatlama:** Kişinin davranışlarının hastalığa bağlı olduğunu öğrenmek aileyi rahatlatır. Profesyonel yardım ve destek almak da rahatlatıcı olabilir (Arıkan 1998; Taktak 2000).

Tepkiler belli bir aile bireyiyle hasta kişi arasındaki ilişkiye de bağlıdır. Sözelimi, bir eşin tepkileri genellikle bir ebeveyn veya kardeşin tepkilerinden farklı olacaktır. Tepkiler ailenin kültürel yapısına ve ruh hastalığına karşı yaşadıkları yerdeki tutumları ne derece algıladıklarına göre değişmektedir. Ruhsal hastalığı bulunan kişinin aile bireyleri, kendi psikolojik ve fiziksel kaynaklarını tüketme riski taşırlar. Bu yüzden kişisel verimleri düşebilir ve ailenin düzeni ve istikrarı sarsılabilir. Wyne (1986), kronik olabilecek bir hastalıkla uğraşan ailelerin kendi üzerlerine daha fazla odaklandığını ve kendilerini suçlamaya ve suçlanmış hissetmeye daha eğilimli olduğunu tesbit etmişlerdir (Wyne, 1990).



### 1.1.9. Şizofreni Ailelerinde Yük

*“Anlamayı şefkat takip eder. Öyleyse en iyi şekilde anlamamız şarttır. Böylece hastalığın yükü bizim için daha hafif olacaktır.”*

*Dr. Ian Falloon*

Şizofreni hastalarının birçoğu duygusal destek ve ekonomik yardım konusunda ailelerine güvenirlir . Şizofreni hastaların aileleri, hastalarına önemli ölçüde destek sağlar ve büyük bir sorumluluk duygusu taşırlar (Dixon, 2000; Cochrane, 1997; McDonell, 2003).

Aile, sıklıkla hastaya bakım veren ortamdır. Ciddi mental hastalıklı tüm hastaların 2/3'ü hastaneden sonra ailesinin yanına dönmektedir. Toplumda yaşamaya dönen hastaların %50 kadarı (hastalıktan yıllarca sonra bile) yakınlarıyla ilişki içindedir. Gibbons ve arkadaşları (1984) çalışmalarında, hastaların pek çoğunun psikiyatrik servislerle bağlantısı olduğunu, %71'inin 10 yıldan fazla süredir destekçileriyle birlikte yaşadığını, şizofren bireylerin %50'sinin kendi evlerinde destekçileriyle oturduğunu, bu destekçilerin önemli çoğunluğunun kadın olduğunu (%63'e %41), hastaların %30'unda destekleyici sayısının bir kişi olduğunu saptadılar (Spiegel, Terry, 1986; Gibbons , Horn , Powell 1982; Lebell, Marder, Mintz J, Mintz I, 1993).

Şizofreni hastalığının aile üyelerini ne şekilde etkilediği ailenin sahip olduğu kaynaklara bağlıdır. Fiziksel sağlıkları, yaşları, evlilik ilişkileri, sosyal çevreleri, sosyal ve maddi değerleri, psikolojik güçleri ile başa çıkma becerileri gibi. Ciddi bir akıl hastalığı olan bir kişiyle birlikte oturmanın ve ona bakmanın sorunlar oluşturabileceği yaygın bir şekilde belgelenmiştir. Bu kişi geleneksel olarak “aileye yük” olarak tanımlanır ( Jacqueline, 1995) .

Ailede ruhsal bir hastalığın varlığı hastalığa yanıt olarak bazı etkileşim biçimlerinin ortaya çıkmasına yol açar. Bu durum ailenin diğer üyelerinin hastalıkla başa çıkarken yük duygusu yaşamalarıyla sonuçlanır. Yük kavramı bazı yazarlarca nesnel yük (gelir kaybı, sosyal etkinliklerin kısıtlanması, ev ortamındaki gerginlik

gibi) ve öznel yük (hastanın rahatsızlık verici davranışları ile ilişkili sıkıntı ve hastayla ilgili olarak yaşanan öznel sıkıntı düzeyi) olmak üzere iki grupta incelenmektedir ( Gülseren 2002; Özütek, 2002; Provencher, Mueser 1997) . Jenkins ve ark. (1999) ise objektif yük ve subjektif yük kavramlarını şu şekilde açıklamıştır: Bakım veren ailenin başardığı görevleri (yardım etme, gözetleme, kontrol etme ve paylaşma) ve hastaların kendi kendine yaptıkları aktiviteleri (iş ve hobiler) somut olarak belirleyerek “objektif yük” kavramını geliştirmiştir. Subjektif yük kavramı ise davranış tiplerinin yarattığı stresler ya da yanıtlar, aile üyelerinin deneyimlerinin nasıl olduğu ile belirlenmiştir.

Şizofrenide ailenin yükü ile ilgili çalışmalar gözden geçirildiğinde, bu çalışmaların belirti örüntüsü, sosyal işlevsellik gibi hastayla ilişkili ve sosyal destek, duygu ifadesi gibi ailenin diğer üyeleri ile ilişkili etmenleri araştırarak biçimde başlıca iki grupta kümelendikleri görülmektedir. Negatif belirtilerin ailenin yükünü öngörmede önemli olduğu, saldırgan ve psikotik davranışlardan çok öz bakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların daha fazla yük getirdiği bildirilmiştir (Gülseren, 2002).

Klinik özelliklerle ailenin yükü arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir başka çalışmada ise, pozitif belirtilerin, manik/düşmanca tutumların ve yeti yitiminin yükü arttırdığı bildirilmiştir (Magliano et all.,1998).

Savundranayagam ve ark. (2005), Demans hastalarının yakınlarında bakım verici yükünü incelemiştir. Bakım verme yükünün en sık yordayıcısının hastanın belirtileri olduğunu bulmuşlardır.

Pickett ve ark. (1997), şizofreni hastalarına bakım verenlerle yapılan çalışmada, kız hastalara bakım verenlerin, erkek hastalara bakım verenlere göre ilişkiden daha memnun oldukları ve daha az sorun yaşadıklarını bildirmişlerdir. Daha genç evlat, daha yaşlı evlada göre ebeveynlerle daha çok çatışmakta ve ilişkiler ebeveyn tarafından daha negatif olarak değerlendirilmektedir .

Güney Amerika’da yapılan bir çalışmada ise yük ve sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiye bakılmıştır. 41 şizofreni hastasının yakını ile yapılan bu

çalışmada annelerde, yaşlı bakım verenlerde, düşük eğitim seviyesinde olanlarda, genç hastalara bakım verenlerde, çalışmayanlarda yük daha yüksek bulunmuştur (Urizar ;Maldonado , 2006).

Sosyo demografik özelliklerin yanı sıra, bakım verenin yükünün diğer yordayıcıları arasında hastalık süresi, bakım vermeyle geçen süre, bakım veren ve bakım alan arasında ikamet durumu, damgalanma, ruh sağlığı uzmanları ile temas, hastanın kendisine ve başkalarına şiddet uygulaması yer almaktadır ( Kadri, 2004; Schulze ve Rössler 2006). Argimon ve ark. (2005), bakım verme yükünün sağlık hizmetlerinin kullanılmasını nasıl etkilediğini araştırmışlardır. Sağlık hizmetlerinin kullanılmasının yükün artmasından olumsuz etkilendiğini bulmuşlardır.

Cassidy ve Junbauer'in (1999) yaptığı çalışmalarda da, şizofreni hastasıyla ilgilenmenin bütün sorumluluğunu üzerine alan kişinin anne olduğu bulunmuştur. Birçok çalışmanın sonucuna bakıldığında annelerin yük skorlarının yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durum annenin kilit kişi olması, hastanın tüm bakımını üstlenmesinden kaynaklanmaktadır.

Ülkemize baktığımızda da hastaların en iyi yardımcıları ve bakıcıları ailelerdir. Kişisel gözlemimizden yola çıkacak olursak yukarıdaki araştırma sonuçlarına paralel olarak ülkemizde de hastaların bakımı annelerin üzerine kalmaktadır.

Jungbaver ve ark (2004), şizofrenisi olan bir yakınına bakım veren eşler ve anne babalar üzerinde çalışmış ve hem benzerlikler (akut ve kronik yük durumları arasında değişimler, relapstan sürekli korku, hastanın kişiliğindeki değişiklikler) ve hem de farklılıklar (eşlerde evlilikte yakınlıkla ilgili problemler, birlikte yaşam planlarının tekrar düzenlenmesi; anne babalarda ise hastalıkla ilgili sorumluluk, hastanın yaşam boyu bağımlı olması) bulmuşlardır.

Cochrane ve ark. (1997), uzun süre destek veren kişinin (eş gibi), duygusal açıdan tükenebileceğini belirtmişlerdir.

Nechmad ve arkadaşları (2000), şizofrenide kardeşlere yönelik çalışmaları gözden geçirmişlerdir. Buna göre, 1950-1970'li yıllar arasında yapılan çalışmalar, şizofreninin ailesel olarak aktarıldığı teorisine dayanmış ve hastalığa yatkınlıkları olduğu düşüncesiyle kardeşlere odaklanmıştır. Çoğu çalışmada, kardeşlerde şizofreni gelişme bile patolojik aile dinamiklerine bağlanabilen önemli, psikiyatrik bozuklukların ortaya çıktığı iddia edilmiştir. Yazarlar, aile yükü kavramının 1960'lı yılların sonlarında ortaya atılmasıyla şizofreni tanısı konulan bir kardeşe birlikte büyümenin duygusal etkilerinin araştırılmaya başlandığına dikkat çekmektedir. Daha çok betimleyici verilerin elde edildiği 1980'li yılların başında yapılan çalışmalardan sonra, son zamanlarda kardeşlerin yaşadığı yük duygusuna eşlik eden değişkenlerin sistematik olarak tanımlanmasına çalışılmaktadır. Kardeşin aile içindeki konumunun hasta üyeye tepkisini etkileyip etkilemediği, ilişkilerde suçluluk duygusunun rolü, tedavi ekibince yapılacak girişimlerin neler olduğu gibi soruların yanıtlanabilmesi için uzun süreli izleme dayanan ve homojen gruplarla yapılacak çalışmalar önerilmektedir.

Ailenin sağlıklı çocuklarında kıskançlık, öfke, hasta kardeşi reddetme, aileden kopma, sağlıklı olmaktan dolayı suçluluk duyma ve bununla bağlantılı olarak ne kadar güç olduğuna bakılmaksızın hasta bireye bağlanarak yardıma çalışma tarzında farklı tepkiler veya duygular ortaya çıkabilir. Ana babaların tutumları, hasta bireyin semptomatolojisi bu tepkilerde belirleyici rol oynar (Gülseren, 2002).

Stalberg 2004, şizofreni hastaların kardeşlerinde genetik yatkınlığın öznel yükün önemli bir parçası olduğuna işaret etmektedir.

Karancı (1995), hasta yakınlarının hastalığa ilişkin nedensel atıflarını, yüklerini ve sağlık personelinden beklentilerini araştırmıştır. Hasta yakınlarının aile yaşantılarında çatışmalar ve duygusal sorunlar yanı sıra hastanın bakımı ve sağaltımı konusunda maddi yüklerle de karşılaştıklarını saptamıştır.

Ohaeri 2001, hastanın bakımı ve sağaltımının ailenin ekonomik durumunu etkilediğini belirtmiştir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre hastaların yalnızca %41.5'ı

sosyal yardım almakta, birçok hasta sosyal yardım için başvurmakta ancak seneler sonra alabilmektedir.

Hastanın bakımı ve sağaltımı konusunda maddi yüklerin yanı sıra şizofrenisi olan hastaların aileleri gittikçe artan sosyal yalıtım yaşarlar, bu çoğu zaman sosyal ve boş zaman uğraşlarının sınırlandırılması anlamına gelir. Bazı çalışmalar, bu hastalığın bakım vereni önemli ölçüde kısıtladığını ve gelecek hakkında endişelendirdiğini göstermektedir (Jungbauer 2002; Magliano 1998). Sosyal yalıtım, mali ve istihdam ile ilgili sorunlardan daha ağır bir yük olarak değerlendirilmiştir. Bu durumun şizofreni hastası ve ona bakan kişi arasındaki ilişkiyi daha da tahrip edebileceğini ve hastalıkla başa çıkabilme kaynaklarını azaltabileceğini öne sürmüştür (Jacqueline, 1995).

Hastanın hastaneye yatışı şizofreni ile aile etkileşiminin en yoğun olduğu dönemlerden birini oluşturur. Hastaneye yatış süreci genellikle karmaşa ve işlevsellikte azalmayla belirli bir dönemin ardından gerçekleşir. Psikiyatrik yardım almak için belirtiler aileye zarar verecek düzeye ulaşıncaya kadar beklenmiş olabilir. Hastayla başa çıkılması için yapılanlar yetersiz kalmış, hasta ve ailenin diğer üyeleri arasında zedeleyici/yıkıcı bir ilişki başlamıştır. En iyi olasılıkla bu durum geçici olabilirken kendi içinde olumsuz bir ilişki alışkanlığına dönüşebilme riski de söz konusudur. Aileler kendilerini sorumlu ve damgalanmış hissederler. Yetersizlik, suçluluk ve utanç duygularıyla yüklenmiş olarak hastaneye gelirler. Başvuru sırasında hastayla ilgili bilgi toplama sürecinin suçlayıcı bir tarzda yapılması ailenin suçluluk duygularını artırır (Gülseren, 2002).

Sık sık psikotik dönem geçiren ve hastane yatışları zorunlu olan hastaların yakınlarının hastayla ve hastalığın uzantılarıyla uğraşmalarının yanı sıra bir de sağlık sisteminin olumsuzluklarıyla, toplumun damgalayıcı bakışıyla baş etmek zorunda kalmaları aile için gerçek bir ıstıraba dönüşebilir ( Yıldız, 2005).

Aile ile tedavi ekibi arasında işbirliği kurulmadığında aile yadsıyarak, yansıtarak, misilleme yaparak ya da ortadan kaybolarak kendini korumaya çalışabilir. Hastaneye yatışlar yinelerse açıklanmayan yineleyici yatışların neden olduğu kederle

daha fazla başa çıkamayacağından hastayı öfkeyle reddetme yoluna başvurabilirler (Gülseren, 2002).

Hasta hastanede kalmayı gerektirecek kadar ağır bir durumda oldukça aileler genellikle sürekli bir üzüntü ve bunun yanında görece güvenlik hissedeceklerdir. Tedavi ekibince hastanın evine götürülmesi konusunda aileye baskı uygulanması bazen yeniden aile birliğinin sağlanmasına yardımcı olabilmekte, ancak çoğunlukla daha fazla yıkıma ve hasta üyeye yeniden uyum sağlanması gerektiği için öfkeye yol açabilmektedir. Böyle bir baskının yanında, aileye profesyonel bir destek sağlanmaması ailenin yükünü daha da arttırır. Taburculuk sonrasında yaşanan güçlüklerden bir diğeri, aile içinde var olan davranış biçimlerinin değişebilmesidir. Ailede şizofrenisi olan bir hastanın bulunması ailenin diğer bireylerinin oldukça katı davranış biçimleri benimsemelerine, hasta kişinin zorluklarıyla ve hatta trajedisıyla başa çıkmak için ilişkilerin daha yakın hale gelmesine yol açabilir. Hastayı dışarıda bırakan koalisyonlar gelişebilir. Hasta iyileştikçe ve bu koalisyonlara katılmak için baskı yaptıkça bu yapılar tehlikeye düşer. Yeni ve daha esnek bir aile yapısının oluşturulması gerekir. Başarılı bir tedavi aileyi tedavi sistemine daha bağımlı hale getirebilir (Gülseren, 2002).

Hastalarla beraber acı çekmek, tam olarak hastaların dünyasına girememekle birlikte dış dünyaya da aitmiş gibi hissedememek, hastalarla iletişim kuramamak ve geleceğe yönelik endişeler ailelerin dile getirdikleri diğer güçlüklerdir (Gülseren et.all,1999).

Hasta yakınlarının en büyük korkusu ise, hastalığın yeniden alevleneceği, onunla başa çıkmakta zorlanacakları, yeniden hastane yatışlarının olabileceği korkusudur (Yıldız, 2005).

Sağlıklı bir toplum için hastanın sorumluluğunun mümkün olduğunca geniş bir alanda üstlenilmesinde yarar olacağı kuşkusuzdur. Süregen ve zor hastaların bakımı tümünden aileye bırakılırsa başlangıçta sağlıklı olan aile bireylerinin de zaman içerisinde psikiyatrik yardıma muhtaç hale geldikleri görülebilir (Yıldız, 2005).

Yener ve ark. (1991), şizofren hastaların aile bireylerinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla sıklıkla ruhsal bozukluk ve belirtiler olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada sık relaps gösteren hastaların ailelerinin, daha az relaps gösterenlere göre daha fazla ruhsal belirti yaşadığı bildirilmiştir.

Hasta bakım popülasyonda GHQ (Genel Sağlık Anketi) ve PSE (Şimdiki Durum Muayenesi) gibi testler kullanılarak yapılan çalışmalar, ailelerin en az üçte birinin hastaya bakma rollerine bağlı olarak şiddetli psikiyatrik semptomatoloji, özellikle anksiyete ve depresyon belirtileri gösterdiğini tesbit etmiştir. Öznel duygusal stres, bakıma yeni başlayanlarda en yüksek gibi gözükmemektedir (Jacqueline, 1995). Gallgher ve ark.(1996) yaptıkları çalışmada, erkek akıl hastası ile birlikte yaşamayı, daha zayıf sağlıkla, bazı aktivitelerde daha fazla sınırlanma riski ile bağlantılı olarak tesbit etmişlerdir.

Eğitim, hasta yakınlarının hastayla ilgili beklentilerinin daha gerçekçi düzeyde olabilmesini, duygusal ve maddi yükün azaltılmasını sağlar (Karancı,1997). Eğitim, beklentiyi yüksek tutmak ve büyük umutlar beslemek yerine bundan vazgeçip, hastalığın tümüyle ortadan kalkmayacağını, fakat kısmi iyileşmeyle yaşamın süreceğinin kabullenilmesinden sonra aile bireyleri bir rahatlama yaşayabilir (Yıldız, 2005).

Ruhsal-eğitsel uygulamaların başarılı olabilmesi için ailelerin katılım konusunda gönüllü olmaları ve farklı sağaltım seçeneklerinden haberdar olmaları da önemlidir (Dixon v.d.2000).

Şizofreni yakını aileler üzerinde yapılan çalışmalar açıkça şunu göstermektedir. İyi bir aile ortamı hastalığın durdurulmasını ve nükslerin daha az şiddetli olmasını sağlamada çok önemli bir faktördür ( Arıkan, 1998).

Bir başka çalışmada ise, destekleyici, yargılamayan ve en önemlisi eleştirmeyen aileler düzelleme sürecine yardım etmekte ve kolaylaştırmaktadır. Bu çalışmalara göre, zamanın büyük kısmını evde geçiren ve ailesinde düzensiz kişiler

bulunan hastalar, yine zamanının büyük kısmını evde geçiren ama düzenli bir aileye sahip olan hastalardan daha sık olarak hastaneye yatırılmaktadır (Arıkan, 1998).

Hasta, aile, tedavi ekibi arasında güçlü bir işbirliği kurulması hastayı iyileştirmekte yaşamsal bir rol oynar. Çok sayıda çalışmada şizofreni hastalarının nüks oranını düşürmede aileye yönelik girişimlerin etkisi gösterilmiştir (Tarrier, 1988; Yıldız, 2005).

Pitschel-Walz ve ark. (2001), aileye yönelik girişimlerin relapslar ve hastaneye yatışlar üzerine etkisini araştıran çalışmaların bir meta-analizini yapmışlardır. Elde ettikleri en çarpıcı bulgu, hasta yakınları tedaviye dahil edildiklerinde relapsların %20 oranında azalmasıdır. İlaç tedavisine ek olarak hastalar ve hasta yakınlarına psikososyal destek sağlamaya yönelik iki yönlü yaklaşım tek başına ilaç tedavisine göre belirgin biçimde üstün bulunmuş, şizofreninin tedavisinde ruhsal-eğitsel girişimlerin gerekliliği bir kez daha vurgulanmıştır.

Aile müdahalesine yönelik yapılan bir çalışmada , Bipolar bozukluğu olan 45 hasta yakını psiko eğitim programına tabii tutulmuştur. Eğitimin öncesinde ve sonrasında bakım verenin yükü karşılaştırılmıştır. Eğitim sonrasında bakım verenin yükünde azalmalar bildirilmiştir (Remares ve ark., 2004)

Aileye yönelik yapılan bir başka çalışmada ise birden çok stratejinin ( psiko eğitim,davranışçı aile terapisi ve birbirini destekleme) etkisi araştırılmıştır. Çoklu müdahalelerin bakım verenin yükünü iyileştirmede etkili olduğu bulunmuştur. Ancak örneklem boyutlarının küçük olması ve uzunlamasına çalışmalarda bu sayının giderek daha da azalmasına bağlı olarak sonuçların değeri sınırlıdır (Hazel ve ark.2004).

#### **1.1.10. Travma Sonrası Gelişim**

Travmatik bir yaşantının sonrasında, travmaya maruz kalan kişide, travma sonrası stres tepkileri ve travmatik olaya bağlı bozuklukların yanı sıra travma sonrası



gelişim kavramıyla ifade edilen bazı gelişmeler de beraberinde gelebilir. Travma sonrası gelişme kavramı, zorlayıcı yaşam olayları ile mücadele sonucu gelişen pozitif yönde ruhsal değişiklikleri ifade etmek için kullanılmaktadır. Travma sonrası gelişim, travmatik bir olay ve onunla mücadele çabaları sonrasında ortaya çıkan olumlu bilişsel, duygusal, davranışsal dönüşümdür. Stresli olay veya travma sonrasında meydana gelen pozitif değişikliklerle ilgili farklı yazarlar farklı terimler kullanmaktadırlar. Pozitif değişiklikler “Strese bağlı gelişim”, “Travma sonrası büyüme”, “Gelişme”, “Farkındalıkta artma” şeklinde isimlendirilmiştir (Park et all. 1996; Tedeschi and Calhoun 1996; Tedeschi, Park& Calhoun 1998).

Olumlu psikolojik değişim olgusunun ele alınması ise 1980’lerde başlamıştır. 1980’lerin ortalarından başlayarak, araştırmacılar, travma sonrası gelişme konusunda yas, kronik hastalıklar, kanser, kalp krizi, trafik kazaları, yangın, tecavüz, cinsel istismar gibi çok çeşitli travmatik olaya ilişkin çalışmalar yapmışlardır. Travma sonrası gelişmeyi ölçme ve bu olgunun diğer değişkenlerle ilişkileri konusunda araştırmalar ise 1990’larda başlamıştır (Tedeschi ve ark. 1998).

Travma sonrası gelişme olarak adlandırılan olgunun ne tür değişimler içerdiğinin incelendiği çok boyutlu olumlu gelişmelerden söz edilmektedir. Calhoun & Tedeschi (1998), travma sonrası gelişimin üç boyutta değişim anlamına geldiğini bildirmektedir: Kendilik algısında olumlu değişim (kognitif süreçlerde değişim, kendini anlama, diğerkamlık, empati, olgunluk, özgüven ve öz yeterlilik alanında artma) kişilerarası ilişkilerde olumlu değişim (daha toleranslı olma, sosyal destek ağları, arkadaş, aile ile olumlu ilişkiler kurma, çevrenin daha olumlu olarak algılanması), yaşam felsefesinde değişim (anı yaşayabilme, hayatın kıymetini anlama, hayatına yeni bir yön çizme, manevi konularla daha fazla ilgilenme) .

Collins, Taylor , Skokan (1990) negatif ve stresli yaşam olaylarının bireyler üzerinde direkt ve direkt olmayan etkileri üzerinde durdular. Direkt etkisi olarak, negatif bilgiler var olan şemaları yıkmakta, direk olmayan etki olarak ise, kişi stresli bir yaşam olayı sonucu güçlü olan yönlerini tanıma fırsatı bulmaktadır.

Travmatik yaşam olaylarının yarattığı olumsuz etkiler üzerinde çok sayıda araştırma olmasına rağmen, travma yaşayanlarda olabilecek olumlu değişimlerle ilgili çalışmalar göreceli olarak daha yeni ve azdır. Ancak konuyla ilgili araştırmalar, stres tepkileri ve gelişmenin sıklıkla bir arada görüldüğünü ortaya koymaktadır.

### **1.1.11 Travma Sonrası Gelişim ile İlişkili Değişkenler**

İlgili yazında travma sonrası gelişme ile ilgili birçok değişkenden söz edilmektedir. Freedy, Kilpatrick and Resnick (1993), afetler sonrasında yaşanan olumlu ve olumsuz uyum göstergelerini açıklamak için çok faktörlü bir model geliştirmişlerdir. Bu modele göre, afetlerin afetzedelerde yarattığı psikolojik etkileri incelerken afet öncesi (sosyo-demografik, kaynaklar vs.), sırası ( olayın şiddeti, birey tarafından nasıl algılandığı ve değerlendirildiği vs.) ve sonrası (olumsuz yaşam olayları, başa çıkma stratejileri, sosyal destek vs.) değişkenlerin incelenmesi gerekmektedir .

Schaefer ve Moos (1998) travma sonrası gelişim ile ilişkili bu değişkenlerden bazılarını içeren modellerinde birbiriyle etkileşim içinde olan kişisel (cinsiyet, yaş, sosyoekonomik düzey, olay öncesi deneyimler) ve çevresel sistemin ( sosyal destek ağı, ekonomik kaynaklar, kültürel yapı) travmatik yaşantıyı (olayın şiddeti, süresi, kişinin yaşam döngüsündeki zamanı, etkileme boyutu) şekillendirilerek, olay sırasındaki bilişsel değerlendirme sürecini ve kullanılan başa çıkma tarzlarını ( problem odaklı yada kaçınmacı) belirlediğini bunun sonucunda da travma sonrası gelişmenin belirlendiğini önermektedir.

Kılıç 2005, travma sonrası gelişimin olabilmesi için yaşanan olayın belli bir şiddetin üzerinde olması gerekir. İnançları sarsacak derecede şiddetli olmayan olaylarla, kişi var olan becerilerini kullanarak başa çıkabilir ve eski sağlığına kavuşabilir; bu nedenle de bir değişime gerek kalmaz. Travmanın çok şiddetli olduğu durumlarda ise gelişme, kişi tüm kaynaklarını kaybettiği için gerçekleşemez. Karancı (2005) ise, yaşanan travmatik olayın şiddetinin travma sonrası gelişim ile ilgili değişkenlerden biri olduğunu belirtmiştir.

Gelişmeye yol açan olay kişinin dünya ile ilgili temel yargılarını sarsan bir deprem sarsıntısı gibidir. Bu sarsıntı sonucunda bilişsel şemalar sarsılır, zayıflar, dağılır. Deprem sonrası binaların yeniden daha dayanıklı yapılmasına benzer şekilde bilişsel şemalarda düzeltme yapıldığında ise kişi gelecekteki şoklara daha dayanıklı hale gelmektedir. Zorlayıcı olayın kişinin dünya ile ilgili temel yargılarını sarsacak nitelikte olduğu, gelişmenin ruhsal travmadan sonra bir süre gerektirdiği belirtilmektedir ( Kılıç, 2005).

Calhoun ve ark. (1998), travmatik olay ve dünyaya ilişkin varsayımların farklılığı üzerinde bir çalışma yapmıştır. Janoff-Bulman'ın ifade ettiği raslantısallık varsayımına göre, neden bazı olayların bazı kişilerin başına geldiğini anlamının yolu yoktur; bu yalnızca bir rastlantının sonucudur ve anlamsızlık egemendir. Buna göre dünya rastlantı ilkesine göre işleyebilir, ancak şanslı birey iyi sonuçları elde eder. Bu çalışmanın sonucuna bakıldığında cinsiyete göre, kadınlar rastlantısallık varsayımına erkeklere göre daha çok inanmakta; yaş gruplarına göre, yaşlıların güvenilir, iyi, kontrol edilebilir dünya ve şanslı birey görüşleri gençlere göre daha güçlü bulunmuştur.

Tedeschi ve ark. (1996), travmatik bir olay yaşamış ve yaşamamış kişiler üzerinde bir çalışma yapmıştır. Travmatik bir olay yaşamış grup Kısa Semptom Skalasında kontrol grubuna göre daha fazla semptom bildirmiştir. Yaşam Kalitesi skalasında iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Literatüre baktığımızda travmatik olayın dünyaya ilişkin şemaları yıktığı bildirilmektedir. Bu çalışmadan elde edilen bulgular, iki grubun dünyaya ilişkin şemaları açısından anlamlı bir farklılığın olmadığını göstermektedir. Bu bulgu ise çalışmaya katılanların dini inançlarının yaşamları üzerinde oynadığı rolle ilişkili olabileceğini düşündürmüştür.

Calhoun ve ark. (2000), travma sonrası gelişim, ruminasyonlar ve inanç arasındaki ilişkiyi açıklamaya çalışmışlardır. Yaşamlarında travmatik bir olay yaşamış 54 genç yetişkin araştırmaya katılmıştır. 3 alt ölçekten oluşan Araştırma Skalası, olayın hemen sonrası ve iki hafta sonrası şeklinde gruplanmış ruminasyon

soruları, Travma Sonrası Gelişim envanteri uygulanmıştır. Olayın hemen arkasından çıkan tekrarlayan düşünceler ve inançlarla travma sonrası gelişim arasında önemli bir ilişki bulunmuştur.

Başta çıkma tarzlarının travma sonrası gelişme ile ilişkisini inceleyen araştırmalar, problem odaklı ve duygusal odaklı başta çıkmanın bu olguyla pozitif ilişkili değişkenler olduğunu ortaya koymuştur (Güneş 2001; Karancı 2005).

Sosyal destek posttravmatik gelişmenin ilerlemesinde önemli bir rol oynamaktadır. Kendini ifşa etmek, sosyal destek almakla posttravmatik gelişme arasında yüksek bir ilişki bulunmaktadır. Güneş (2001) ve Karancı (2005), sosyal destek algısı ile travma sonrası gelişmenin pozitif yönde ilişkili olduğunu bildirmektedir. Kılıç (2005) ise, sosyal desteğin gelişmeyi hızlandırdığını ancak her tür sosyal desteğin aynı etkiyi yapmadığını, özellikle kişinin yaşadıklarını gelişmeye yol açabilecek bir olay olarak görmesini teşvik eden sosyal destek çevresinin gelişmeyi kolaylaştırdığını belirtmiştir.

Cordova ve ark. (2001) göğüs kanseri hastaların arkadaşları ve aileleri ile bir çalışma yapmıştır. Göğüs kanseri olan kişilerin arkadaşları ve aileleri onların hastalıklarını duymayı istememektedir. Bireylerin bilişsel süreçleri ifade etmeleri ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki bulunmaktadır.

Siegel ve Schrimshaw (2000), HIV ve AIDS ile yaşayan 54 bayan çalışmaya dahil edilmiştir. Katılımcıların %83'ü HIV/AIDS' in yaşamalarını pozitif yönde değiştirdiğini belirtmiştir. Sağlığa verilen önem (örneğin; sigarayı bırakma, alkol kullanımında azalma vb.), inanç, kişilerarası ilişkiler ,kendilik algısı , yaşam ve yaşamdaki hedefler konusunda pozitif bir değişimin olduğu tesbit edilmiştir.

Kesimci (2003)'de Türk meme kanseri hastalarındaki depresyon ve umutsuzluğun yordayıcılarını araştırmıştır. Bu çalışmada, sosyo-demografik özellikler, medikal değişkenler, algılanan sosyal destek, başta çıkma yolları ve strese bağlı gelişim değişkenleri, depresyon ve umutsuzluğun yordayıcıları kullanılmıştır. Çalışmaya 100 meme kanseri hastası katılmıştır. Çalışmanın regresyon analizleri

sonucunda, gelir düzeyi, algılanan sosyal destek, iyimser/ sosyal destek arama, başa çıkma yolu, çaresiz başa çıkma yolu ve strese bağlı gelişim değişkenleri depresyonun yordayıcıları olarak bulunurken, medeni durum, algılanan sosyal destek, iyimser/sosyal destek arama başa çıkma yolu ve çaresiz başa çıkma yolu umutsuzluğun yordayıcıları olarak bulunmuştur.

Duygu durumun travma sonrası gelişim ile ilişkisine yönelik bulgular, olaya ilişkin genel rahatsızlık düzeyi, ruminasyon, zorlayıcı düşünceler ve kaçınma belirtileri arttıkça gelişmenin arttığını göstermektedir (Güneş 2001; Karancı 2005).

İyimserlik, umut, dışadönüklük, yumuşak başlılık, deneyime açıklık, sorumluluk, bağlanma, dindarlık ve travma sonrası gelişim arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur (Kılıç, 2005; Tedeschi ve ark. 1998; Tedeschi, Calhoun 1996).

Acartürk, Aker, Karancı (2004) 1999 Marmara Depreminden kurtulanlarda Travma Sorası Gelişimi yordayan faktörler üzerine bir çalışma yapmıştır. 1999 Marmara Depreminden kurtulan 200 kişi ile bir çalışma yürütülmüştür. Bu çalışmada komşu felaket gönüllüleri ve komşu felaket gönüllüleri olmayanlardan oluşan iki grup oluşturulmuştur. Yapılan analizler sonucunda gönüllülük, problem odaklı ve iyimser başa çıkma, kaderci yaklaşımın travma sonrası gelişimin önemli yordayıcıları olduğunu göstermiştir. Karakter özellikleri ile travma sonrası gelişim arasında yüksek bir ilişki bulunmuştur. Bu kişilik özellikleri iyimser, dışadönük, umutlu kişilik özellikleridir.

Hart ve Wearing (1995)'de sürekli stres koşulları altında çalışan polis memurları üzerinde bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmanın sonucuna göre ise kayıp ve patolojik durumlar üzerine fazla çaba harcandığında, bunlara sürekli maruz kalan profesyonel kapasitelerde azalan kuvvetin yerini iyileşme ve gelişmeye bıraktığı saptanmıştır.

Linley ve ark. (2003), 11 Eylül Terorist saldırılarına doğrudan maruz kalmayanlar, felaket yerinde yaşayanlar veya olaya tanık olanlar üzerinde bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmada travmaya tanık olanlarda travma sonrası gelişimin

korelasyonları araştırılmıştır. Sonuç olarak, terorist saldırılarını sürekli düşünen kişilerde dinsel fanatizm, inanç ve değerlerini eleştirme vb. birtakım pozitif değişiklikler rapor edilmiştir. Sonuçlar gemi kazasında kurtulanlarda ortaya çıkan verilere göre daha düşüktür. Bir başka çalışmada eşleri beyin kanseri olan erkeklerdeki PTG skorları 11 Eylül Terörist saldırısının ardından değerlendirilen PTG skorlarından daha yüksektir. PTG skorlarının pozitif ve negatif değişikliklerle kurulan ilişkisine bakıldığında, pozitif değişikliklerle kurulan ilişki negatif değişikliklerle kurulan ilişkiye göre daha azdır.

Taunt ve Hastings (2002), engelli çocukların ailelerinde pozitif değişimler üzerinde çalışma yapmışlardır. Ailelerin %80'inin ; yakınlarıyla ve çevresiyle daha olumlu ilişkiler kurduğu , yeni hedefler geliştirdiği, hayatına yeni bir yön çizdiği tesbit edilmiştir .

Elçi (2003), Otizmi olan çocukların ailelerinde travma sonrası gelişmeyi yordayan faktörler üzerinde bir çalışma yapmışlardır. Örneklem 71'i kadın, 65'i erkek toplam 136 otizmi olan anne babadan oluşmaktadır. Regresyon analizi sonuçları, yaş ve cinsiyetin yanında, sosyal desteğin, bir baş etme yöntemi olan aktif/iyimser yaklaşımın ve dini bağlılığın travma sonrası gelişmeyi yordamada önemli değişkenler olduğunu göstermiştir.

Özetle, araştırmacılar, travma sonrası gelişme konusunda yas, kronik hastalıklar, kanser, kalp krizi, trafik kazaları, yangın, tecavüz, cinsel istismar gibi çok çeşitli travmatik olaya ilişkin çalışmalar yapmışlardır. Yukarıda da belirtmiş olduğumuz üzere şizofreni tanısı aile üyelerinde bir travma yaratmaktadır. Bu durum aileler tarafından "bitmeyen yas süreci" olarak isimlendirilmektedir. Literatüre baktığımızda şizofreni ailelerinde tükenmişlik, depresyon gibi olayın olumsuz yönlerine vurgu yapıldığı, bu yaşam olayının aile üyeleri üzerinde yapabileceği olumlu değişimlerin göz ardı edildiği düşünülmektedir. Bu bilgiler ışığında şizofreni ailelerinde yük ve travma sonrası gelişimin yordayıcıları tesbit edilmeye çalışılacaktır.

### 1.1.12. Başa Çıkma Stratejileri

Stres kavramının psikoloji alanında kullanılmasına ve araştırmalar yapılmasına 1950’li yıllarda başlanmıştır. Bazı araştırmacılar stresi dışsal uyarıcı olarak ele alırken bazıları rahatsız edici tepkiler olarak tanımlamışlardır (Weitz, 1970). Son zamanlarda en çok kabul edilen Lazarus ve Folkman’ın etkileşim teorisi ise stresi; talepler ve kaynaklar arasındaki dengesizliğin sonucu ortaya çıkan bir durum olarak tanımlamaktadır.

1970’lerde stres yaşayan her kişinin hastalanmadığı ileri sürülerek, bir ara değişken aranmış ve Freud’un “Savunma mekanizmaları” gözden geçirilerek, “Başa Çıkma” kavramı ortaya atılmıştır. Tarihsel açıdan bakıldığında, stresle başa çıkma mekanizmalarının, 5 farklı açıdan ele alındığı görülmektedir. Bunlar: 1. Freud’un psikoanalitik kuramında önerdiği bilinçdışı Savunma Mekanizmaları 2. Erikson’un “yaşam dönemleri” yaklaşımında sözünü ettiği, özgüven, öz yeterlilik, yada içsel kontrol gibi bireysel kaynaklar; 3. Evrim kuramı ve davranışçı akımdaki, problem çözme çabaları; 4. Cannon ve Selye gibi araştırıcıların ileri sürdüğü, hem insanların hem de hayvanların stres karşısında gösterdiği, genetik olarak programlanmış bir tepki; 5. Organizmanın, kendi fizyo-psikolojik kaynaklarının zorlanıp tükenmesi karşısında gösterdiği, uyum yapmaya yönelik, sürekli değişen, bilişsel ve davranışsal çabalar olarak sıralanabilir (Şahin ve Durak, 1995).

Folkman (1984) başa çıkmayı, etkileşim yoluyla yaratılan içsel ve dışsal istekleri kontrol etmek yada azaltmak için yapılan bilişsel veya davranışsal çabalar olarak tanımlamaktadır.

Lazarus (1976), stresli koşulların tehlikeli veya tehdit edici olarak algılanmasında kişilik özelliklerinin ve baş etme yeteneklerinin önemli olduğunu, stres ve başa çıkma arasındaki ilişkinin sürekli olduğunu ve stresin başa çıkmaya neden olduğunu belirtmektedir.

Baş çıkma çabalarının, hem kişinin sahip olduğu özellikler hem de içinde bulunduğu durumun özelliklerinden etkilenebileceğini ileri sürerek, farklı modellerin

kaynaklara yönelik veya sürece yönelik vurgularına dikkati çekmektedir. Sürece yönelik modellerde stres, insan ve çevresi arasındaki dinamik bir etkileşim olarak kavramlaştırılmakta, başa çıkma davranışları da bireyin bir duruma özgü değerlendirmelerini ve bu değerlendirmeler sonucu seçtiği davranışları kapsamaktadır. Sürece özgü ölçümlerde her stresli durum, tek başına incelenmekte ve kişilerin bu durumlardaki neler yaptığına bakılmaktadır. Kişinin kaynaklarına yönelik ölçümlerde ise, bireyin pek çok duruma genellenebilecek, tipik başa çıkma alışkanlıkları, yetenekleri olduğu varsayımından hareket edilmektedir. Diğer bir deyişle, kişinin bir yada birkaç durumla başa çıkma tarzı, stresli olaylarla genel olarak başa çıkma tarzının bir yansıması olarak değerlendirilmektedir ( Şahin ve Durak 1995; Tezer ve Durmuş 2001).

Başta çıkma çabaları, bireyin davranışları ve çevresel talepler arasında bir aracıdır ve strese karşı onun etkilerini en aza indirmede bir tampon görevi göstermektedir. Başta çıkma stratejileri ya durum üzerinde doğrudan etki göstererek (problem odaklı başta çıkma) ya da duygusal tepkiler yöneterek ( duygusal odaklı başta çıkma) işlev göstermektedir (Folkman, 1984). Problem odaklı davranışlar, durumu değiştirmeye yönelik aktif, mantıklı, serinkanlı, bilinçli çabaları içerirken, duygulara yönelik yaklaşımlar genellikle uzlaşma, kendini kontrol etme, sosyal destek arama, kabullenme gibi yaklaşımları içermektedir (Şahin ve Durak 1995).

Duygusal odaklı stratejiler, birey stresörün değiştirilmeyeceğine, katlanılması gerektiğine inandığında kullanılabilen, problem odaklı stratejiler ise stresörün değiştirilmesine yönelik kullanılmaktadır. Yapılan çalışmalar kadınların daha çok duygusal odaklı, erkeklerin ise problem odaklı başta çıkma yöntemlerini kullandığını göstermiştir (Cotton, 1990). Problem odaklı başta çıkma tarzının depresyona daha az zemin hazırlayacağı belirtilmiştir. Öte yandan değişmesi mümkün olmayan stresörlerin problem odaklı yöntemle çözülmeye çalışılması uyumu sağlamakta yetersiz kalır.

Toplumsal cinsiyet aynı zamanda stres ve başta çıkmaya ilişkin olarak da incelenmiştir. Andrew fırtınasının kurbanlarıyla yapılan bir çalışmada, kadınlar



erkeklerle kıyasla daha çok stres yaşadıklarını belirtmekle birlikte, stres fizyolojik olarak ölçüldüğünde, kadın ve erkeklerin aynı oranda etkilendikleri gözlenmiştir. Her iki eşinde çalıştığı 300 evli çift üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise kadınlar ile erkekler evliliklerinin ve işlerinin durumu ile çocuklarının ne derece iyi durumda olmaları açısından aynı oranda stres hissetmişlerdir. Ancak, bu çalışmada kadınlar uzun süreli ilişkilerde sorunlar ortaya çıktığı zaman erkeklerle kıyasla daha çok stres yaşamışlardır. Bu durum büyük bir olasılıkla kadınların kendilerini kişisel ve mesleki ilişkilere daha fazla adamalarına kaynaklanmaktadır (Morris, 2002). Kadınların bazı durumları erkeklerle göre daha değişmez görmeleri, erkeklerin ise değiştirilebilir görmeleri toplumdaki cinsiyet rollerinin ve güç dağılımının yarattığı bir durumdur. Kadınlar bilişsel olarak kendilerini daha olumsuz görmekte, geçmişteki olumsuz deneyimleri daha fazla hatırlamakta, kızlar başarısızlığı daha çok içsel nedenlere bağlamakta, erkekler dış nedenlere bağlamaktadır (Miller ve Kirsch 1987).

### **1.1.13. Şizofreni Hastasına Bakım verenlerin Kullandığı Başa Çıkma Stratejileri**

Bakım verme deneyiminin farklı etnik ve kültürel gruplar arasında nasıl değiştiğine odaklanılmıştır. Afrikalı Amerikalılar gibi etnik azınlığa bağlı bakım verenlerin, beyaz ırkta bakım verenlere kıyasla bakım vermekle ilgili daha fazla yarar sağladığını algıladığı, ruh sağlığı ve iyilik hissini daha iyi olduğu, strese atfedilen değerler daha ılımlı olduğu ve yükün daha az olduğu konusunda örtüşmektedir. Bu durum dini başa çıkma düzeneklerinin daha fazla kullanılmasına, sosyal desteğin ve evlatların anne ve babaya bakma zorunluluğuna olan inancın daha güçlü olmasına ve bu gruplar arasında geleneksel tıbbi olan inanca bağlı olabilir. Etnik azınlıkta bakım verenler beyazlara kıyasla (sosyo demografik farklar açısından eşleştirildikten sonra), daha kötü fiziksel sağlık bildirilmiştir (Pinquart M ; Sorensen 2005).

Ciddi akıl hastalığı olan yetişkinlere bakım veren Afrika kökenli Amerikalı ailelerde beyaz ailelere göre daha az stres vardır. Araştırmalar sonucunda siyahlarda fakir akrabalara yardım etmenin daha fazla olduğu ve bu normatif bağlamın bakım

vermenin emosyonel maliyetini azaltabileceği öne sürülmüştür. Siyahlar yetersiz akrabalarına yardım etme görevlerinde daha tecrübeli olabilirler ve yakınlarına yardım daha değerli ve ödüllendirilen bir aktivite olarak algılanabilmektedir. Dinsel bağlılık özellikle siyah aileler arasında önemli bir baş etme kaynağı olarak tanımlanmaktadır. Klise üyeleri, emosyonel destek ve gerçek yardımın potansiyel kaynaklarıdır. Değer verilen bu kuruma katılma benlik saygısını arttırabilir ve dini inançlar, dua etme zor yaşam problemlerini ele alma da içsel güce yapışmayı sağlayabilir. Dine bağlılık bakım verenlerin stres ve kendini suçlama hislerini azaltabilir. Eğer dine bağlılık Afrika kökenli Amerikalılarda daha güçlüyse, bakım verme yükünde ırksal farklılıklar için hesaba katılmalıdır. Stueve ve ark.(1997) yaptıkları çalışmada diğer çalışmalara benzer şekilde siyah bakım verenlerde algılanan yük, beyaz akranlarına göre daha az bildirilmektedir. İspanyol bakım verenlerde algılanan yük, beyaz akranlarına benzer olarak tesbit edilmiştir.

Başbüyük (2004), Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların evdeki bakım konusunda aile üyelerinin yaşadığı güçlükler ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmek amacı ile bir çalışma yapmıştır. Ailelerin hasta ile ilgili dile getirdikleri güçlüklerin başında; hastanın kontrol edilemeyen davranışlar göstermesi (%90.9), kendilerine ve başkalarına zarar vermesi (%54.5), ilaçlarını kullanmak istememesi (%39.1), komşulardan utanma-çekinme (%32.7), öz bakım yetersizliği (%23.6), ailenin bıkkınlık yaşaması (%21.5), hastanın ekonomik bağımlı oluşu (%17.3), ailenin kendini suçlu hissetmesi (%14.5) ve ailenin gelecek kaygısı (%6.4) yer almaktadır.

Genel olarak aile üyelerinin stresle baş etmede “kendine güvenli yaklaşım” içinde oldukları görülmektedir. Kadınlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda çaresiz ve boyun eğici yaklaşım daha fazla görülmektedir. Aile üyelerinin olumlu ve olumsuz baş etme yöntemlerini birlikte kullandıkları belirlenmiştir. Bununla birlikte bıkkınlık duygusu yaşayan, hastası fazla sigara kullanan aile üyelerinde iyimser yaklaşımın daha az, boyun eğici yaklaşımın daha fazla olduğu görülmüştür. Ekonomik bağımlılığı olan hastaların ailelerinde “kendine güvenli yaklaşım” düşük bulunmuştur.

İnanç (1999)'a göre özürli bir çocuğa sahip olma, babalar için bir stres kaynağıdır. Bu strese yol açan nedenler maddi zorluklar, duygusal gerilim ve sosyal etkinliklerde kısıtlanma olarak sayılabilir. Genellikle babalar streslerini paylaşmak ve duygularıyla baş etmede yardım almaya annelerden hem daha az istekli olup, hem de bu konuda az fırsata sahiptirler.

Canive ve ark. (1996) yaptıkları araştırmada annelerle kıyasladığında babaların hastalığın sonuçları, hastalığın aile üzerindeki mali ve sosyal etkisi ve hastanın davranışından duyulan üzüntü konusunda daha iyimser bir yaklaşım benimsediklerini bulmuşlardır. Cook ve ark. (1992) mali kaynakları iyi olan ailelerde kronik hastalığı olan çocukla baş etme biçimleri, daha az mali kaynakları olanlara nazaran daha iyidir.

Perlck ve ark. (2004), Duygu durum bozuklukları olan hastaların yakınlarında bakım verici yükünün, hastaların sonucunu ve sağlık hizmeti kullanımını nasıl etkilediğini incelemiştir. Öznel yük açısından bakıldığında bakım verenlerdeki yüksek zorlanmanın hastalarda daha fazla olumsuz sonuçlara neden olduğu tesbit edilmiştir.

Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların yakınlarında bakım verici yükü ve bazı başa çıkma stilleri karşılaştırılmaya çalışılmıştır. Şizofreni hastasına bakım verenlerde hastalık değişkenleri, yük, algılanan sosyal destek, nevroitiklik araştırılmıştır. Hastanın işlev kaybının yüksek düzeyde olması, bakım verenin yükü, kontrol algısının düşüklüğü karşılaştırıldığında iki grup arasında önemli bir farklılık bulunmamıştır. Her iki grubun kullandığı başa çıkma modelleri benzerdir. Şizofreniye bakım verenler sıklıkla duygusal odaklı başa çıkma stratejilerini kullanmaktadır. Bakım verenin cinsiyeti, hastanın işlev kaybı, bakım verenin nevroitikliği başa çıkma modelleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların yakınlarında başa çıkma stratejileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (Nehra ve ark. 2005).

#### **1.1.14. Sosyal Destek**

Sosyal desteğin tanımı ve işleyişi konusunda görüş ayrılıkları olmakla birlikte genel olarak bireye çevresindeki insanlar tarafından yapılan yardım olarak tanımlanır. Kriz ve emosyonel gerginlik durumlarında bireyler, doğal yardımcı olarak görülen aile üyelerine dayanma gereksinimindedir. Bu formel olmayan yardımcıların oluşturduğu destek ağı bireyin uyum süreci ve sağlığı üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Çakır ve Palabıyıköğlü 1993).

1970'li yılların sonunda stresin zararlı etkilerinden korunmada sosyal bağların rolü vurgulanmış, sosyal destek, ruhsal ve bedensel sağlık ilişkisini inceleyen çalışmalar hızla artmıştır ( Kessler ve ark. 1985, Zimet ve ark. 1985). Coyne ve Downey (1991) de yakın zamanda sosyal destek konusunda yapılan çalışmalarda ilginin çevreden alınan desteğin nasıl algılandığına yöneldiğini belirtmiştir ( Çakır ve Palabıyıköğlü 1993; Eker ve ark. 2001).

Doğal destek sistemlerinin psikolojik sorunların çözümlerini kolaylaştırma veya zorlaştırmada önemli rol oynadıkları bilinmektedir. Araştırmacılar desteğe ihtiyacı olan kişilere bakmanın bakan kişiler üzerinde yaratabileceği yük ve strese de dikkat çekmektedirler. Cochrane ve ark. (1997), uzun süre destek verenin (eş gibi), duygusal açıdan tükenebileceğini belirtmişlerdir. Cook ve ark.(1997), akıl hastası aileleri ile yapılan çalışmaları tartışırken, yalnızca bakımla yakından ilgilenenlerin değil, çok geniş ölçekteki kişilerinde etkilendiğini bildirilmişlerdir. Hastalar ve desteğe ihtiyacı olanlar kadar, desteği verenlerin kendilerinin de sosyal desteğe ihtiyaç duydukları açıktır ve bu da sosyal destek kavramının önemini arttırmaktadır.

#### **1.1.15. Şizofreni Hastasına Bakım verenlerde Sosyal Destek**

Sosyal destek rahatsızlığın iyileşmesini artırıcı olumlu bir faktördür. Sosyal destekten anlamamız gereken ise hastaya somut yardımda bulunurken, daha az somut duygusal destek verilmesi ve bunun yanında benlik saygısının güçlendirilmesidir ( Ebrinç ve ark. 2001 ).

Dünya Sağlık Örgütü'nün çeşitli geniş çaplı araştırmaları şizofreninin başlama yaşı ne olursa olsun, fakir ülkelerde sınırlı sağlık hizmetlerine karşın aile ve toplumların daha iyi destek sağlaması nedeniyle daha iyi bir seyre sahip olduklarını göstermiştir. Gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerdeki 2 yıllık takip çalışmalarının sonunda gelişmiş ülkelerde prognozun daha kötü olduğu görülmektedir. Gelişmiş ülkelerde prognozu kötü olan olguların oranı %40 iken, az gelişmiş ülkelerde bu oran %24'dür. Az gelişmiş ülkelerin şizofrenleri uzun takip devrelerinde hem daha seyrek relaps göstermekte hem daha uzun süre remisyonda kalmaktadır. Bunun nedenlerinden birisi az gelişmiş ülkelerdeki spontan destek sistemidir. Geniş aile yapısı ve nüfusun kırsal kesimde yoğunlukta olması spontan destek sisteminin en önemli iki ayağıdır. Örneğin; Nijeryalı şizofren hastaların %58'i ve Hintli hastaların %51'inde tek bir psikotik epizod sonrası tam remisyon gözlenirken, bu oran Danimarka'lı hastalarda sadece %6 olarak tesbit edilmiştir (Ceylan,1993).

Ebrinç ve ark. (2001), şizofren hasta ve ailelerinde yaptıkları çalışmada, Duygu Dışavurumu düşük grupta Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği aile ve arkadaş alt ölçek puanlarının daha Duygu Dışavurumu yüksek olan gruba göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır.

Gelişmekte olan ülkelerde geniş aileler hastalığın yükünü paylaşım yüküyle azaltmalarına karşın Batı toplumlarındaki çekirdek aileler, hastanın yükünü kaldıramamaktadır. Ayrıca batılı ülkelerin kırsal kesimlerinde ve gelişmekte olan ülkelerde yaşayan insanlarda "kontrol odağı" sıklıkla dışarıdadır. Kontrol merkezi dışarıda olan kişilerin hastalarını hastalıktan dolayı sorumlu tutmadıkları ve suçlamadıkları belirtilmiştir ( Abidin, 1999; Taktak 2000).

Magliano ve ark.2005, şizofreni (n=709) veya uzun dönemli fiziksel hastalığı olan (n=709) hastaların ailelerinde bakım yükü ve sosyal ağları karşılaştırmışlar ve şizofreni hastalarında daha fazla öznel yük yanında daha düşük sosyal destek ve acil durumlarda daha az destek olduğunu bulmuşlardır. Düşük sosyal destek bildirenlerde bakım verenin yükü anlamlı olarak fazla bulunmuştur .

Hastalığı kabullenmek yerine yıllarca hastalık yokmuş gibi yaşamaya çalışmak, hastalığın boyutlarını farkına varmaksızın yaşamak, zaten yaşamak zorunda kalınacak birtakım zorluklara yeni zorluklar eklenmesine yol açar. Hastalığı gizlemeye çabalamak ailenin dostlarından ve arkadaş çevresinden kopmasına yol açacaktır. Aile hastasını gizleyince kendisini de gizlemek durumunda kalır ve kendisini suç sahibi bir aile gibi hissetmeye başlar. Her şeyi olduğu gibi kabullenmek ve çevreye olduğu gibi aktarmak sosyal destek almayı kolaylaştıracaktır (Yıldız, 2005).

Şizofreni gibi süreğen bir hastalığa sahip olmak bazen aile içerisinde pek dışa vurulmayan, içten içe aileyi kemiren bir öfkeye neden olabilir. Bu öfke eğer zamanında çözümlenmezse ebeveynler ve eşlerde depresyona yol açabilir. Hastalık ve hastayla ilgili duyguların da açıkça konuşulmasında ve birikmiş duyguların boşaltılmasında fayda vardır. Bunu aileler kendi kendilerine yapabilecekleri gibi doktorlarıyla ya da terapistleriyle konuşarak da halledebilirler. Bir diğer yol da şizofrenili hastası olan ailelerin örgütlenerek dayanışmaları ve düzenli toplantılarla hem genel sorunlarına çare aramaları hem de kendi duygusal sorunlarını çözmeye çalışmalarıdır (Yıldız, 2005).

## BÖLÜM 2

### YÖNTEM

Yukarıda aktarılan yaklaşımlar ve araştırma soruları çerçevesinde EK 1'deki ölçekler kullanılarak, toplam 100 bakım verenle çalışılmıştır. Bu bölümde, katılımcıların demografik özellikleri, ölçeklerin özellikleri, ölçeklerin uygulanmasında izlenen yöntemler aktarılmaktadır.

#### 2.1. Katılımcılar

Bu araştırma tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır. Bu çalışmanın olgu grubunu oluşturan bireyler Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

- \* Genel Psikiyatri Servislerinin birimlerine ait polikliniklerde
- \* Gündüz Hastanesi Rehabilitasyon Merkezinde hastalığın remisyon döneminde ayaktan tedavi görmekte olan
- \* Kliniklerde hastalığın akut alevlenme döneminde yatarak şizofreni tanısı ile izlenen hastaların yakınları arasından seçilmiştir.

Çalışma, Kasım 2006 ile Mart 2007 tarihleri arasında 100 hasta yakını ile gerçekleştirildi. Ölçekler birebir uygulayıcı tarafından doldurulmuştur. Görüşmeler yaklaşık 1 saat sürmüştür. Çalışmaya alınan hasta yakınları çalışmanın amacı ve yöntemi hakkında aydınlatılmış olup kendilerinden imzalı bilgilendirilmiş onayı alınmıştır.

#### **Araştırma Katılımcılarının Özellikleri:**

#### **Hasta yakınları için aranan koşullar;**

Hasta ile yaşıyor olmak

(18-65) yaş arası olmak.

Psikiyatrik tedavi görececek düzeyde aktif bir hastalığı bulunmamak.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak.

Okur-yazar olmak.

### **Hasta yakınları için dışlama ölçütleri**

Ölçeği uygulamaya engel bedensel ve ruhsal bir hastalığın olması.

### **2.2. Çalışmanın Hipotezleri**

- 1- Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi nüfussal değişkenler ile yük arasında bir ilişki vardır.
- 2- Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yaş, eğitim düzeyi, medeni durum gibi nüfussal değişkenler ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki vardır.
- 3- Şizofreni hastasına bakım verenlerde yük ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki vardır.
- 4- Şizofreni hastasına bakım verenlerde sosyal destek ile yük arasında bir ilişki vardır.
- 5- Şizofreni hastasına bakım verenlerde sosyal destek ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki vardır.
- 6- Şizofreni hastasına bakım verenlerde başa çıkabilme becerileri ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki vardır.
- 7- Şizofreni hastasına bakım verenlerde başa çıkabilme becerileri ile yük arasında bir ilişki vardır.

### **2.3. Uygulama**

Şizofreni hastası olan ve çalışmaya katılmayı kabul eden ailelerle yüz yüze görüşme sırasında anket uygulandı.



Anket formundaki sorular araştırmacı tarafından yüksek sesle okunduktan sonra soru hakkında ayrıntılı açıklama yapılarak katılımcıların soruları daha iyi anlamaları sağlanmaya çalışıldı. Görüşme sırasında hasta yakınlarının ifade ettikleri araştırmacı tarafından aynen yazılarak kaydedildi. Görüşme formalarının doldurulması 1 saat ile 2 saat arasında sürdü. Görüşmenin bir paylaşım ortamı içinde devam etmesi için süre kısıtlamasına gidilmedi.

#### **2.4. Veri Toplama Araçları**

Bakım verenle yüz yüze görüşme sırasında, sosyo-demografik bilgi formu (Ek 1),

#### **2.5. Araştırmada Kullanılan Gereçler**

- 1- Sosyo- Demografik Bilgi Formu
- 2- Zarit Aile Yük Ölçeği
- 3- Maslach Tükenmişlik Envanteri
- 4- Travma Sonrası Gelişim Ölçeği
- 5- Baş Etme Yolları Ölçeği
- 6- Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği,

**2.5.1 Sosyo-Demografik Bilgi Formu:** Hastaların demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır (Ek 1).

**2.5.2. Maslach Tükenmişlik Envanteri:** Maslach ve Burnout tarafından geliştirilmiştir. Toplam 22 maddeden oluşan envanter, tükenmişliği 3 boyutta değerlendirmektedir. Duygusal Tükenme (DT) boyutunda 9, kişisel başarı (KB) boyutunda 8 ve duyarsızlaşma boyutunda ise 5 madde yer almaktadır.

Maslach Tükenmişlik Envanterinde puanlama sonucunda toplam puan ve alt ölçek puanları elde edilmektedir. Alt ölçek puanları, her madde için 0:hiçbir zaman, 4:her zaman olarak değerlendirilerek elde edilmektedir. Duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerinde yüksek, kişisel başarı alt ölçeğinden düşük puanlar

tükenmişlik olarak kabul edilmektedir. Bununla birlikte, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma alt ölçeklerindeki maddeler aynı şekilde, kişisel başarı alt ölçeğindeki maddeler ters puanlanarak ( 0=her zaman, 4=hiçbir zaman) toplam puan elde edilebilmektedir

Ergin (1992) tarafından Türkçe'ye çevrilen envanterin 235 kişilik bir grupla ön uygulaması yapılmış, bu gruptan elde edilen verilerin analizi sonucunda envanterde bazı değişikliklere gidilmiştir. Ölçeğin geçerlilik ve güvenirlik çalışmaları ise Çam (1992) tarafından yapılmıştır. Güvenirlik katsayıları duygusal tükenme .84, duyarsızlaşma -.78, kişisel başarı ise .72'dir. Geçerlik katsayıları ise; duygusal tükenme .46, duyarsızlaşma .79, kişisel başarı .85'dir.(Ek 2)

**2.5.3. Zarit Aile Yük Ölçeği:** Bu skalanın İspanya versiyonu Martin tarafında geliştirilmiştir. 22 sorudan oluşan bu ölçek bakım vermenin fiziksel, akıl sağlığı, sosyal aktivite ve ekonomik kaynaklara negatif etkilerini içermektedir. 5'li likert tipi bir skala olup şiddet derecesi "Asla, kesinlikle hayır" ve "Hemen hemen her zaman" şeklinde derecelendirilmiştir. Toplam skor 22-110 arasında değişmektedir. İç tutarlığı (alfa:0.91). Test tekrar test (0.86.). Convergent validity (0.63) olarak saptanmıştır (Ek 3).

**2.5.4. Travma Sonrası Gelişim Envanteri:** Travmatik olaylar sonrasında insanlarda meydana gelen pozitif değişiklikleri içermektedir. Tedeschi ve Calhoun (1996) tarafından geliştirilen Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (Posttraumatic Growth Inventory), 6'lı ( 0=bu değişikliği yaşamadım; 6=bu değişikliği çok fazla yaşadım) Likert tipi, 21 maddelik bir ölçektir. Ölçeğin ranjı 0-105'tir. Alınan yüksek puan, kişinin travmatik yaşantı sonrasında yüksek düzeyde bir gelişme yaşadığını göstermektedir.

Ölçeğin orijinalinin geliştirildiği çalışmada (Tedeschi ve Calhoun 1996) iç tutarlığının .90 düzeyinde olduğu belirtilmektedir.Test tekrar test güvenirliği için yapılan çalışmada, ise korelasyon katsayısı .71 olarak bildirilmektedir.

Ölçeğin, iyimserlik, dinsel katılım, dışadönüklük, deneyimlere açıklık, uyumluluk ve vicdanlılık gibi değişkenlerle pozitif korelasyonu olduğu belirtilmektedir.Yapılan faktör analizinde 5 alt boyut saptanmıştır:Kişiler arası ilişkilerde olumluluk (7 madde), kendiliğin algılanmasında değişiklikler (4 madde),yaşamın değerini anlama (3 madde), yeni seçeneklerin fark edilmesi (5 madde),inanç sistemindeki gelişim(2 madde).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Kılıç(2006) tarafından gerçekleştirilmiş (Ek 4).

**2.5.5 Baş etme Yolları Ölçeği:** Baş etme yolları ölçeği, bireyin içsel ve dışsal stresli durumlar ile karşı karşıya geldiğinde kullandığı bilişsel ve davranışsal stratejileri tanımlar. Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen ve 1985 yılında yeniden düzenlenen ölçek, başlangıçta 24 maddenin problem odaklı baş etme stratejileri ve 40 maddenin duygusal odaklı baş etme stratejilerini yansıttığı toplam 64 maddeden oluşmuştur. Daha sonra eklenen ve çıkarılan bazı maddelerden sonra 66 maddeden oluşan bir kendi kendini değerlendirme ölçeği olarak yapılandırılmıştır. Ayrıca evet-hayır şeklinde yanıtlanan form, 4 dereceli likert formatına değiştirilmiştir. Ölçek problem odaklı baş etme stratejileri, 6 duygusal odaklı baş etme stratejileri ve bir problem ve duygusal baş etmenin birlikte olduğu 8 alt ölçekten oluşturulmuştur. Bu sekiz alt ölçek, problem odaklı baş etme, mesafe koyma, pozitif yeniden gözden geçirme, sosyal destek arama, umut yüklü düşünceler, kendini suçlama, izolasyon ve gerilimi azaltma gruplarından oluşur. Hiçbir gruba sokulamayan 14 madde çıkarıldıktan sonra ölçek 42 madde haline gelmiştir.

1986 yılında Folkman ve arkadaşları ölçeği 85 evli çifte uyguladılar. Bu çalışmada 50 madde seçildi. Karşıt gelme, mesafe koyma, kendi kendini kontrol etme, sosyal destek arama, sorumluluklarını kabul etme, kaçınma- kaçınma, planlı problem çözme ve pozitif yeniden gözden geçirme şeklinde 8 alt ölçek analiz edildi.

Baş etme ölçeği faktör yapılarında değişikliğin kaçınılmaz olduğu birçok çalışmada kullanılmıştır. Bu değişim, stresli olayların doğasındaki farklılıktan veya kültürel farklılıklardan kaynaklanabilmektedir.

Baş etme ölçeğinin Türkçe çevirisi ve uyarlanması 1988 yılında Siva tarafından yapılmıştır. Türk kültürü ile ilgili olduğu düşünülen kadercilik ve batıl inanç hakkında 8 yeni madde Türkçe çeviriye eklenmiştir. Yapılan faktör analizinde planlı problem çözme, kaçınma, duygusal kontrol, gelişme, kadercilik, çaresizlik, kendini suçlama ve doğaüstü güçlere sığınma şeklinde gruplandırılan 8 faktör gösterilmiştir. 1999 yılında Karancı ve arkadaşlarının, 1995 Dinar depreminden kurtulanlar ile yaptığı çalışmada Baş etme ölçeğinin Türkçe uyarlaması kullanılmıştır. Bu çalışmada ölçek, daha kolay uygulanması amacıyla felaket ve yıkım konusundaki araştırmalarda deneyimli olan iki bilirkişi tarafından 61 maddeye indirilmiştir. Aynı zamanda değerlendirme 3 dereceli likert ölçek(1- hiçbir zaman 2-bazen 3-her zaman) haline getirilmiştir. Yapılan pilot çalışma sonrasında, anlama gücü nedeniyle bir başka maddenin daha ölçekten çıkarılması uygun görülmüştür. Temel bileşenlerle varimax rotasyonlu faktör analizi uygulanmıştır. Sosyal Destek faktörü altındaki ve bu faktörle teorik/kuramsal ilişkisi olduğu düşünülen bir madde haricinde .35 altındaki tüm maddeler ayıklanmıştır. Sonrasında 5 faktör altında toplanmış 50 madde tesbit edilmiştir. Tüm ölçeğin Cronbach alfa güvenilirlik indeksi .76, alt ölçeklerdeki ölçekler arası güvenilirlik indeksi .51 ile .78 arasında bulunmuştur. Beş faktör için elde edilen Cronbach Alfa güvenilirlikleri şu şekildedir: Problem odaklı yaklaşım( $r = 0.75$ ), kadercilik ( $r = 0.78$ ), çaresizlik ( $r = 0.69$ ), sosyal destek ( $r = 0.59$ ) ve kaçınma ( $r = 0.51$ ).

Güneş ve arkadaşları tarafından, 1999 Marmara depreminden sonra yapılan çalışmada, stres düzeyi, baş etme stratejileri ve gelişime bağlı stresin cinsiyet farkı ile ilişkisi ölçüldü (Güneş, 2001). Uygulanan Baş etme ölçeğinin faktör analizi sonucunda problem odaklı yaklaşım ( $r = 0.83$ ), kadercilik ( $r = 0.77$ ), çaresizlik ( $r = 0.73$ ) ve kaçınma yaklaşımı ( $r = 0.55$ ) olmak üzere dört faktör bulunduğu bildirilmiştir.

Bu araştırmada, şizofrene bakım veren ailelerde hangi tür baş etme yollarını, ne sıklıkla kullandıklarını bulmak için, Güneş ve arkadaşlarının çalışmasından elde edilen 42 maddelik Baş etme Yolları Ölçeği kullanılmıştır (Ek 5)

**2.5.6. Algılanan Çok Yönlü Sosyal Destek Ölçeği:**Eker ve Arkar tarafından 1995 yılında Türkçe'ye çevrildi. MSPSS üç farklı kaynaktan alınan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, 12 maddeden oluşan kısa bir ölçektir (Zimet ve ark. 1988). Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır. Faktör analizi bu önerilen yapıyı çeşitli örneklerde desteklemiştir (Kazarian ve McCabe 1991, Zimet ve ark. 1988; Eker ve Arkar 1995). Ölçeğin ve alt ölçeklerin iç tutarlılığı (Kazarian ve McCabe 1991, Zimet ve ark. 1988; 1990, Eker ve Arkar 1995) ve test-tekrar test korelasyonları (Zimet ve ark. 1988) yeterlidir. Geçerlik açısından, MSPSS başka bir sosyal destek ölçeği ve bir benlik kavramı ölçeği ile olumlu yönde (Kazarian ve McCabe 1991) ve depresyon (Kazarian ve McCabe 1991, Zimet ve ark. 1988, Eker ve Arkar 1995) ve anksiyete (Zimet ve ark. 1988, Eker ve Arkar 1995) ölçekleriyle olumsuz yönde korelasyon göstermiştir. Her madde 7-aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. Bu çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Ek 6).

## BÖLÜM 3

### BULGULAR

Çalışma 100 bakım verenle gerçekleştirilmiştir. Bakım verene ilişkin sosyo demografik özellikler Tablo 3.1’de hastaya ilişkin demografik özellikler Tablo 3.2’de gösterilmiştir.

**TABLO 3.1** Bakım verene İlişkin Sosyo Demografik ve Diğer Özellikler

| Değişken                      | n    | %    | Ortalama±Standart Sapma | Aralık |
|-------------------------------|------|------|-------------------------|--------|
| CİNSİYET                      |      |      |                         |        |
| Kadın                         | 71   | 71.0 |                         |        |
| Erkek                         | 29   | 29.0 |                         |        |
| MEDENİ DURUM                  |      |      |                         |        |
| Evli                          | 75   | 71.4 |                         |        |
| Bekar                         | 11   | 10.5 |                         |        |
| Boşanmış                      | 6    | 5.7  |                         |        |
| Dul                           | 8    | 7.6  |                         |        |
| YAŞ                           |      |      |                         |        |
| 50 ve altı                    | 51.0 | 48.6 | 49.51±1.17              | 20-65  |
| 51 ve üstü                    | 49.0 | 46.7 |                         |        |
| ÇOCUK SAYISI                  |      |      |                         |        |
| 3 ve altı                     | 75   | 71.4 | 2.63±1.95               | 0-9    |
| 4 ve üstü                     | 25   | 23.8 |                         |        |
| EVLİLİK SÜRESİ                |      |      |                         |        |
| 24 ve altı                    | 38   | 36.2 | 24.84±13.69             | 0-48   |
| 25 ve üstü                    | 62   | 59.0 |                         |        |
| YAKINLIK DERECESESİ           |      |      |                         |        |
| Baba                          | 15   | 14.3 |                         |        |
| Anne                          | 47   | 44.8 |                         |        |
| Eş                            | 12   | 11.4 |                         |        |
| Çocuk                         | 2    | 1.9  |                         |        |
| Kardeş                        | 19   | 18.1 |                         |        |
| Akraba                        | 4    | 3.8  |                         |        |
| EĞİTİM DURUMU                 |      |      |                         |        |
| Okur yazar                    | 12   | 11.4 |                         |        |
| İlkokul                       | 52   | 49.5 |                         |        |
| Ortaokul                      | 9    | 8.6  |                         |        |
| Lise                          | 17   | 16.2 |                         |        |
| Üniversite                    | 9    | 8.6  |                         |        |
| Üniversite üstü               | 1    | 1.0  |                         |        |
| ÇALIŞMA YAŞANTISI             |      |      |                         |        |
| İşsiz                         | 5    | 4.8  |                         |        |
| Ev hanımı                     | 44   | 41.9 |                         |        |
| Memur                         | 5    | 4.8  |                         |        |
| Öğrenci                       | 2    | 1.9  |                         |        |
| İşçi                          | 5    | 4.8  |                         |        |
| Emekli                        | 33   | 31.4 |                         |        |
| KİŞİ BAŞINA DÜŞEN AYLIK GELİR |      |      |                         |        |
| 15 yıl-300 yıl                | 57   | 54.3 | 283.934-+189.6          | 16-830 |
| 300-600 yıl                   | 29   | 27.6 |                         |        |
| 600-üstü                      | 14   | 13.3 |                         |        |
| TOPLAM                        | 100  | 100  |                         |        |

Katılımcıların yaş uzamı 20-65 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 49.51'dir (ss=11.17). Katılımcıların 71 (%71) kadın, 29 (%29) erkeklerden oluşmaktadır. Medeni durum açısından katılımcıların 75'i (%71.4) evli, 11'i (10.5) bekar, 6'sı (5.7) boşanmış, 8'i (7.6) dul olduğu görülmektedir. Katılımcıların çocuk sayısı uzamı 0-9 arasında değişmektedir ve çocuk sayısı ortalaması 2.63'dür (ss=1.95). Evlilik süresi uzamı 0-48 arasında değişmektedir ve evlilik ortalaması 24.84'dir (ss=13.69). Yakınlık derecesi açısından bakıldığında, katılımcıların 15'i (%14.3) baba, 47'si (%44.8) anne, 12'si (%11.4) eş, 2'si (%1.9) çocuk, 19'u (%18.1) kardeş, 4'ü (%3.8) akrabalarından oluşmaktadır. Eğitim düzeyi incelendiğinde, katılımcıların 12'si (%11.4) okuryazar, 52'si (%49.5) ilkokul, 9'u (%8.6) ortaokul, 17'si (%16.2) lise mezunu, 9'u (%8.6) üniversite mezunu, 1'inin (%1.0) üniversite üstü mezunu olduğu görülmektedir. Katılımcıların çalışma yaşantısı değerlendirildiğinde, 5'i (%4.8) işsiz, 44'ü (%41.9) ev hanımı, 5'i (%4.8) memur, 2'si (%1.9) öğrenci, 5'i (%4.8) işçi, 33'ü (%31.4) emeklilerden oluşmaktadır. Kişi başına düşen aylık gelirleri incelendiğinde, katılımcıların 57'si (%54.3) 15-300 YTL, 29'u (%27.6) 300-600 YTL, 14'i (%13.3) 600 ve üstü YTL olduğu görülmektedir.

**TABLO 3.2 Hastaya İlişkin Sosyo-Demografik ve Diğer Özellikler**

| Değişken   |     | %    | Ortalama ± Standart Sapma | Aralık |
|--|-----|------|---------------------------|--------|
| CİNSİYET   |     |      |                           |        |
| Kadın  | 29  | 27.6 |                           |        |
| Erkek  | 71  | 67.6 |                           |        |
| YAŞ  |     |      |                           |        |
| 33 ve altı   | 57  | 54.3 | 33.20±9.69                | 17-65  |
| 34 ve üstü   | 43  | 41.0 |                           |        |
| HASTALIK SÜRESİ                                      |     |      |                           |        |
| 12 ve altı   | 54  | 51.4 | 12.84±8.07                | 1-30   |
| 13 ve üstü   | 46  | 43.8 |                           |        |
| YATIŞ SAYISI   |     |      |                           |        |
| 5 ve altı  | 80  | 76.2 | 4.55±6.83                 | 0-40   |
| 5 ve üstü  | 20  | 19.0 |                           |        |
| HASTA İLE İLGİLENEN BAŞKA BİR KİŞİ                   |     |      |                           |        |
| Var  | 53  | 50.5 |                           |        |
| Yok  | 47  | 47.0 |                           |        |
| HASTA İLE İLGİLENEN BAŞKA BİR AKRABA                 |     |      |                           |        |
| Yok  | 46  | 43.8 |                           |        |
| Büyük anne/baba                                      | 1   | 1    |                           |        |
| Diğer  | 2   | 1.9  |                           |        |
| Anne/baba  | 35  | 33.3 |                           |        |
| Kardeş   | 12  | 11.4 |                           |        |
| Birden fazla akraba                                  | 2   | 1.9  |                           |        |
| Eş   | 1   | 1    |                           |        |
| Çocuk  | 1   | 1    |                           |        |
| SALDIRGAN DAVRANIŞ                                   |     |      |                           |        |
| Yok  | 22  | 21.0 |                           |        |
| Sözel  | 14  | 13.3 |                           |        |
| Fiziksel   | 16  | 15.2 |                           |        |
| Sözel+fiziksel                                       | 48  | 45.7 |                           |        |
| İNTİHAR DAVRANIŞI                                    |     |      |                           |        |
| Var  | 35  | 33.3 |                           |        |
| Yok  | 65  | 61.9 |                           |        |
| İNTİHAR GİRİŞİMİ                                     |     |      |                           |        |
| Yok  | 65  | 61.9 |                           |        |
| 1  | 19  | 18.1 |                           |        |
| 2  | 11  | 10.5 |                           |        |
| 3  | 2   | 1.9  |                           |        |
| 4  | 2   | 1.9  |                           |        |
| 6  | 1   | 1.0  |                           |        |
| ADLİ SORUN   |     |      |                           |        |
| Var  | 12  | 11.4 |                           |        |
| Yok  | 88  | 83.8 |                           |        |
| HASTALIK ÖNCESİ ÇALIŞMA YAŞANTISI                    |     |      |                           |        |
| Hiç çalışmamış                                       | 27  | 25.7 |                           |        |
| Çalışmış   | 73  | 69.5 |                           |        |
| HASTANIN ŞİMDİKİ İŞ YAŞAMI                           |     |      |                           |        |
| Çalışıyor  | 9   | 8.6  |                           |        |
| Çalışmıyor   | 91  | 86.7 |                           |        |
| AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ                   |     |      |                           |        |
| Var  | 66  | 62.9 |                           |        |
| Yok  | 34  | 32.4 |                           |        |
| AİLEDE PSİKİYATRİK HASTALIK ÖYKÜSÜ OLAN HASTA YAKINI |     |      |                           |        |
| Yok  | 34  | 32.4 |                           |        |
| Birinci Derece Yakınlar                              | 18  | 17.1 |                           |        |
| İkinci ve üçüncü derece yakınlar                     | 39  | 37.1 |                           |        |
| Birinci, İkinci, Üçüncü Derece Yakınlar              | 9   | 8.6  |                           |        |
| TOPLAM   | 100 | 100  |                           |        |



Hastaların özellikleri değerlendirildiğinde yaş uzamı 17-65 arasında değişmektedir ve yaş ortalaması 33.20'dir (ss=9.69) . Hastaların 29'u (%27.6) kadın, 71'i (%67.6) erkeklerden oluşmaktadır. Hastalık süresi 1-30 yıl arasında değişmektedir. Hastalık süresi ortalamasının 12.84 yıl (ss=8.075), yatış sayısı ortalamasının 4.55 (%6.83) kez olduğu anlaşılmıştır. Hastayla sizden başka ilgilenen var mı sorusu sorulduğunda katılımcıların 53'ü (%50.5) böyle bir kişinin olduğunu , 47'si (40.7) böyle bir kişinin olmadığını belirtmiştir. Çalışmaya katılan hasta yakınlarının 1'i (%1.0) büyükannenin, 35'i (33.3) anne ise babanın baba ise annenin, 2'si (%1.9) diğer kişilerin, 12'si (%11.4) kardeşin, 2'si (%1.9) birden fazla akrabasının, 1'i (%1.0) eşin, 1'i (%1.0) çocuğun destek olduğunu belirtmişlerdir. Saldırgan davranışlar açısından değerlendirildiğinde, 22'si (%21.0) göstermemekte, 14'ü (%13.3) sözel, 16'sı (%15.2) fiziksel, 48'i (%45.7) hem sözel hem fiziksel saldırgan davranış göstermektedir. Hastaların 35'inin (% 33.3) intihar girişiminde bulunduğu, 65,2'inin (%61.9) intihar girişiminde bulunmadığı görülmektedir. İntihar girişimi ortalamasına bakıldığında 0.61'dir (ss=1.06). Hastaların 12'si (%11.4) adli sorunu bulunmakta, 88'inin (%83.8) adli sorunu bulunmamaktadır. Hastaların daha önceki çalışma yaşantıları değerlendirildiğinde, 27'si (%25.7) hiç çalışmayanlardan, 73'ü (%69.5) çalışanlardan oluşmaktadır. Şimdiki çalışma yaşantıları incelendiğinde, hastaların 9'u (%8.6) çalışmakta, 91'i (%86.7) çalışmamaktadır. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü açısından değerlendirildiğinde, hastaların 66'sının (%62.9) ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğunu 34'ünün (%32.4) ailesinde psikiyatrik hastalık bulunmadığını belirtmişlerdir. Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunduğunu söyleyen ailelerin 18'i (%17.1) birinci derecede akrabalarında, 39'u (%37.1) hem birinci hem ikinci derecede akrabalarında, 9'u (%8.6) birinci, ikinci, üçüncü derecede akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsünün bulunduğu görülmektedir.

**TABLO 3.3** Hasta Yakınlarının Yük, Tükenmişlik, Travma Sonrası Gelişim, Baş etme yolları ve alt ölçekleri, Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeklerinden Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı

|  | N   | Ort. ± S.S. | Aralık |
|--|-----|-------------|--------|
| Yük Ölçeğinin Toplam Puanı                 | 100 | 60.45±15.41 | 28-97  |
| Tükenmişlik Ölçeği Toplam Puanı            | 100 | 61.44± 8.94 | 42-83  |
| Travma Sonrası Gelişim Toplam Puanı        | 100 | 55.35±19.70 | 5-100  |
| Başa Çıkma Yolları Ölçeğinin Toplam Puanı  | 100 | 100.43±7.56 | 85-116 |
| Problem Odaklı Baş etme Alt Ölçeği         | 100 | 42.82±4.31  | 28-51  |
| Kaderci Yaklaşım Alt Ölçeği                | 100 | 25.64±3.10  | 17-30  |
| Çaresizlik Alt Ölçeği                      | 100 | 19.71±3.35  | 10-27  |
| Kaçınma Alt Ölçeği                         | 100 | 12.26±1.55  | 9-17   |
| Algılanan Çok Boyutlu Sosyal Destek Ölçeği | 100 | 52.58±18.30 | 12-84  |

Bu çalışmaya katılan bakım verenlerin yük ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 60.45'dir. En az 28 puan alınmış, en yüksek 97 puan alınmıştır. Bakım verenlerin tükenmişlik ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 61.44'dür. En az 42 puan alınmış, en yüksek 83 puan alınmıştır. Travma sonrası gelişim ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 55.35'dir. En az 5 puan alınmış, en yüksek 100 puan alınmıştır. Bu çalışmaya katılan 100 bakım verenin başa çıkma ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 100.43'dür. En az 85 puan alınmış, en yüksek 116 puan alınmıştır. Problem odaklı başa çıkma ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 42.82'dir. En az 28 puan alınmış, en yüksek 51 puan alınmıştır. Kaderci yaklaşım alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 25.64 'dür. En az 17 puan alınmış, en yüksek 30 puan alınmıştır. Çaresizlik alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 19.71'dir. En az 10 puan alınmış, en yüksek 27 puan alınmıştır. Kaçınma alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları 12.26'dir. En az 9 puan alınmış, en yüksek 17 puan alınmıştır. Bakım verenlerin sosyal destek ölçeğinden aldıkları puan ortalaması 52.58'dir. En az 12 puan alınmış, en yüksek 84 puan alınmıştır.

Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren kişilerin sosyo demografik özelliklerinin, yüklerinin, tükenmişliklerinin, başa çıkma tarzlarının, sosyal desteklerinin travma sonrası gelişimlerinin düşük yada yüksek oluşuna göre nasıl değiştiğini araştırmak amacıyla önce bakım verenlerin travma sonrası gelişim ölçeğinden aldıkları puanlar ortalamadan ikiye bölünmüş (Ort = 55.35; S=19.704) ve travma sonrası gelişim düşük ve yüksek olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Süreksiz değişkenler için İlişkisiz Grup T testi ve kategorik değişkenler için Ki-kare testi uygulanmıştır.

**TABLO 3.4** Travma Sonrası Gelişimi Düşük Olanlarla Yüksek Olanlar Arasında Sosyo-Demografik Farklılıklar

| Değişken                              | G (-) Ortalama | G (+) Ortalama | p      |
|---------------------------------------|----------------|----------------|--------|
| Bakım verenin Yaşı                    | 52.51          | 47.71          | .046   |
| Çocuk Sayısı                          | 2.87           | 2.41           | .244   |
| Evlilik Süresi                        | 27.25          | 22.69          | .096   |
| Kişi Başına düşen aylık gelir         | 329.14         | 311.56         | .708   |
| Hastanın Yaşı                         | 35.36          | 31.28          | .035   |
| Yatış Sayısı                          | 4.74           | 4.37           | .790   |
| Hastalık Süresi                       | 13.76          | 12.01          | .282   |
| İntihar Sayısı                        | 0.59           | 0.62           | .900   |
| <b>BAKIMVERENİN CİNSİYETİ</b>         |                |                |        |
| Kadın                                 | 31             | 40             | .295** |
| Erkek                                 | 16             | 13             |        |
| <b>HASTANIN CİNSİYETİ</b>             |                |                |        |
| Kadın                                 | 13             | 16             | .781** |
| Erkek                                 | 34             | 37             |        |
| <b>HASTA İLE İLGİLENEN BAŞKA KİŞİ</b> |                |                |        |
| Var                                   | 24             | 29             | .715** |
| Yok                                   | 23             | 24             |        |
| <b>İntihar Girişimi</b>               |                |                |        |
| Var                                   | 17             | 18             | .817** |
| Yok                                   | 30             | 35             |        |
| <b>Saldırgan Davranış</b>             |                |                |        |
| Var                                   | 35             | 43             | .422** |
| Yok                                   | 12             | 10             |        |

|                                    |    |    |        |
|------------------------------------|----|----|--------|
| Adli Sorun                         |    |    |        |
| Var                                | 5  | 7  | .693** |
| Yok                                | 42 | 46 |        |
| Hastalık Öncesi Çalışma            |    |    |        |
| Var                                | 34 | 39 | .889** |
| Yok                                | 13 | 14 |        |
| Hastanın Şimdiki İş yaşamı         |    |    |        |
| Var                                | 2  | 7  | .118** |
| Yok                                | 45 | 46 |        |
| Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü |    |    |        |
| Var                                | 35 | 31 | .092** |
| Yok                                | 12 | 22 |        |
| MEDENİ DURUM                       |    |    |        |
| Evli olanlar                       | 36 | 39 | .729** |
| Evli Olmayanlar                    | 11 | 14 |        |
| EĞİTİM DURUMU                      |    |    |        |
| Okuryazar, ilkokul, ortaokul       | 33 | 40 | .554** |
| Lise, üniversite, üniversite üstü  | 14 | 13 |        |
| HASTA ile YAKINLIK DERECESESİ      |    |    |        |
| Anne                               | 20 | 27 | .458** |
| Diğerleri                          | 26 | 26 |        |
| ÇALIŞMA YAŞANTISI                  |    |    |        |
| Çalışmayanlar                      | 17 | 27 | .137** |
| Çalışanlar                         | 30 | 26 |        |

**\*\* Ki-kare**

Travma sonrası gelişimi yüksek olan bakım verenlerle düşük olan bakım verenlerin yaşları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < .05$ ). Genç bakım verenlerde ( $\bar{X} = 52,51$ ) yaşlı bakım verenlere ( $\bar{X} = 47,71$ ) göre gelişim daha yüksektir. Travma sonrası gelişimi yüksek bakım verenlerle ( $\bar{X} = 2,41$ ) düşük bakım verenler ( $\bar{X} = 2,87$ ) arasında çocuk sayısı açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > .05$ ). Travma sonrası gelişimi yüksek olan bakım verenlerle ( $\bar{X} = 22,69$ ) düşük bakım verenler ( $\bar{X} = 27,25$ ) arasında evlilik süresi açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > .05$ ). Travma sonrası gelişimi yüksek olan bakım verenlerle ( $\bar{X} = 311,56$ ) düşük olan bakım verenler ( $\bar{X} = 329,14$ ) arasında kişi başına düşen aylık gelir açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p > .05$ ). Travma sonrası gelişimi yüksek olan bakım verenlerin hastalarının yaşı ( $\bar{X} = 31,28$ ) travma sonrası gelişimi düşük olan bakım verenlerin hastalarının yaşı ( $\bar{X} = 35,36$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p < .05$ ). Genç hastalara bakım verenlerde travma sonrası

gelişim daha yüksektir. Yatış sayısı açısından da travma sonrası gelişimi yüksek olan bakım verenlerle ( $\bar{X}=4,37$ ) düşük olan bakım verenler ( $\bar{X}=4,74$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Hastalık süresi açısından travma sonrası gelişimi yüksek olanlarla ( $\bar{X}=12,01$ ) gelişimi düşük olanlar ( $\bar{X}=13,76$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). İntihar sayısı açısından travma sonrası gelişimi yüksek olanlarla ( $\bar{X}=0,62$ ) gelişimi düşük olanlar ( $\bar{X}=0,59$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Bakım verenin cinsiyeti ve hastanın cinsiyeti açısından travma sonrası gelişimi yüksek olanlarla düşük olanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $P>05$ ). Hasta ile ilgilenen başka kişinin olduğunu söyleyen ailelerle yalnız olduğunu söyleyen aileler arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Hastaları intihar girişiminde bulunmuş ailelerle bulunmamış aileler arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Hastaları saldırganlık davranışı gösteren ailelerle saldırganlık davranışı göstermeyen aileler arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Adli sorunu olan hastalara bakım veren ailelerle adli sorunu olmayan hastalara bakım veren aileler arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Hastalık öncesi çalışan hastaların aileleri ile çalışmayan hastaların ailelerin arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Şimdi çalışan hastaların aileleri ile çalışmayan hastaların aileleri arasında da travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olan ailelerle olmayan aileler arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Evli olan hasta yakınları ile olmayan hasta yakınları arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Okuryazar ve ilköğretim mezunu olan hasta yakınları ile lise, üniversite ve üstü mezunları olan hasta yakınları arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Annelerle diğer bakım verenler arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Çalışmayanlarla ve çalışanlar arasında travma sonrası gelişim açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ).

**TABLO 3.5** Travma Sonrası Gelişimi Yüksek Olanlarla Düşük Olanların Diğer Ölçek Toplam Puanları ile İlişkisinin Değerlendirilmesi

|                              | G(-)<br>Ort.±S.S. | G(+)<br>Ort.±S.S. | p    |
|------------------------------|-------------------|-------------------|------|
| Yük Ölçeği Ort+-Ss           | 59.46±17.78       | 61.32±13.06       | .551 |
| Tükenmişlik Ölçeği Ort+-Ss   | 59.63±8.13        | 63.03±9.38        | .057 |
| Başa Çıkma Becerileri Ölçeği | 98.12±7.85        | 102.47±6.71       | .004 |
| Sosyal Destek Ölçeği         | 49,89±18.07       | 54,96±18.34       | .168 |

Travma sonrası gelişimi düşük ( $\bar{X}=59,46$ ) olan bakım verenlerle travma sonrası gelişimi yüksek olan bakım verenlerin ( $\bar{X}=61,32$ ) yükleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>05$ ). Travma sonrası gelişimi düşük olan bakım verenlerle ( $\bar{X}=59,63$ ) travma sonrası gelişimi yüksek olan bakım verenlerin ( $\bar{X}=63,03$ ) tükenmişlikleri açısından anlamlıya yakın bir farklılık bulunmaktadır ( $p>05$ ). Travma sonrası gelişimi düşük olan bakım verenlerle ( $\bar{X}=98,12$ ) travma sonrası gelişimi yüksek olan bakım verenlerin ( $\bar{X}=102,47$ ) başa çıkma becerileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<05$ ). Travma sonrası gelişimi düşük bakım verenlerle ( $\bar{X}=49,89$ ) travma sonrası gelişimi yüksek bakım verenler ( $\bar{X}=54,96$ ) sosyal destek açısından anlamlı bir farklılık göstermemektedir ( $p>05$ ).

**Tablo 3.6** Yük'ün Sosyo-Demografik Değişkenler ile Korelasyonları

|                  | Bakım verenin Yaşı | Evlilik Süresi | Hastanın Yaşı | Hastalık Süresi | Yatış Sayısı | İntihar Sayısı | Kişi Başına Düşen Aylık Gelir |
|------------------|--------------------|----------------|---------------|-----------------|--------------|----------------|-------------------------------|
| Yük Toplam Puanı | -.309              | -.022          | .046          | .107            | .039         | .056           | -.410**                       |

\* $p<05$  \*\* $p<01$

Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım verenlerde yük ve demografik değişkenler arasındaki ilişki sürekli değişkenler için Pearson Korelasyon katsayısı ve süreksiz değişkenler için İlişkisiz Grup T testi ile hesaplanmıştır. Tablo 6’da görüldüğü gibi, bazı demografik değişkenlerle yük toplam puanı arasındaki ilişkiye bakıldığında, yük ile bakım verenin yaşı ( $r=-.309$   $p>.05$ ); evlilik süresi ( $r=-.022$   $p>.05$ ) arasındaki ilişki olumsuz yöndedir ve istatistiksel açıdan anlamlı değildir. Yük ile hastanın yaşı ( $r=.046$   $p>.05$ ), hastalık süresi ( $r=.107$   $p>.05$ ), yatış sayısı ( $r=.039$   $p>.05$ ), intihar sayısı ( $r=.056$   $p>.05$ ) arasındaki ilişkinin ise istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı görülmektedir. Kişi başına düşen aylık gelir ile yük arasında beklendiği gibi olumsuz yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r=-.410$   $p<.05$ ).

**Tablo 3.7** Yük ile Demografik Değişkenler Arasındaki İlişkiler

|                                    | <b>N</b> | <b>Ortalama±SS</b> | <b>P</b>    |
|------------------------------------|----------|--------------------|-------------|
| Bakım Verenin Cinsiyeti            |          |                    | <b>.028</b> |
| Kadın                              | 71       | 62.56±15.45        |             |
| Erkek                              | 29       | 55.27±14.28        |             |
| Hastanın Cinsiyeti                 |          |                    | <b>.215</b> |
| Kadın                              | 29       | 57.44±2.99         |             |
| Erkek                              | 71       | 61.67±1.78         |             |
| İntihar Girişimi                   |          |                    | <b>.853</b> |
| Var                                | 35       | 60.05±15.88        |             |
| Yok                                | 65       | 60.66±15.27        |             |
| Saldırgan Davranış                 |          |                    | <b>.123</b> |
| Var                                | 78       | 61.67±15.55        |             |
| Yok                                | 22       | 56.09±14.40        |             |
| Adli Sorun                         |          |                    | <b>.365</b> |
| Var                                | 12       | 64.25±19.06        |             |
| Yok                                | 88       | 59.93±14.90        |             |
| Hastalık Öncesi Çalışma            |          |                    | <b>.539</b> |
| Hiç Çalışmamış                     | 27       | 62.00±15.10        |             |
| Çalışmış                           | 73       | 59.87±15.59        |             |
| Şimdiki İş yaşamı                  |          |                    | <b>.205</b> |
| Çalışıyor                          | 9        | 54.77±12.92        |             |
| Çalışmıyor                         | 91       | 61.01±15.58        |             |
| Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü |          |                    | <b>.940</b> |
| Var                                | 66       | 60.36±15.07        |             |
| Yok                                | 34       | 60.61±16.27        |             |
| Medeni Durum                       |          |                    | <b>.544</b> |
| Evli                               | 75       | 59.90±14.76        |             |
| Evli olmayanlar                    | 25       | 62.08±17.45        |             |
| Eğitim Durumu                      |          |                    | <b>.165</b> |
| Okur yazar, İlkokul, ortaokul      | 73       | 61.68±15.87        |             |
| Lise, üniversite, Üniversite üstü  | 27       | 57.11±13.82        |             |
| Hasta ile yakınlık derecesi        |          |                    | <b>.122</b> |
| Anne                               | 47       | 62.97±16.01        |             |
| Diğerleri                          | 53       | 58.15±14.78        |             |
| Çalışma Yaşantısı                  |          |                    | <b>.001</b> |
| Çalışmayanlar                      | 78       | 55.96±14.73        |             |
| Çalışanlar                         | 22       | 66.15±14.47        |             |



Kadın bakım verenlerle erkek bakım verenlerin yükleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Kadınlarda yük ( $\bar{X}=62.56$ ), erkeklere ( $\bar{X}=55.27$ ) göre daha fazladır. Kadın hastalarla ( $\bar{X}=57.44$ ) erkek hastalara ( $\bar{X}=61.67$ ) bakım verenlerin yükleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>.05$ ). İntihar girişimi olan hastalara bakım verenlerle ( $\bar{X}=60.05$ ) intihar girişimi olmayan hastalara bakım verenlerin ( $\bar{X}=60.66$ ) yükleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>.05$ ). Saldırgan davranışı olan hastalara bakım verenlerle ( $\bar{X}=61.67$ ) saldırgan davranışı olmayan hastalara bakım verenlerin ( $\bar{X}=56.09$ ) yükleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>.05$ ). Adli sorunu olan hastalara bakım verenlerle ( $\bar{X}=64.25$ ) adli sorunu olmayan hastalara bakım verenlerin yükleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>.05$ ). Hiç çalışmamış hastalara bakım verenlerle ( $\bar{X}=62.00$ ) hastalık öncesi çalışmış hastalara bakım verenlerin ( $\bar{X}=59.87$ ) yükleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Şimdi çalışan bir hastaya bakım verenlerin yükleri ile ( $\bar{X}=54.77$ ) çalışmayan hastaya bakım verenlerin yükleri ( $\bar{X}=61.01$ ) açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>.05$ ). Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olanlara bakım verenlerin yükleri ( $\bar{X}=60.36$ ) ile ailede psikiyatrik hastalık öyküsü olmayanların yükleri ( $\bar{X}=60.61$ ) açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>.05$ ). Evli bakım verenlerin yükleri ( $\bar{X}=59.90$ ) ile evli olmayan bakım verenlerin yükleri ( $\bar{X}=62.08$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>.05$ ). Okuryazar, ilkokul, ortaokul eğitim seviyesinde olan bakım verenlerin yükleri ( $\bar{X}=61.68$ ) ile üniversite ve üstü eğitim seviyesinde ( $\bar{X}=57.11$ ) olanların yükleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>.059$ ). Annenin yükü ( $\bar{X}=62.97$ ) ile diğer bakım verenlerin ( $\bar{X}=58.15$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ( $p>.05$ ). Çalışmayanların yükleri ( $\bar{X}=55.96$ ) ile çalışan bakım verelerin yükleri ( $\bar{X}=66.15$ ) arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ( $p<.01$ ).

Tablo 3.8’de değişkenler arası ilişkiler verilmiştir. Ek 2’de görüleceği üzere Zarit Aile Yük ölçeğinin faktör yapısı incelenmiş ve 5 faktör bulunmuştur. Aşağıda Zari Aile Yük ölçeğinin 5 faktörü, ölçek toplam puanları, alt ölçekler arasındaki ilişkiler gösterilmiştir.

**Tablo 3.8** Değişkenler arası ilişkiler

|  | F1     | F2     | F3    | F4     | F5    | Başa çıkma toplam | Kaçınma alt ölçeği | Çaresizlik Alt ölçeği | Kaderci yaklaşım alt ölçeği | Problem Odaklı Alt ölçek | Sosyal Destek Toplam Puan | Tükenmişlik Toplam Puan | Yük Toplam Puan | Gelişim Toplam Puan |
|--|--------|--------|-------|--------|-------|-------------------|--------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------|
| 1.yük faktör Psikolojik gerginlik ve sosyal ilişkilerde kısıtlanma | 1      | .000   | .000  | .000   | .000  | .141              | .016               | .389**                | .104                        | -.136                    | -.100                     | .514**                  | .600**          | -.112               |
| 2.yük faktör sınırlılık ve gerginlik                               | .000   | 1      | .000  | .000   | .000  | .185              | .204*              | .264**                | .170                        | -.077                    | .131                      | 308**                   | 486**           | -.040               |
| 3.yük faktör sosyal ilişkide kısıtlanma                            | .000   | .000   | 1     | .000   | .000  | -.112             | -.048              | .016                  | -.063                       | -.145                    | -.069                     | .123                    | 409**           | -.111               |
| 4.yük faktör ekonomik yük ve gelecek kaygısı                       | .000   | .000   | .000  | 1      | .000  | .326**            | .103               | .309**                | .169                        | .172                     | .116                      | .099                    | .384**          | .243*               |
| 5.yük faktör Bağımlılık  | .000   | .000   | .000  | .000   | 1     | .248*             | .054               | .157                  | .267**                      | .101                     | -.082                     | 229*                    | 294*            | 273**               |
| Başa çıkma toplam puanı  | .141   | .185   | -.112 | .326** | .248* | 1                 | .475**             | .676**                | .596**                      | .626**                   | .124                      | .353**                  | .328**          | .267**              |
| Kaçınma alt ölçeği   | .016   | .204*  | -.048 | .103   | .054  | .475**            | 1                  | .224*                 | .248*                       | .120                     | .098                      | .144                    | .148            | -.008               |
| Çaresizlik alt ölçeği  | .389** | .264** | .016  | .309** | .157  | .676**            | .224*              | 1                     | .330**                      | .088                     | .021                      | .416**                  | .535**          | .086                |

|                                      |        |        |        |        |        |        |        |        |        |        |       |        |        |        |
|--------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|-------|--------|--------|--------|
| Kaderci yaklaşım alt ölçeği          | .104   | .170   | -.063  | .169   | .267** | .676** | .248** | .330** | 1      | -.021  | -.062 | .416** | .535** | .155   |
| Problem odaklı başa çıkma alt ölçeği | -.136  | -.077  | -.145  | .172   | .101   | .626** | .120   | .088   | -.021  | 1      | .209* | .103   | -.079  | .293** |
| Sosyal destek toplam puanı           | -.100  | .131   | -.069  | .116   | -.082  | .124   | .098   | .021   | -.062  | .209*  | 1     | -.044  | -.008  | .254*  |
| Tükenmişlik toplam puanı             | .514** | .308** | .123   | .099   | .229*  | .353*  | .144   | .416*  | .194   | .103   | -.044 | 1      | .609** | .159   |
| Yük Toplam Puanı                     | .600** | .486** | .409** | .384** | .294** | .328** | .148   | .535** | .255** | -.079  | -.008 | .609** | 1      | .044   |
| Gelişim toplam puanı                 | -.112  | -.040  | -.111  | .243*  | .273** | .267** | -.008  | -.086  | .155   | .293** | .254* | .159   | .044   | 1      |

\* p<.05, \*\* p<.01

Tablo 3.8’da görüldüğü gibi, Zarit yük ölçeği alt ölçeklerine bakıldığında, bakım verenin yaşadığı psikolojik gerginlik, sosyal ve özel yaşamda kısıtlanmalar ile çaresizlik (  $r=.389$   $p<.01$ ), tükenmişlik (  $r=.514$   $p<.01$ ), yük toplam puanı (  $r=.600$   $p<.01$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bakım veren kişinin yaşadığı stres gerginlik, yorgunluk ile kaçınma (  $r=.204$   $p<.05$ ), çaresizlik (  $r=.264$   $p<.01$ ), tükenmişlik (  $r=.308$   $p<.01$ ), yük toplam puanı (  $r=.486$   $p<.01$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bakım veren kişinin sosyal ilişkilerinde yaşadığı kısıtlanmalar ile yük toplam puanı (  $r=.409$   $p<.01$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bakım veren kişinin maddi yükleri ve gelecek kaygıları ile kaçınma (  $r=.326$   $p<.01$ ), çaresizlik (  $r=.309$   $p<.01$ ), yük toplam puanı (  $r=.384$   $p<.01$ ), travma sonrası gelişim (  $r=.243$   $p<.05$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bakım veren kişiye bağımlılık ile başa çıkma puanları toplamı (  $r=.248$   $p<.05$ ), kadercilik (  $r=.267$   $p<.01$ ), tükenmişlik toplam puanı (  $r=.229$   $p<.05$ ), yük toplam puanı (  $r=.294$   $p<.05$ ), gelişim toplam puanı (  $r=.273$   $p<.01$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Baş çıkma toplam puanı ile alt ölçekleri arasında kaçınma (  $r=.475$   $p<.01$ ), çaresizlik (  $r=.676$   $p<.01$ ), kaderci yaklaşım (  $r=.596$   $p<.01$ ), problem odaklı yaklaşım (  $r=.626$   $p<.01$ ) arasında pozitif bir yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Baş çıkma toplam puanı ile yük alt ölçeklerinden maddi yük ve gelecek kaygıları (  $r=.326$   $p<.01$ ), bağımlılık (  $r=.248$   $p<.01$ ), tükenmişlik (  $r=.353$   $p<.01$ ), yük toplam puanı (  $r=.328$   $p<.01$ ), gelişim toplam puanı (  $r=.267$   $p<.01$ ) arasında pozitif bir yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Kaçınma ile bakım verenin yaşadığı stres, gerginlik, yorgunluk (  $r=.204$   $p<.05$ ) ve başa çıkma toplam puanı (  $r=.475$   $p<.01$ ), çaresizlik (  $r=.224$   $p<.05$ ), kaderci yaklaşım (  $r=.248$   $p<.05$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Çaresizlik ile bakım verenin yaşadığı psikolojik gerginlik, özel ve sosyal yaşamda kısıtlanmalar ( $r=.389$   $p<.01$ ), bakım verenin stresi, gerginliği, yorgunluğu ( $r=.264$   $p<.05$ ), bakım verenin maddi yükü ve gelecek kaygıları ( $r=.309$   $p<.01$ ), kaçınma ( $r=.224$   $p<.05$ ), kadercilik ( $r=.330$   $p<.01$ ), tükenmişlik ( $r=.416$   $p<.01$ ), yük toplam puanı ( $r=.535$   $p<.05$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Kaderci yaklaşım ile bağımlılık ( $r=.267$   $p<.01$ ), başa çıkma toplam puanı ( $r=.676$   $p<.01$ ), kaçınma ( $r=.248$   $p<.01$ ), çaresizlik ( $r=.330$   $p<.01$ ), yük ölçeğinin toplam puanı ( $r=.535$   $p<.01$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Problem odaklı başa çıkma ile başa çıkma toplam puanı ( $r=.626$   $p<.01$ ), sosyal destek ( $r=.209$   $p<.05$ ), travma sonrası gelişim ( $r=.293$   $p<.01$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bakım verenin tükenmişliği ile yük ölçeğinin alt ölçeği olan psikolojik gerginlik, sosyal ve özel yaşamda kısıtlanma ( $r=.514$   $p<.05$ ), stres, gerginlik, yorgunluk ( $r=.308$   $p<.01$ ), bağımlılık ( $r=.229$   $p<.05$ ), başa çıkma toplam puanı ( $r=.353$   $p<.05$ ), çaresizlik ( $r=.416$   $p<.05$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Bakım verenin yükü ile yük ölçeğinin alt ölçekleri olan psikolojik gerginlik, sosyal ve özel yaşamda kısıtlanma ( $r=.600$   $p<.01$ ), stres, gerginlik, yorgunluk ( $r=.486$   $p<.01$ ), sosyal yaşamdaki kısıtlanmalar ( $r=.409$   $p<.01$ ), maddi yük ve gelecek kaygıları ( $r=.384$   $p<.01$ ), bağımlılık ( $r=.294$   $p<.01$ ) ve başa çıkma toplam puanı ( $r=.328$   $p<.01$ ), çaresizlik ( $r=.535$   $p<.01$ ), kaderci yaklaşım ( $r=.255$   $p<.05$ ), tükenmişlik ( $r=.609$   $p<.01$ ) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

Travma sonrası gelişim ile yük ölçeğinin alt ölçekleri olan maddi yük ve gelecek kaygıları ( $r=.243$   $p<.05$ ), bağımlılık ( $r=.273$   $p<.05$ ) ve başa çıkma toplam puanı ( $r=.267$   $p<.01$ ), problem odaklı başa çıkma ( $r=.293$   $p<.01$ ), sosyal destek ( $r=.254$   $p<.05$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

## BÖLÜM 4

### TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı; giriş bölümünde de belirtildiği gibi, şizofreni hastasına bakım verenlerin yükleri ve bakım verme sürecinde yaşanan travma sonrası gelişimin incelenmesidir. Bu amaçla, şizofreni hastasına bakım verenlerde çeşitli demografik değişkenler, tükenmişlik, sosyal destek, stresle başa çıkma değişkenlerinin yük ve travma sonrası gelişim ile ilişkileri ele alınmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın temel amacına ulaşmak üzere yanıtı aranan araştırma sorularına uygun olarak yapılan analizlerden elde edilen bulgular, ilgili yazın çerçevesinde tartışılmaktadır.

#### **4.1. Demografik Değişkenler, Yük, Tükenmişlik , Başa Çıkma Stratejileri ve Sosyal Desteğin Travma Sonrası Gelişim ile İlişkileri**

Bakım verenlerin travma sonrası gelişim ile ilgili ifadeleri ile söze başlamak gerekirse; Onun sayesinde daha farklı bir kadın oldum...Kaderci oldum...İnsanları oğlumdan sonra anladım...Mantığım, inançlarım tek çarem oldu...Kendime güvenim arttı...Genç kızken ağlayamazdım, şimdi en küçük şeye ağlıyorum...Yapabilirim, başarabilirim...Her şeyi beynimle iyileştiriyorum...Güçlendim...Maneviyata döndüm...Umutluyum oğlum iyileşecek...Kolay pes etmemeyi öğrendim...Allah'a daha yakın oldum...O kadar güçlü bir kadını ki...Önceden pasif bir kadındım...Bu satırlar şizofreniye bakım verenlerin kendilik algısında, kişiler arası ilişkilerinde, yaşam felsefesinde yaşadığı değişimin belki de küçük bir kesitini bize sunmaktadır.

Araştırmaya katılan bakım veren kişilerin sosyo-demografik özelliklerinin, yüklerinin, tükenmişliklerinin, başa çıkma tarzlarının, sosyal desteklerinin travma sonrası gelişimlerinin düşük yada yüksek oluşuna göre nasıl değiştiğini araştırmak amacıyla bakım verenlerin travma sonrası gelişim ölçeğinden aldıkları puanlar ortalamadan ikiye bölünmüştür ve travma sonrası gelişimi düşük ve yüksek olmak üzere iki grup oluşturulmuştur. Bu değişkenlerden süreksiz değişkenler İlişkisiz Grup

T testi ile sürekli değişkenler için Ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. İlk olarak demografik değişkenler ile travma sonrası gelişim arasındaki ilişkiye baktığımızda, travma sonrası gelişim üzerinde bakım verenin yaşının etkisi olduğu bulunmuştur. Genç bakım verenlerde yaşlı bakım verenlere göre travma sonrası gelişim ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan analizler sonucunda, hastanın yaşı ile travma sonrası gelişim arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Genç hastalara bakım verenlerde yaşlı hastalara bakım verenlere göre travma sonrası gelişim ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. İlgili yazına bakıldığında genellikle sürecin negatif yönüne vurgu yapılmış, şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim kavramı ele alınmamıştır. Elçi (2004), otistik çocukların aileleriyle yaptığı çalışmada yaş değişkeninin travma sonrası gelişimi anlamlı olarak yordadığını göstermiştir. Bu bulgu araştırma bulgularımızı desteklemektedir.

Travma sonrası gelişimi yüksek bakım verenlerle düşük bakım verenler arasında demografik değişkenler (çocuk sayısı, evlilik süresi, kişi başına düşen aylık gelir, yatış sayısı, hastalık süresi, intihar sayısı, bakım verenin cinsiyeti, hastanın cinsiyeti, hasta ile ilgilenen başka kişi, intihar girişimi, saldırgan davranış, adli sorun, hastalık öncesi çalışma, şimdiki iş yaşamı, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, eğitim durumu, hasta ile yakınlık derecesi, çalışma yaşantısı) açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Özellikle; travma sonrası gelişimi yüksek bakım verenlerle düşük bakım verenler arasında (evlilik süresi, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, çalışma yaşantısı) açısından anlamlı bir farklılık bulunmamakla birlikte diğer demografik değişkenlere göre anlamlıya yakın bir ilişki bulunmuştur. Bu araştırmanın örneklemini oluşturan bakım verenler 100 kişiden oluştuğu için, bu durum bulguların genellenmesinde bir sınırlılık teşkil etmektedir.

Travma sonrası gelişimi yüksek bakım verenlerle düşük bakım verenlerin yükleri, tükenmişlikleri, sosyal destekleri açısından anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Anlamlı sonuçlar bulunmamakla birlikte ortalama değerlerine baktığımızda gelişimi yüksek olanlarda sosyal desteğin, yükün, tükenmişliğin daha yüksek skorlara sahip olduğu göze çarpmaktadır. Literatüre bakıldığında travma sonrası gelişimle bu değişkenlere yönelik bilgilere rastlanmamıştır. Travma sonrası

gelişimi yüksek olan bakım verenlerle travma sonrası gelişimi düşük olan bakım verenlerin başa çıkma becerileri açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Travma sonrası gelişimi yüksek bakım verenlerin daha fazla başa çıkma stratejisi kullandığı görülmektedir. Yapılan görüşmeler de bakım verenlerin hem işlevsel hem işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerinin her ikisini de kullandıkları bize göstermektedir.

Araştırma değişkenlerinin birbiriyle ilişkilerini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda genel olarak tüm değişkenlerin birbiriyle ilişkilerinin beklenen yönde olduğu söylenebilir.

Yük ölçeğinin alt ölçeği olan maddi güçlükler ve gelecek kaygıları ve yük ölçeğinin diğer alt ölçeği olan bakım verene bağımlılık ile travma sonrası gelişim arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Bakım verenlerin gelecek kaygıları ve hastanın bakım verene bağımlılığı arttıkça travma sonrası gelişim de artmaktadır. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde sosyal destek ve problem odaklı başa çıkma ile travma sonrası gelişim arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Literatüre baktığımızda, başa çıkma tarzlarının travma sonrası gelişimle ilişkisini inceleyen araştırmalar, problem odaklı başa çıkmanın travma sonrası gelişimle pozitif ilişkili değişkenler olduğunu ortaya koymuştur (Güneş 2001; Karancı 2000). Acartürk, Aker, Karancı (1999), problem odaklı, iyimser, kaderci yaklaşımın travma sonrası gelişimin önemli yordayıcısı olduğunu göstermiştir. Sosyal destek ile ilgili yazında ise, sosyal desteğin travma sonrası gelişimin ilerlemesinde önemli bir rol oynadığı, kendini ifşa etmek, sosyal destek almakla travma sonrası gelişim arasında yüksek bir ilişkinin bulunduğu bulgusu bu araştırmanın bulgularını doğrulamaktadır. Güneş (2001) ve Karancı (2005)'da sosyal destek algısı ve travma sonrası gelişim arasında pozitif yönde ilişki olduğunu bildirmektedirler. Cordova ve ark. (2001)'de göğüs kanseri hastaların arkadaşları ve aileleri ile bir çalışma yapmışlardır. Bu olayı paylaşan kişilerde travma sonrası gelişim daha yüksek bulunmuştur. Dolayısıyla daha önce yapılmış araştırma bulgularının bu araştırmanın bulgularını desteklediği söylenebilir.



Yük ile travma sonrası gelişim arasında pozitif yönde ancak anlamlı düzeyde olmayan bir ilişki bulunmaktadır. Travma sonrası gelişim ile yük ölçeğinin alt ölçeği olan psikolojik gerginlik ve sosyal yaşamdan kısıtlanma; sinirlilik, gerginlik alt ölçeği ve bir diğer alt ölçeği olan sosyal ilişkilerde kısıtlanma arasında negatif yönde ancak anlamlı düzeyde olmayan bir ilişki bulunmaktadır. Kaçınma ve çaresiz başa çıkma ile travma sonrası gelişim arasında da negatif yönde ancak anlamlı düzeyde olmayan bir ilişki bulunmaktadır. Görüşmeler esnasında hasta yakınlarının ifadelerinden yola çıkacak olursak ‘‘Bu işi kanıksadığım için yapmam gereken sorumluluk, yapmam gerekliliği gibi geliyor...Annesi olarak bakmak mecburiyetindeyim... Artık alıştık... Kime bırakayım ki bırakamam... Mecburuz bakmaya...Çekecek çile diyorsun, olması gerekendir diyorsun...Artık alıştığım için kendimi sıkıntıda hissetmiyorum...Biz olmazsak ne olur...Dilim varmıyor söylemeye...Güvenler zayıfladı...Kabuğuma çekiliyorum...Uzun vadede elim tutunca tamam, elim tutmayınca ne yapacağım...Biz gittiğimizde ona kim bakacak...O bizim çocuğumuz atsan atılmaz, satsan satılmaz...Gücüm yetse bir şeyler yaparım ama gücüm yetmiyor ki...’’ kaçınma, çaresizlik gibi başa çıkma yöntemlerini kullandıkları görülmektedir. Travma sonrası gelişim ile kaderci yaklaşım arasında pozitif yönde ancak anlamlı düzeyde olmayan bir ilişki bulunmaktadır. Bu noktada hasta yakınlarının ifadelerinden yola çıkacak olursak ‘‘Allah büyük yardımcı olur... Kaderci oldum... Allah’tan gelen bir rahatsızlık... Şükrediyorum... Ben kaderciyim... Allah imtihan ediyor diyorum...Kendimi teselli ediyorum...Kaderci biri olmasam sıkıntıma aşırı diyeceğim ama...Kendimi kaptırmıyorum, onu da Allah’a bırakıyorum...Maneviyata döndüm...Allah çok adaletlidir, beni imtihan ediyor diye düşünüyorum...Zaman zaman iyileşir, Allah büyüktür diyorum...’’ kaderci bir yaklaşımında kullanıldığı görülmektedir..

Sonuç olarak; hipotezlerimiz doğrultusunda bazı sosyo demografik özellikler, başa çıkma stratejileri, sosyal destek ile travma sonrası gelişim arasında bir ilişki bulunmuştur. Genç olmanın, genç hastalara bakım vermenin, sosyal desteğin, problem odaklı başa çıkma stratejisini kullanmanın, maddi güçlükler ve gelecek

kaygılarının yüksek olmasının ve hastasıyla bağımlı bir ilişki kurmuş olmanın travma sonrası gelişim ile ilişkili değişkenler olduğu bulunmuştur.

#### **4.2. Demografik Değişkenler, Tükenmişlik ,Travma Sonrası Gelişim, Başa Çıkma Stratejileri ve Sosyal Desteğin Yük ile İlişkileri**

Araştırmaya katılan şizofreni hastasına bakım veren kişilerin demografik özelliklerinin, tükenmişliklerinin, travma sonrası gelişimin, başa çıkma stratejilerinin, sosyal desteğin yük ile ilişkileri değerlendirilmeye çalışılmıştır. Süreksiz değişkenler için Pearson Korelasyon, sürekli değişkenler için İlişkisiz Grup t testi yapılmıştır. İlk olarak demografik değişkenler ve yük arasındaki ilişkiye baktığımızda, bakım verenin yaşı, evlilik süresi ile yük arasında negatif yönde ancak istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde değildir. Hastanın yaşı, hastalık süresi, yatış sayısı, intihar girişimi sayısı ile yük arasında pozitif yönde ancak istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Literatüre baktığımızda, yaşlı hastalara bakım verenlerin yük skorlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur (Thonicroft, 2004). Urizar ve Maldonado tarafından yapılan bir başka çalışmada ise, yaşlı bakım verenlerde ve genç hastalara bakım verenlerde yük daha yüksek bulunmuştur. Bir başka çalışmada, daha genç evlat daha yaşlı evlada göre ebeveynlerle daha çok çatışmakta ve ilişkiler ebeveyn tarafından daha negatif değerlendirilmektedir. Genç hastalara bakım vermek daha fazla yük getirmektedir (Cook ve ark. 1997). Bakım verenin yükünün diğer yordayıcıları arasında hastalık süresi, ikamet durumu, bakım vermeye geçen süre, ruh sağlığı uzmanları ile teması, hastanın kendisine ve başkalarına şiddet uygulaması yer almıştır (Kadri, 2004; Schulze Rössler 2006). Bu araştırmanın sonuçları anlamlı çıkmamakla birlikte; hastalık süresi, hastanın yaşı, intihar sayısı ile yük arasında pozitif ; bakım verenin yaşı, evlilik süresi arasında negatif bir ilişki bulunmuştur. Yukarıda da belirtildiği üzere literatüre baktığımızda bazı araştırmaların bulgularının bu bulguları desteklediği, bazılarının ise bu bulgularla çeliştiği söylenebilir.

Kişi başına düşen aylık gelir ile yük arasında beklenen yönde negatif ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. İlgili yazında, hastanın bakımı ve sağaltımının

ailenin ekonomik durumunu etkilediğini belirtmiştir (Karancı, 1995; Ohaeri 2001). Araştırmaların bulgularının bizim bulgularımızı desteklediği görülmektedir. Bakım verenin cinsiyeti açısından anlamlı bir farklılık bulunmaktadır. Kadınlarda yük erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Kişisel gözlemlerimizden yola çıkacak olursak yukarıdaki araştırma sonuçlarına paralel olarak ülkemizde de hastaların bakımı kadınların üzerine kalmaktadır. Bir diğer bulgu çalışanlarda yük çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Urizar ve Maldonado (2006)'da yaptıkları çalışmada, çalışmayanlarda yükün daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmanın bulguları bizim çalışmamızın bulguları ile çelişmektedir.

Kadın hastalara bakım verenlerin yükleri ile erkek hastalara bakım verenlerin yükleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Bu bulgu, kız evlatların ebeveynlerinin, erkek evlatların ebeveynlerine göre ilişkiden daha memnun olduklarını bildirdikleri görüşü ile çelişmektedir (Cook JA, Cohler BJ, Solomon ML,1997). İntihar girişimi, saldırgan davranışı, adli sorunu olan hastalara bakım verenler ile olmayan hastalara bakım verenlerin yükleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Kjellin (2005), hastanın agresif davranışlarının etkisi üzerinde çalışmış ve hastanın kendisine karşı uyguladığı şiddetin başkalarına karşı uyguladığı şiddetten daha fazla yük getirdiğini ve bunun yanında yakınlarının güvenlik hissi ve yaşam kalitesini azaltan şiddet beklentisinin de yük üzerinde önemli olduğu bulunmuştur (Fischer, 2004). Gülseren (2002)'de yaptığı çalışmada ise, negatif belirtilerin ailelerin yükünü öngörmeye önemli olduğu, saldırgan ve psikotik davranışlardan çok öz bakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların daha fazla yük getirdiğini bildirmiştir. Literatürde de birbiriyle çelişen ve birbirini destekleyen bulgulara rastlanmaktadır. Bu çalışmada, saldırgan davranışı ve adli sorunu olanlara bakım verenlerde yük skorlarının daha yüksek olduğu göze çarpmakla beraber anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Bu durum vaka sayımızın azlığı ile açıklanabilir. Hiç çalışmamış hastalara bakım verenlerle daha önce çalışmış hastalara bakım verenlerde yük daha yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Şimdi çalışan hastalara bakım verenlerde yük, çalışmayan hastalara bakım verenlere göre daha düşük bulunmuş ancak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Bu sonuçlarda vaka sayımızın azlığı ile açıklanabilir. Evli olmayan bakım verenlerde evli bakım verenlere göre yük daha yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatüre baktığımızda da, düşük sosyal destek bildirenlerde bakım verenin yükü anlamlı olarak fazla bulunmuştur (Magliano, 2005). Literatürdeki bulguların bu araştırmanın bulgularını desteklediği görülmektedir. Okur yazar, ilköğretim mezunu olan bakım verenlerde lise, üniversite, üniversite üstü mezunu olan bakım verenlere göre yük daha yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İlgili yazında da, düşük eğitimi olanlarda yükün daha yüksek bulunması bu bulguyu desteklemektedir (Urizar ve Maldonado 2006). Annelerde yük diğer bakım verenlere göre daha yüksek bulunmuş ancak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. İlgili yazında, şizofreni hastasıyla ilgilenmenin bütün sorumluluğunu üzerine alan kişinin anne olduğu ve annelerin yük skorlarının daha yüksek olduğu gözlenmiştir ( Cassıd ve ark. 2001; Urizar ve ark.2006).Vaka sayımızın yeterince evreni temsil etmemesi nedeniyle anlamlı bir ilişki bulunamamış olabilir ancak literatürden elde ettiğimiz bilgilerin bizim yük skorlarımızı desteklediği görülmektedir.

Araştırma değişkenlerinin birbiriyle ilişkilerini belirlemek amacıyla yapılan analiz sonucunda genel olarak tüm değişkenlerin birbiriyle ilişkilerinin beklenen yönde olduğu söylenebilir.

Yük ile çaresizlik, kadercı yaklaşım ve tükenmişlik arasında pozitif yönde ve anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Travma sonrası gelişim kısmında belirttiğimiz şizofreni hastalarına bakım verenlerin kullandığı başa çıkma stratejileri ile ilgili ifadeler (çaresizlik, kadercı yaklaşım) bu bulguyu desteklemektedir. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük arttıkça çaresizlik ve kadercı yaklaşımın da arttığı görülmektedir. Literatüre baktığımızda, şizofreni hastalarına bakım verenlerin sıklıkla duygusal odaklı başa çıkma stratejilerini kullandığı bulunmuştur (Nehra ve ark.2006). Stueve ve ark. (1997), dine bağlılığın bakım verenlerin stres ve kendini suçlama hislerini azaltabileceğini göstermektedir. Gerek bakım verenlerin ifadeleri gerekse literatür bilgileri hasta yakınlarının çaresizlik ve kadercı yaklaşımı kullandığını desteklemektedir.

Yük ile problem odaklı başa çıkma, sosyal destek arasında negatif yönde ancak anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmamaktadır. Vaka sayısının az olması sonuçlarımızın anlamlılığını etkilemektedir. Schulze ve ark (2000), düşük sosyal destek bildirenlerde bakım verenin yükünün anlamlı olarak yüksek olduğuna yönelik sonuçları araştırma sonuçlarımızı doğrulamaktadır.

Yük ile kaçınma ve travma sonrası gelişim arasında pozitif yönde ancak anlamlı düzeyde olmayan bir ilişki bulunmaktadır. Hasta yakınlarının yukarıda da belirttiğimiz gibi ifadelerinden yola çıkacak olursak, işlevsel olmayan başa çıkma yöntemlerini kullandıkları görülmektedir. Yük arttıkça travma sonrası gelişim de artmaktadır. Literatüre baktığımızda, travma sonrası gelişimin olabilmesi için yaşanan olayın belli bir şiddetin üzerinde olması gerekir. Travmanın çok şiddetli olduğu durumlarda, kişi tüm kaynaklarını kaybettiği için gelişim gerçekleşemez. Bu bilgilerden yola çıkacak olursak; travma sonrası gelişim için hastanın yükünün belli bir şiddetin üzerinde olması gerekir. Ancak, yük çok şiddetli olduğunda ise gelişim gerçekleşmeyecek, bakım verenler tüm kaynaklarını kaybettikleri için kendileri ruhsal problemlerle karşı karşıya kalabileceklerdir.

Sonuç olarak; hipotezlerimiz doğrultusunda yük ile bazı sosyo demografik değişkenler, başa çıkma stratejileri arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Kadın olmanın, kişi başına düşen aylık gelirin az olmasının, çalışıyor olmanın, tükenmişliğin, çaresizlik ve kaderci yaklaşımın yük ile ilişkili değişkenler olduğu bulunmuştur.

### **4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler**

1. Bu araştırmanın bulguları, kullanılan ölçeklerin güvenilirliği ile sınırlıdır. Kendini değerlendirme türü ölçeklerle katılımcının öznel değerlendirmesini almanın yarattığı sınırlılık bu araştırma için de geçerlidir.

2. Araştırmanın verilerini toplamak için kullanılan ölçekler araştırmacı tarafından birebir görüşmeler yapılarak doldurulmuştur. Bu noktada hasta

yakınlarının bazıları sosyal beğeniye uygun yanıtlar verme çabası içine girmiş olabilir.

3. Bu araştırmanın örneklemini oluşturan şizofreniye bakım verenler, 100 kişiden oluştuğu için, vaka sayımız bulguların genellenmesinde bir sınırlılık nedenidir.

4. Bu çalışmada elde edilen bulguların, diğer psikiyatrik hastalıklara bakım verenlerde de incelenmesinde yarar vardır.

## KAYNAKÇA

ACARTÜRK, AKER, KARANCI.: 2004. 1999 Marmara Depreminden kurtulanlarda Travma Sorası Gelişimi Yordayan Faktörler. Ruhsal Travma Toplantıları Özet Kitabı.

AKKÖK F.:1997. Farklı özelliği olan çocuk anne babalarının yaşadıkları. Editör Karancı N, Farklılıkla yaşamak. Aile ve Toplumun Farklı Gereksinimleri Olan Bireylerle Birlikteliği. Ankara. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. 9-21.

AMERİKAN PSİKIYATRİ BİRLİĞİ.:1998. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Dördüncü Baskı.Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Çev.Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

ARGIMON JM, LIMON E, VILA J, CABEZAS C.:2005. Health related quality of life caregivers as a predictor of nursing home placement of patients with dementia. Alzheimer Dis.Assoc Disord. 19:41-44.

ARIKAN MK.:1998.Şizofreni Anlamak. 1. Baskı. İmge Kitabevi, Ankara.

ARIETI S.:1994.Bir Şizofrenle Yaşamak.Çeviren:Eti A.1. Baskı.Ekin Yayınları.

ARKONAÇ O.:1996. Psikotik Bozukluklar ve Tedavileri. 1. Baskı.İstanbul. Nobel Tıp Kitabevleri.

ASLANTÜRK Z, AMMAN T.:1999.Kavramlar Kurumlar Süreçler Teoriler; Sosyoloji 363-365.

ATALAY F.Y.:1998. Şizofrenide Sosyodemografik ve Klinik Özellikler Açısından Cinsiyet Farklılıkları, Uzmanlık Tezi. İstanbul.

ATKINSON L, SMITH E, BEM D, NOLEN S.:1999.Psikolojiye Giriş. Arkadaş Yayınları. Ankara.

BAŞIBÜYÜK Ş.: 2004. Psikiyatri servisinde yatan hastaların ailelerinde gözlenen ruhsal semptom düzeyi, yaşadıkları sorunlar ve stresle başa çıkma stratejileri. Uzmanlık tezi. Mersin.

BULUT I.:1990.Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ) El Kiabı.1.Baskı.Ankara:Özgüleş Matbaası.

BULUT I.:1993.Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi, Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müşteşarlığı, Ankara.

CALHOUN L.G., TEDESCHI R.G.: 1998. Beyond recovery from trauma: Implications for clinical practice and research. Journal of Social Issues. 54(2), 357-371.

CALHOUN L.G., CANN A., TEDESCHI G.R., McMILLAN J.: 1998. Traumatic events and generational differences in assumptions about a just world. The Journal of Social Psychology. 138(6), 789-791.

CALHOUN L.G., CANN A., TEDESCHI R.G, McMILLAN J.: 2000. A Correlational Test of Relationship Between Posttraumatic Growth, Religion and Cognitive Processing. Journal of Traumatic Stress. 13(3). 521-527.

CASSIDY E, O'CALLAGHANH.: 2001. Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. Eur Psychiatr.16(8): 446-450.



CANIVE JM, FUENTENEbro JS, VAZQUEZ C ve ark.: 1996. Family psychoeducational support groups in Spain. Parents distress and burden at nine month follow up. *Annals of Clinical Psychiatry*. 8 (2): 71-79.

ÇAM O.: 1992. Tükenmişlik Envanterinin geçerlik ve güvenilirliğinin araştırılması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 155-160.

CEYLAN M.E.: 1993. Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri. 1.Cilt, Birinci Baskı.İstanbul.

ÇİĞERLİ Ö.: 2005. Engelli Çocukların Anne Babalarının Sorunlarla Baş etmelerini Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi. Kocaeli.

COCHRANE JJ, GOERING PN, ROGERS JM.:1997. The mental health of informal caregivers in Ontario: An epidemiological survey. *Am J Public Health*. 87. 2002-2008.

COLLINS R, TAYLOR S, SKOKAN L.:1990. A better world or shattered vision: Changes in life perspectives following victimization. *Social Cognition*. 8. 263-265

COOK JA, HOFFSCHMIDT S, COHLER BJ, PICKETT S.: 1992. Marital satisfaction among parents of the severely mentally ill living in the community. *American J Orthopsychiatry*. 62(4). 552-563.

CORDOVA M, CUNNINGHAM L, CARLSON C, ANDRYKOWSKI M.:2001. Posttraumatic growth following breast cancer: A controlled comparison study. *Health Psychology*. 20(3).176-185.

ÇAKIR Y, PALABIYIKOĞLU R.: 1993. Gençlerde Sosyal Destek Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Geçerlilik ve Güvenirlilik Çalışması. *Kriz Dergisi* 5(1); 15-24.

ÇELİK O.: 1997. Şizofrenik Bozukluklarda Sık Hastaneye Yatışını Etkileyen Faktörler. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

DİRİK G.:2006. Posttraumatic Growth and Psychological distress among Rheumatoid Arthritis patients: An Evaluation within the conservation of reserces theory.Unpublished master's thesis, Middle East Technical University, Ankara, Turkey.

DIXON L., ADAMS, C., LUCKSTED, A. vd.d.:2000. “ Update on family psychoeducation for schizophrenia”.Schizophrenia Bulletin, 26, 5-20.

EBRİNÇ S., ÇETİN M., BAŞOĞLU C., YÜCEL M., SECİL M., CAN S.,ÇOBANOĞLU N.:2001. Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2(1): 5-14.

EKER D, ARKAR H.: 1995. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin faktör yapısı, geçerlilik ve güvenilirliği. Türk Psikoloji Dergisi. 34:45-55.

EKER D, ARKAR H, YALDIZ H.:2001. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği. Türk Psikiyatri Dergisi. 12(1). 17-25.

ELÇİ Ö.: 2004. Predictive values of social support, coping styles and stress level in Posttraumatic Growth and Burnout levels among the parents of children with autism. Master's thesis. Middle East Technical University, Ankara.Turkey.

ERGİN C.: 1992. Doktor ve hemşirelerde tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik ölçeğinin uygulanması. 7. Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları. 143-154.

ERKOÇ Ş, AKER T.:1998. Tarihçe.Editörler:Erkoç Ş, Oral T.Şizofreni Monografı-I. Okyanus Yayın, İstanbul.

FISHER M, KEMMLER G, MEISE U.:2004. Burden Distress quality of life. *Psychiatr Prax.*31:57-59.

FREEDY JR, KILPATRIK DG, RESNICK HS.:1993. Natural disasters and mental health:Theory, assessment and intervention. *Journal of Social Behavior and Personality.*8(5).49-63.

FOLKMAN S.: Coping and Health. Department of Medicine and Center for AIDS Prevention studies. University of California- San Francisco.

FOLKMAN S, LAZARUS RS, DUNKEL-SCHETTER C, DELONGIS A &GRUEN R.:1986. The dynamics of a stressful encounter. *Journal of Personality and Social Psychology.* 50. 992-1003.

GALLAGHER SK, MECHANİC D.:1996. Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. *Soc Sci Med.* 42(12): 1691-1701.

GIBBONS JS, HORN SH, POWELL JM.:1984. Schizophrenic patients and their families a survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *British Journal of Psychiatry;* 144:70-77.

GÜLSEREN, L., TURGUT, S., YAPRAK, S., vd.:1999 “Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapi süreci” *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10, 325-331

GÜLSEREN, L.:2002.‘Şizofreni ve Aile:Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler’ *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13/2, 143-151.

GÜNEŞ, H.:2001.Gender differences in distress levels, coping strategies, stress-related 1999 Marmara earthquake.Unpublished master’s thesis, Middle East Technical University, Ankara, Turkey.

HAZEL NA, MCDONELL MG, SHORT RA, et al.:2004. Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatr Serv.* 55:35-41.

HIRST M.:2005. Carer distress: a prospective, population- based study. *Soc Sci Med*, 61: 697-708.

İNANÇ Y,B.: 1999. Fiziksel Sakatlığı ve Kronik Hastalığı olan çocuklara ve ailelerine Psikolojik yaklaşım. Editör Ekşi A, Ben Hasta Değilim. Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri. 641-654.

JACQUELINE M.A., DENISE AC.: 1995. Families coping with schizophrenia. Chichester. England: John Wiley& Sons.

JENKINS H.J., SCHUMACHER G.J.:1999. Family burden of schizophrenia and depressive illness. *British Journal of Psychiatry* 174. 31-38.

JUNGBAUER J, WITTMUND B, DIETRICH S, ANGERMEYER MC.: 2004. The disregarded caregivers : subjective burdens in spouses of schizophrenia patients. *Schizophr Bull* 30: 665-675.

KADRI N, MANOUDI F, BERRADA S, MOUSSAOUI D.:2004. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Can J Psychiatry.* 49:625-629.

KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J.:2004. Klinik Psikiyatri. Çev. Abay, E., İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri.

KARANCI, N.:1995. "Caregivers of Turkish schizophrenic patients: causal attributions, burdens, and attitudes to help from the professionals." *Soc Psychiatry Epidemiol*, 30,261-268

KARANCI, N.:1997. Şizofren hasta ailelerinin sağlık personelinde beklentileri.Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, Şelale Matbaacılık.

KARANCI N, ALKAN N, AKŞİT B, SUCUOĞLU H, BALTA E.:1999. Gender differences in psychological distress, coping, social support and related variables following the 1995 Dinar (Turkey) earthquake. North American Journal of Psychology, 1(2), 189-204.

KARANCI, N.:2005. Travma Sonrası Gelişim ve yordayıcı faktörler. Uluslar arası Ruhsal Travma Toplantıları IV, Özet Kitabı.

KAZARIAN SS, McCABE SB.: 1991. Dimensions of social support in the MSPSS. Factorial structure, reliability and theoretical implications.J Community Psychol. 19.150-160.

KESİMCİ A.:2003. Perceived social support, coping strategies and stress-related growth as predictors of depression and hopelessness in breast cancer patients. A thesis submitted The Graduate school of social sciences of The Middle East Technical University, Ankara. Türkiye.

KESSLER RC, PRICE RH, WORTMAN CB ve ark.:1985. Social factors in psychopathology: stress, social support and coping processes. Anu Rev Psychol 36: 531-572.

KILIÇ C.:2005. Depremzedelerde travma sonrası gelişimin yordayıcıları. Uluslar arası Travma Toplantıları IV. Özet kitabı.

KIRLI S.: 1999. Psikiyatri ve Yaratıcılık. Psikiyatri ve Sanat Yayınevi.

KJELLIN L, ÖSTMAN M.:2005. Relatives of psychiatric inpatients: do physical violence and suicide attempts of patients influence family burden and participation in care? Nord J Psychiatry. 59:7-11.

KUĞU, N.: 2004. Hasta Yakınının Şizofreniyi Kavrayışı, Duygu dışavurumu, Kaygı Çökkünlük Düzeyleri, Aile İşlevselliği ve Hasta Psikopatolojisinin Algılanışı ile İlişkisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

LAZARUS RS.:1976. Patterns of adjustment. Third Edition. New York: Mc-Graw-Hill.

LEBELL MALCA B, MARDER STEPHEN R, MINTZ JIM, MİNTZ LOIS I.:1993.Patients' Perceptions of Family Climate and Outcome in Schizofrenia. British Journal of Psychiatry. 162, 751-754.

LEFF J, et al. A controlled trial of intervention in families of schizophrenic patients. British J Psychiatry. 141: 121-134.

LINLEY P.A., JOSEPH S., COOPER R., HARRIS S., MEYER C.:2003. Positive and negative changes following vicarious exposure to the September 11 Terrorist Attacks. Journal of Travmatic Stres, 16. 481-485.

MAGLIANO, L.,FADDEN, G., MADIANOS, M. et all:1998 “Burden on the families of patients with schizofrenia: results.of the BIOMED I study.” Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33, 405-415.

MAGLIANO L, FIORILLI A, De ROSA C et all.: 2005. Family burden in long term diseases: a comparative study in schizofrenia vs. psysical disorders. Soc.Sci Med., 61. 313-322

MARSHALL G.:1999.Sosyoloji Sözlüğü, Bilim ve Sanat Yayınları.Ankara.

MCDONELL MG.:2003. Burden in Schizofrenia caregivers: Impact of family psychoeducation awareness of patient suicidality- Families and Couple Research. J Family Process. 42. 91-103.

MORRIS, C.G.:2002 Psikolojiyi anlamak (Psikolojiye giriş). Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Çeviri Editörleri: Belgin Ayvayışık, Melike Sayıl. 492-523.

NECHMAD, A., FENNIG, S., TERNOCHIANO, P., vd.:2000 “Siblings of schizophrenic patients: a review” Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences, 37, 3-11

NEHRA R, CHAKRABARTI S, KULHARA P, SHAMA R.:2005 “Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia”. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40: 329-336.

OHAERI J.:2001. Caregiver burden and psychotic patient’s perception of social support in Nigerian setting. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 36: 86-93.

OLTMANN S, NEALE, DAVISON.:2003. Anormal Davranışlar Psikolojisinde Vak’a Çalışmaları. Çeviri: İhsan Dağ. 1. Baskı. Türk Psikologlar Derneği Yayınları. Ankara.

OVERCASH S.W., CALHOUN G.L., CANN A., TEDESCHI G.R.:1996. Coping with Crises: An examination of the impact of Traumatic Events on Religious Beliefs. The Journal of Genetic Psychology. 157(4), 455-464.

ÖZTÜRK, O.:2001.Ruh Sağlığı ve Bozuklukları.8. Baskı. Ankara:Hekimler Yayın Birliği.

ÖZÜTEK, SZ.: 2002. Şizofrenide Aile ve Hasta Arasındaki Etkileşiminin Hastalık Belirtileri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. Uzmanlık Tezi. İstanbul.

PARK C.L, COHEN L.H, MURCH R.L.: 1996. Assesment and prediction of stres-related growth. Journal of Personality. 64, 71-105.

PERLICK DA, ROSENHECK RA, CLARKIN JF, et al.: 2004. Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatr Serv.* 55: 1029-1035.

PERRY W, MOORE D, BRAFF D.:1995. Gender differences in onset of illness, treatment response, course and biological indexes in first episode schizophrenic patients. *Am.J.PSYCHIATRY* 152:698-703.

PICKETT SA, COOK JA, COHLER BJ, SOLOMON ML.:1997. Positive parent/adult child relationships: impact of severe mental illness and caregiving burden. *American J. of Orthopsychiatry.* 67 (2): 220-230

PINQUART M, SORENSEN S.:2005. Ethnic differences in stressors, resources and psychological outcomes of family caregiving: a meta-analysis. *Gerontologist* 45: 90-106.

PITSCHER-WALZ G, LEUCHT S, BAUML J.:2001. The effects of family interventions on relaps and rehospitalization in schizophrenia : a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27. 73-92.

POSTER M.:1989. Eleştirel Aile Kuramı. Çeviren: Tapınç H. 1. Baskı. Ayrıntı Yayınları. İstanbul.

REINARES M, VIETA E, COLOM F, et al.: 2004. Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychother Psychosom.* 73:312-319.

SAVUNDRANAYAGAM MY, HUMMERT ML, MONTGOMERY RJ.: 2005. Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 60: S48-S55.



SAYIN, Ö.:1990.Aile Sosyolojisi Ailenin Toplumdaki Yeri. Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yay.No:57., İzmir.

SCHULZE B, RÖSSLER W.: 2006. Ruhsal hastalıkta bakım verenin yükü: 2004-2005 'te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirilmesi. Current Opinion in Psychiatry Turkish Edition. Vol 2 No:1.

SHAPIRO, J.: 1983. Family reactions and coping strategies in response to the physically ill or handicapped child: A review. Social Science and Medicine, 17(14), 913-931.

SIVA A.:1988. SBÖ ve KKÖ Faktör analizi ve güvenilirlik çalışması. Yayınlanmamış veri.

SPIEGEL D, TERRY W.:1986.Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization .Am J Psychiatry. 143; 156-160.

SIEGEL K, SCHRIMSHAW E.W.: 2000. Perceiving benefits in adversity: stress-related growth in women living with HIV/AIDS. Social Science and Medicine. 51 (10), 1543-1554.

STALBERG G, EKERWALD H, HULTMAN CM.: 2004. At issue: siblings of patients with schizophrenia: sibling bond, coping patterns and fear of possible schizophrenia heredity. Schizophr Bull. 30: 445-458.

STUEVE A, VINE P, STRUENING EL.:1997. Perceived burden among caregivers of adults with serious mental illness: comparison of black, hispanic and white families. American J. of Orthopsychiatry. 67(2): 199-209.

SUCUOĞLU B., KULOĞLU N.: 1996. Özürlü çocuklarla çalışan öğretmenlerde tükenmişliğin değerlendirilmesi. Türk Psikoloji Dergisi. 10(36). 44-60.

SYMON J.B.: 2001. Parent education for Autism: Issues in providing services at a distance. *Journal of Positive Behavior Interventions*. 3(3), 160-174.

ŞAHİN N.H., DURAK A.:1995. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği: Üniversite Öğrencileri için Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 10 (34): 56-73.

TAKTAK, Ş.:2000.Aile İşlevselliğinin Hasta ve Aile Bireylerine Göre Algılanışı.Uzmanlık Tezi.İstanbul.

TARRIER N, et al.:1988. The community management of schizophrenia. *Br.J Psychiatry*. 153: 532-542.

TAUNT HM, HASTINGS RP.:2002. Positive impact of children with developmental disabilities on their families: A preliminary Study. *Education and Training in Mental Retardation and Developmental Disabilities*. 37(4): 410-420.

TEDESCHI R.G., CALHOUN L.G.: 1996. The posttraumatic growth inventory. Measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 9(3), 455-471.

TEDESCHI, R.G., PARK C.L., CALHOUN L.G.: 1998. Posttraumatic growth: Conceptual issues. In Tedeschi R. G., Park C.L., Calhoun L.G.(Eds). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of the Crisis*. ( pp. 1-23). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

TEZER E., DURMUŞ Y.: 2001. Mizah Duygusu ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişki. *Türk Psikoloji Dergisi*. 16(47). 25-32.

THORNİCROFT G, TANSELLA M, BECKER T et all.:2004.The personal impact of schizophrenia in Europe.*Schizophr Res*. 69:125-132.

TREASURE J.:2004. Review: exploration of psychological and physical health differences between caregivers and non-caregivers. *Evid Based Ment Health*. 7-28.

URIZAR AC, MALDONADO JG.: 2006. Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*. 15: 719-724.

YENER F, YARGICI N, KIRLI S ve ark.:1991. Şizofrenlerin aile bireylerinde görülen ruhsal bozuklukların incelenmesi. *Düşünen Adam*. 4(3). 21-31.

YILDIZ M.:2005. Şizofreni Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek.163-185. Okyanus Yayınları. İstanbul.

WILLICK MS.:1994. Schizophrenia: A Parent's Perspective –Mourning Without End. *Schizophrenia: From Mind to Molecule*. Ed. Andreasen, NC.Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc: 5-19.

WYNE CL.:1990 The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand* :133-139.

ZIMET GD, DAHLEM MW, ZIMET SG ve ark.:(1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J.Pers Ases*. 52:30-41.

## EK 1

### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Bu çalışma, Kocaeli Üniversitesi Psikiyatri Bölümü Ruhsal Travma Yüksek Lisans programı çerçevesinde yürütülen bir tez çalışmasıdır. Çalışma, şizofren hastalara bakım veren ailelerde stresi azaltma yönünde etkili olabilecek faktörleri ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Soruların, doğru yada yanlış cevapları yoktur. Sizin içten ve gerçek cevaplar vermeniz araştırmadan elde edilen verilerin geçerli ve güvenilir olmasını sağlayacaktır.

Çalışmada sizden kimliğinizi belirleyici bilgiler istenmemektedir. Cevaplarınız saklı tutulacak ve bütün cevaplar araştırma amacıyla değerlendirilecektir.

Bu çalışmada beş tane anket yer almaktadır. Her anketin başındaki yönergeleri lütfen dikkatlice okuyunuz. Gösterdiğiniz ilgi, yardım ve işbirliği için şimdiden teşekkür ederim.

Araştırmacı Psk.Aslı Özlü

Danışman:Prof.Dr.Mustafa Yıldız

**1.Cinsiyet:** (1) Erkek (2) Kadın

**2-Kaç yaşındasınız?.....**

**3-Medeni Durum:** ( 1) Evli (2) Bekar (3) Boşanmış (4) Dul(eşi vefat etmiş)

**4-Evli iseniz kaç yıldır** (.....)

**5-Toplam kaç çocuğunuz var :** (.....)

**5-Yakınlık Derecesi:** (1) Baba (2) Anne (3) Eş  
(4) Çocuk (5) Kardeş (6) Akrabalar

**6-Eğitim:** (1) İlkokul mezunu (2) Ortaokul mezunu (3) Lise mezunu  
(4) Üniversite ve üstü (5) Üniversite üstü

**Başarıyla tamamladığı yıl:.....**

**7-Mesleğiniz nedir?.....**

**8-Çalışma Yaşantısı:**

(1) İşsiz (2) Ev hanımı (3) Memur (4) Öğrenci  
(5) İşçi (6) Emekli (7) Çiftçi (8) Esnaf (9) Diğer

**9-Ekonomik düzey:( son 1 yılı dikkate alın)**

**Eve giren aylık gelir**

**YTL/ kişi sayısı**

**Aşağıdaki tabloda şizofrenisi olan yakınınızın(birden fazlaysa çocuklarınızın) cinsiyetini ve yaşını belirtiniz.**

**1.Çocuk: Cinsiyeti: Kız ( ) Erkek ( ) Yaşı:**  
**2.Çocuk: Cinsiyeti : Kız ( ) Erkek ( ) Yaşı:**

**Hastanızla sizden başka ilgilenen var mı? Evet ( ) Hayır ( )**  
**Evet ise kimler? Büyük anne/baba ( ) Hala/teyze ( ) Bakıcı ( ) Diğer( )**

**Hastalığın süresi:.....**

**Kaç kere hastane yatışı olduğu:.....**

**Hastanızın hastalıktan sonra saldırganlığı oldu mu?:**

**Evet( 1 ) Hayır( 2 )**

**Saldırganlığı olduysa;**

**Sözel ( 1 ) Fiziksel ( 2 ) Kişiyeye aletli ( ) aletsiz( )**  
**Eşyaya aletli( ) aletsiz( )**

**Hastanızın hastalıktan sonra intihar davranışı oldu mu: (Hastalığın başlangıcından sonra ilaçla, aletle, kendini atma vs.)**

**Var ( 1 ) Yok ( 2 ) sayısı:**

**Adli sorun?(hastalığın başlangıcından sonra)**

**Var ( 1 ) Yok ( 2 )**

**Hastanızın hastalık öncesi iş yaşamı?**

**1 ) hiç çalışmamış 2 ) çalışmış**

**Hastanızın şimdiki iş yaşamı?**

**1 ) çalışıyor 2 ) çalışmıyor**

**Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü var mı?**

**1 ) var 2 ) yok**



## EK 2

### ZARİT AİLE YÜK ÖLÇEĞİ

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

|   | Asla | Nadiren | Ara sıra | Oldukça sık | Nerdeyse her zaman |
|---|------|---------|----------|-------------|--------------------|
| 1- Yakınınızın ihtiyacı olandan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 2- Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hisseder misiniz?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 3- Yakınıza bakma ve aileniz yada işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz? | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 4- Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 5- Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 6- Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?                            | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 7- Yakınınızın geleceği ile ilgili korkuyor musunuz?  | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 8- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 9- Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 10- Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 11- Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 12- Yakınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?  | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 13- Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 14- Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini düşünür müsünüz?                                       | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 15- Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?  | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 16- Yakınıza artık daha fazla bakamayacağınızı hissediyor musunuz?  | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 17- Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?  | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 18- Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?  | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 19- Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 20- Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünüyor musunuz?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 21- Yakınınızın bakımı ile ilgili daha iyisini yapabildim diye düşünür müsünüz?   | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |
| 22- Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?  | 1    | 2       | 3        | 4           | 5                  |

## ZARİT YÜK ÖLÇEĞİNİN TÜRKÇE FORMUNUN GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI

Ölçeğin İspanya versiyonu Martin tarafında geliştirilmiştir. 22 sorudan oluşan bu ölçek bakım vermenin fiziksel, akıl sağlığı, sosyal aktivite ve ekonomik kaynaklara negatif etkilerini içermektedir. 5'li likert tipi bir skala olup "Asla, kesinlikle hayır" ve "Hemen hemen her zaman" şeklinde derecelendirilmiştir. Toplam skor 22-110 arasında değişmektedir. İç tutarlılığı (alfa:0.91). Test tekrar test (0.86.). Convergent validity (0.63) olarak saptanmıştır

Ölçeğin kültürümüze sağlanması amacıyla yapılan geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının ilk aşamasında, ölçekte yer alan maddeler hem araştırmacı hem bir yabancı dil uzmanı tarafından Türkçe'ye çevrilmiştir.

Ölçeğin Türkçe geçerlilik çalışması, 100 kişilik bir örneklem üzerinde yapılmıştır. Örneklemi oluşturan kişilerin %71'i kadın, %29'u erkektir; 12'si (%11.4) okuryazar, 52'si (%49.5) ilkokul, 9'u (%8.6) ortaokul, 17'si (%16.2) lise mezunu, 9'u (%8.6) üniversite mezunu, 1'i (%1.0) üniversite mezunudur.

Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması için Zarit Yük ölçeğinin yanı sıra, ölçüt geçerliliğini sınamak amacıyla Maslach Tükenmişlik Envanteri ve 8 item kullanılmıştır. Güvenirlik çalışması için test maddeleri belli bir sistematığe göre (tek ve çift maddeler) karşılaştırılabilir iki yarım oluşturulmuştur. Buna göre iç tutarlılık katsayısı (alfa: 0.829).

Ölçeğin faktör yapısını belirlemek amacıyla, 100 katılımcının aldığı puanlar üzerinden faktör analizi yapılmıştır. Analize alınan 22 maddenin 5 faktör altında toplandığı görülmektedir. Bu 5 faktörün ölçeğe ilişkin açıkladıkları varyans %60.930'dur. Maddelerle ilgili olarak tanımlanan iki faktörün ortak varyanslarının 0.421 ile 0.786 arasında değiştiği gözlenmektedir. Bu işlem sonucunda elde edilen 5 alt boyuta giren maddelerden, 1., 4., 16. maddelerin faktör yükü .50'nin altında olduğunu için herhangi bir alt boyuta sokulamamıştır. Ölçüt geçerliliğini sınamak için



Maslach Tükenmişlik Envanteri ile yük ölçeği arasındaki ilişkiye bakılmıştır. Bakım verenlerin yükü ile tükenmişlikleri arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ( $r=.609$   $p<.05$ ). Faktör analizi sonucunda bulunan 5 faktör sırası ile; psikolojik gerginlik ve sosyal kısıtlanma ( $r=.600$   $p<.05$ ), sınırlılık, gerginlik ( $r=.486$   $p<.05$ ), sosyal ilişkide kısıtlanma ( $r=.409$   $p<.05$ ), ekonomik yük ve gelecek kaygıları ( $r=.384$   $p<.05$ ), bağımlılık ( $r=.294$   $p<.05$ ) ile ölçeğin toplam puanı arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

## Çizelge Ek 2.1. ZARİT AİLE YÜK ÖLÇEĞİ FAKTÖR YAPISI

| No madde  | F1   | F2   | F3   | F4   | F5   |
|---|------|------|------|------|------|
| 2 Yakınınızla geçirdiğiniz zaman nedeniyle kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hisseder misiniz?   | .586 |      |      |      |      |
| 3. Yakınıza bakma ve aileniz yada işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz? | .610 |      |      |      |      |
| 10 Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?  | .615 |      |      |      |      |
| 11 Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?  | .708 |      |      |      |      |
| 12 Yakınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?   | .536 |      |      |      |      |
| 17 Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?   | .788 |      |      |      |      |
| 19 Yakınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?  | .622 |      |      |      |      |
| 5 Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz   |      | .779 |      |      |      |
| 9Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?   |      | .758 |      |      |      |
| 22 Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?   |      | .515 |      |      |      |
| 6 Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?                             |      |      | .737 |      |      |
| 13 Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?  |      |      | .584 |      |      |
| 18 Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?   |      |      | .643 |      |      |
| 15 Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?   |      |      |      | .537 |      |
| 20 Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünüyor musunuz?  |      |      |      | .762 |      |
| 21 Yakınınızın bakımı ile ilgili daha iyisini yapabiliydim diye düşünür müsünüz?  |      |      |      | .600 |      |
| 7 Yakınınızın geleceği ile ilgili korkuyor musunuz?   |      |      |      | .507 |      |
| 8 Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?  |      |      |      |      | .791 |
| 14 Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini düşünür müsünüz?  |      |      |      |      | .736 |

### EK 3

#### MASLACH TÜKENMİŞLİK ENVANTERİ

Bu araştırmada anne/babaların yaşamlarındaki sıkıntılar, stresler ve yorgunluklar incelenmektedir.Bu amaçla hazırlanan elinizdeki ankette bu konuları yansıtan ifadeler yer almaktadır. Sizden istenen her bir ifadenin örnekleğiği durumu ne kadar sıklıkla yaşadığınızı belirtmenizdir.Cevaplarda kimliğiniz gizli tutulacaktır.Yani, araştırmacıların dışında hiç kimse cevaplarınızı öğrenmeyecektir.Verdiğiniz cevaplar bizim için çok değerlidir.Bu araştırmada bize yardımcı olduğunuz için çok teşekkür ederiz.

|  | Hiçbir Zaman | Çok Nadir | Bazen | Çoğu Zaman | Her Zaman |
|--|--------------|-----------|-------|------------|-----------|
| 1. Çocuğumdan soğuduğumu hissediyorum.   |              |           |       |            |           |
| 2. Gün sonunda kendimi ruhen tükenmiş hissediyorum.  |              |           |       |            |           |
| 3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldırmayacağımı hissediyorum.                          |              |           |       |            |           |
| 4. Çocuğumun ne hissettiğini hemen anlarım.  |              |           |       |            |           |
| 5. Çocuğuma sanki insan değilmiş gibi davrandığımı fark ediyorum.                                |              |           |       |            |           |
| 6. Bütün gün çocuğumla benim için gerçekten çok yıpratıcı.                                       |              |           |       |            |           |
| 7. Çocuğumun sorunlarına en uygun çözümleri bulurum.   |              |           |       |            |           |
| 8. Çocuğumun bakımına yönelik yaptığım işlerden tükendiğimi hissediyorum.                        |              |           |       |            |           |
| 9. Yaptığım Őeylerle çocuğumun yaşamına katkıda bulunduğuma inanıyorum.                          |              |           |       |            |           |
| 10. Çocuğumla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı sertleştim.                     |              |           |       |            |           |
| 11. Çocuğumun/çocuklarımla bakımının beni giderek katılaştırmasından korkuyorum.                 |              |           |       |            |           |
| 12. Çok Şeyler yapabilecek güçteyim.   |              |           |       |            |           |
| 13. Çocuğumun beni kısıtladığını hissediyorum.   |              |           |       |            |           |
| 14. Çocuğumun bakımı konusunda çok fazla çalıştığımı hissediyorum.                               |              |           |       |            |           |
| 15. Çocuğuma ne olduğu umurumda değil.   |              |           |       |            |           |
| 16. Doğrudan doğruya çocuğumla ilgilenmek bende çok fazla stres yaratıyor.                       |              |           |       |            |           |
| 17. Çocuğumla aramda rahat bir hava yaratırım.   |              |           |       |            |           |
| 18. Çocuğumla birlikte olduktan sonra kendimi canlanmış hissediyorum.                            |              |           |       |            |           |
| 19. Çocuğumun bakımına yönelik birçok kayda değer başarı elde ettim.                             |              |           |       |            |           |
| 20. Yolun sonuna geldiğimi hissediyorum.   |              |           |       |            |           |
| 21. Çocuğumla ilgili duygusal sorunlara serinkanlılıkla yaklaşırım.                              |              |           |       |            |           |
| 22. Çocuğumun kendisinin bazı problemlerini sanki ben yaratmışım gibi davrandığımı hissediyorum. |              |           |       |            |           |

## EK 4 TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ (TSGÖ)

Aşağıda hastanızın hastalığından dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

- 0-Yakınımın hastalığından dolayı böyle bir değişiklik yaşamadım.
- 1-Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği çok az derecede yaşadım.
- 2-Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım.
- 3-Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği orta derecede yaşadım.
- 4-Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım.
- 5-Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım.

|   | yaşamadım | çok az yaşadım | biraz yaşadım | orta düzeyde yaşadım | fazla yaşadım | çok fazla yaşadım |
|---|-----------|----------------|---------------|----------------------|---------------|-------------------|
| 1. Hayatıma verdiğim değer arttı.   | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 2. Hayatımın kıymetini anladım.   | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.  | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 4. Kendime güvenim arttı.   | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 5. Manevi konuları daha iyi anladım.  | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 6. Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.                               | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 7. Hayatıma yeni bir yön verdim.  | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 8. Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.                            | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 9. Duygularımı ifade etme isteğim arttı.  | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.  | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 11. Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.                        | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 12. Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.                                       | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 13. Yaşadığım her günün değerini anladım.   | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 14. Yakınımın hastalığından sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.                    | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 15. Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.  | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 16. İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.                   | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım. | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 18. Dini inancım daha da güçlendi.  | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 19. Düşündüğümde daha güçlü olduğumu anladım.   | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 20. İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.                        | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |
| 21. Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.                        | (0)       | (1)            | (2)           | (3)                  | (4)           | (5)               |

## EK 5 BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ ENVANTERİ

Aşağıda insanların sıkıntılarını gidermek için kullanabilecekleri bazı yollar belirtilmektedir. Cümlelerin her birini dikkatlice okuduktan sonra, kendi sıkıntılarınızı düşünerek, bu yolları kullanmıyorsanız **hiçbir zaman**, yani **1**'i, **kimi zaman kullanıyorsanız bazen**, yani **2**'yi, çok sık kullanıyorsanız **her zaman**, yani **3** seçeneğini işaretleyiniz. Katkılarınız için teşekkür ederiz.

| Bir sıkıntım olduğunda.....   | Hiçbir Zaman | Bazen | Her Zaman |
|---|--------------|-------|-----------|
| 1- Aklımı kurcalayan şeylerden kurtulmak için değişik işlerle uğraşırım.          | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 2- Bir mucize olmasını beklerim.  | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 3- İyimser olmaya çalışırım.  | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 4- Çevremdeki insanlardan sorunlarımı çözmemde bana yardımcı olmalarını beklerim. | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 5- Bazı şeyleri büyütmeyp üzerinde durmamaya çalışırım.                           | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 6- Sakin kafayla düşünmeye ve öfkelenmemeye çalışırım.                            | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 7- Durumun değerlendirmesi yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.               | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 8- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde hissederim.           | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 9- Olanları unutmaya çalışırım.   | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 10- Başa gelen çekilir diye düşünürüm.  | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 11- Durumun ciddiyetini anlamaya çalışırım.                                       | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 12- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim.                                      | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 13- Duygularımı paylaştığım kişilerin bana hak vermesini isterim.                 | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 14- “Her işte bir hayır var” diye düşünürüm.                                      | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 15- Dua ederek Allah’tan yardım dilerim.  | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 16- Elimde olanla yetinmeye çalışırım.  | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 17- Olanları kafama takıp sürekli düşünmekten kendimi alamam.                     | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 18- Sıkıntıları içimde tutmaktansa paylaşmayı tercih ederim.                      | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 19- Mutlaka bir çözüm bulabileceğime inanıp bu yolda uğraşırım.                   | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 20- “İş olacağına varır” diye düşünürüm.  | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 21- Ne olacağına karar vermeden önce arkadaşlarımla fikrini alırım.               | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 22- Kendimde her şeye yeniden başlayacak gücü bulurum.                            | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 23- Olanlardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.                                | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 24- Bunun alın yazım olduğunu ve değişmeyeceğini düşünürüm.                       | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 25- Sorunlarıma farklı çözüm yolları ararım.                                      | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 26- “Olanları keşke değiştirebilseydim” diye düşünürüm.                           | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 27- Hayatla ilgili yeni bir bakış açısı geliştirmeye çalışırım.                   | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 28- Sorunlarımı adım adım çözmeye çalışırım.                                      | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 29- Her şeyin istediğim gibi olmayacağını düşünürüm.                              | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 30- Dertlerimden kurtulayım diye fakir fukaraya sadaka veririm.                   | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 31- Ne yapacağımı planlayıp ona göre davranırım.                                  | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |

| Bir sıkıntım olduğunda.....   | Hiçbir Zaman | Bazen | Her Zaman |
|---|--------------|-------|-----------|
| 32- Mücadele etmekten vazgeçerim.                                       | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 33- Sıkıntılarımdan kendimden kaynaklandığını düşünürüm.                | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 34- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim.                          | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 35- “Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.               | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 36- “Benim suçum ne” diye düşünürüm.                                    | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 37- “Allah’ın takdiri buymuş deyip” kendimi teselli etmeye çalışırım.   | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 38- Temkinli olmaya ve yanlış yapmamaya çalışırım.                      | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 39- Çözüm için kendim bir şeyler yapmak isterim.                        | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 40- Hep benim yüzümden oldu diye düşünürüm.                             | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 41- Hakkımı savunmaya çalışırım.  | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |
| 42- Bir kişi olarak olgunlaştığımı ve iyi yönde geliştiğimi hissedirim. | ( 1 )        | ( 2 ) | ( 3 )     |

## EK 6

### ALGILANAN ÇOK YÖNLÜ SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her birinde de cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söyleneni sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birinde bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Teşekkür ederim.

**1-İhtiyacım olduğunda yanımda olan özel bir insan var.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

**2-Sevinç ve kederimi paylaşabileceğim özel bir insan var.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

**3-Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

**4-İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

**5-Beni gerçekten rahatlatan bir insan var.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

**6-Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

**7-İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenilebilirim.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

**8-Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

**9-Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

**10-Yaşamımda duygularıma önem veren özel bir insanım.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

**11-Kararlarımı vermede ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

**12-Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.**

|                  |       |       |       |       |       |       |       |                 |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|
| Kesinlikle hayır | 1.... | 2.... | 3.... | 4.... | 5.... | 6.... | 7.... | Kesinlikle evet |
|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|

