



**ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VERENLERDE
TRAVMA SONRASI GELİŞİM İLE BAKIM YÜKÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Merve BAKAR
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ

Yüksek Lisans Tezi-2020

**T.C
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTASINA BAKIM VERENLERDE
TRAVMA SONRASI GELİŞİM İLE BAKIM YÜKÜ
ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ**

Merve BAKAR

**Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Hatice DURMAZ**

**ERZURUM
2020**

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	IV
ÖZET	V
ABSTRACT.....	VI
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	VII
TABLolar DİZİNİ	VIII
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Şizofreninin Tanımı ve Tarihçesi	5
2.2. Şizofrenide Etiyoloji	6
2.2.1. Genetik Etkenler	6
2.2.2. Çevresel Etkenler	8
2.3. Şizofrenide Tanı Kriterleri Dsm V	8
2.4. Şizofrenide Belirtiler.....	10
2.4.1. Pozitif Belirtiler	10
2.4.2. Negatif Belirtiler	11
2.4.3. Bilişsel Belirtiler	12
2.5. Şizofrenide Tedavi, Gidiş ve Sonlanış.....	12
2.5.1. Şizofrenide Tedavi.....	12
2.5.1.1. İlaç Tedavisi.....	13
2.5.1.2. Elektro-Konvulsif Tedavi	14
2.5.1.3. Aile Tedavisi.....	15
2.5.1.4. Psiko-Sosyal Beceri Eğitimi	15
2.5.1.5. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Diğer Terapiler	16
2.5.2. Gidiş ve Sonlanış	16

2.6. Şizofreni Hastalığında Hemşirelik Bakımı	18
2.7. Travma Sonrası Gelişim	19
2.7.1. Travma Sonrası Gelişimin Tanımı.....	19
2.7.2. Travma Sonrası Gelişim İle İlişkili Faktörler	20
2.7.2.1. Stres	20
2.7.2.2. Kişilik Özellikleri ve Başa Çıkma Mekanizmaları	21
2.7.2.3. Sosyal Destek.....	22
2.7.2.4. Sosyo-Demografik Özellikler	22
2.7.2.5. Dünya Görüşü ve Ruminasyon Şekli.....	23
2.7.3. Travma Sonrası Gelişim Türleri	24
2.7.3.1. Kişilik Algısında Yaşanan Değişim.....	25
2.7.3.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Değişimler	25
2.7.3.3. Yaşam Felsefesinde Değişim.....	26
2.7.4. Travma Sonrası Gelişim Modelleri.....	27
2.7.4.1. Schaefer ve Moos'un Yaşam Krizleri ve Kişisel Gelişim Modeli.....	27
2.7.4.2. Tedeschi ve Calhoun'un İşlevsel Betimsel Modeli	28
2.7.4.3. Calhoun, Tedeschi ve Cann'ın Travma Sonrası Gelişim Modeli	29
2.8. Bakım Verme Yüğü	30
2.8.1. Bakım Verme Yüğünün Tanımı	30
2.8.2. Bakım Verme Yüğünün Bakım Veren Bireyler Üzerine Etkisi	31
2.8.3. Şizofreni ve Bakım Yüğü	33
2.9. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Bireylerde Travma Sonrası Gelişim Durumu	35
3. MATERYAL VE METOT.....	37
3.1. Araştırmanın Türü.....	37
3.2. Araştırmanın Amacı.....	37

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman	37
3.4. Evren ve Örneklem	38
3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği	39
3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Kullanılan Araçlar	39
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	41
3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri	42
4. BULGULAR.....	43
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	60
KAYNAKÇA.....	62
EKLER	84
EK-1. ÖZGEÇMİŞ	84
EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU	85
EK-3. ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ETİK KURUL İZNİ.....	86
EK-4. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	87
EK-5. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ.....	88
EK-6. TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ.....	90
EK-7. ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ KURUM İZNİ	92
EK-8. ERZURUM TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ SORUMLU HEKİM YAZILI İZNİ.....	93

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benden esirgemeyen, sürekli yanımda olan ve bana her daim ümit aşılayan değerli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi HATİCE DURMAZ' a en içten saygı ve şükranlarımı sunarım.

Verilerimin toplanmasında desteklerini benden esirgemeyen Erzurum Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Ekibine,

Her zaman desteklerini yanımda hissettiğim, varlıklarıyla mutluluk veren kıymetli aileme,

Motivasyon kaynağım olan amcama, sevgili eşine ve kuzenlerime,

Tez sürecim boyunca beni motive eden ve yanımda olan değerli arkadaşlarıma,

Hayatıma girdiği andan beri bana güç veren sevgili nişanlım Mihraç GÜRCÜOĞLU'na sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Merve BAKAR

ÖZET

Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Travma Sonrası Gelişim ile Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Amaç: Araştırma, şizofreni hastasına bakım veren bireylerde travma sonrası gelişim ile bakım verme yükü arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metot: Araştırmanın evrenini, 15 Ocak 2020–30 Eylül 2020 tarihleri arasında Erzurum Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne gelen, kayıtlı tüm şizofreni hasta bakım verenleri oluşturmuştur. Örneklem belirlemede “evreni belirli olan gruplardan örneklem hesaplama formülü” kullanılmış ve 146 bakım veren birey ile araştırma tamamlanmıştır. Araştırmada Sosyodemografik Veri Formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ve Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği kullanılmıştır. Veriler belirtilen formlar aracılığıyla bakım veren bireylerle yüzyüze görüşülerek ve onam alınarak toplanmıştır. Verileri analiz etmek için SPSS 20 programı kullanılmış ve frekans analizlerinin yanısıra bağımsız gruplarda t testi, ileri analizlerde LSD ve ilişkisel çıkarımlarda Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bakım verenlerin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puan ortalaması 65.23 ± 16.90 ; Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği puan ortalaması ise 52.68 ± 13.72 bulunmuştur. Eğitim düzeyi ve medeni durum ile bakım yükü puanı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Yine eğitim durumu ile Travma Sonrası gelişim puanı arasındaki farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği altboyutlarından olan Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması, Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık, Toplumsal ilişkilerde Bozulma altboyut puan ortalamaları ile Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puan ortalaması arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$).

Sonuç: Araştırmada şizofreni hastasına bakım veren bireylerin bakım yükü düzeylerinin ölçekten alınabilecek maximum puanlar göz önünde bulundurulduğunda orta seviyede olduğu, travma sonrası gelişim düzeylerinin de ölçek maksimum puanı baz alındığında orta düzeyin üzerinde olduğu söylenebilir. Bakım vericilerin ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma değerleri azaldıkça travma sonrası gelişimleri artmaktadır. Ayrıca eğitim seviyesi yükseldikçe bakım yükü azalırken, travma sonrası gelişim artmaktadır. Yine medeni durum değişkeninde de bekarların, evli ve boşanmış bireylere göre daha az seviyede bakım yükü yaşadıkları bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Bakım yükü, hemşirelik, şizofreni, travma sonrası gelişim

ABSTRACT

Investigation of the Relationship Between Posttraumatic Development and Care Burden in Caregivers of Schizophrenia

Aim: The study was conducted to examine the relationship between post-traumatic growth and caregiving burden in individuals caring for schizophrenia patients.

Material and Method: The universe of the study consisted of all registered schizophrenia patient caregivers who came to Erzurum Community Mental Health Center between January 15, 2020 and September 30, 2020. In determining the sample, the formula for calculating samples from groups with a definite population was used and the study was completed with 146 caregivers. In the study werw used Sociodemographic Data Form, Post Traumatic Development Scale and Zarit Care Burden Scale. The data were collected through face-to-face interviews with caregivers and obtaining consent, using the forms specified. SPSS 20 program was used to analyze the data, and besides frequency analysis, t-test in independent groups, LSD in advanced analyzes and Pearson Correlation Analysis for relational inferences were performed.

Result: The Post Traumatic Development Scale mean score of the caregivers participating in the study was 65.23 ± 16.90 ; The mean score of Zarit Caregiving Burden Scale was 52.68 ± 13.72 . The difference between education level and marital status and care burden score was found to be statistically significant ($p < 0.05$). It was also determined that the difference between educational status and Post Traumatic development score was statistically significant ($p < 0.05$). A negative and significant relationship was found between the mean scores of Mental Tension and Disruption of Private Life, Nervousness and Restriction, Disruption in Social Relations, sub-dimensions of the Zarit Care Burden Scale, and the total score average of the Post Traumatic Development Scale ($p < 0.05$).

Conclusion: In the study, it can be said that the care burden levels of individuals caring for schizophrenia patients are at medium level when the maximum points that can be obtained from the scale are considered, and their post-traumatic development levels are above the medium level when the maximum score is taken as basis. Post-traumatic development of caregivers increases as the values of mental tension and disruption of private life, nervousness and restriction, and deterioration in social relations decrease. In addition, as the level of education increases, the burden of care decreases and post-traumatic development increases. Again, in the marital status variable, it was found that singles have a lower level of care burden than married and divorced individuals.

Key Words: Care burden, nursing, posttraumatic growth, schizophrenia

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ANA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manuel of Mental Disorders
EKT	: Elektro Konvülsif Tedavi
EPS	: Ekstra Piramidal Sendrom
GABA	: Gaba Amino Bütirik Asit
TDK	: Türk Dil Kurumu
ZBYÖ	: Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı



TABLÖLAR DİZİNİ

<u>Tablo No</u>	<u>Sayfa No</u>
Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler	42
Tablo 4.1. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özellikleri	43
Tablo 4.2. Travma Sonrası Gelişim, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçekleri ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı	44
Tablo 4.3. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçek Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi .	45
Tablo 4.4. Travma Sonrası Gelişim, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçekleri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	47

1. GİRİŞ

Şizofreni; büyük çoğunlukta gençlik döneminde başlayan, prognozu hastalara göre değişiklik gösteren, hastaların tüm ruhsal alanlarına etki eden, etyolojisi net olarak henüz bilinmeyen, hastalarda önemli ölçüde bellek yıkımına yol açan toplumsal bir ruh sağlığı sorunudur.¹ Şizofreninin etyolojisi net olarak belirlenememiştir ancak beyin gelişimini etkileyen çeşitli çevresel ve genetik etkenlerin yaşamın ilerleyen dönemlerinde hastalığı tetikleyici birçok olayla birleşmesinden kaynaklandığı düşünülmektedir.² Hastalığın belirtileri genel olarak pozitif ve negatif olmak üzere ikiye ayrılır. Dezorganize konuşmalar, varsanılar, sanrılar ve dezorganize davranışlardan oluşan belirtiler pozitif belirtiler arasında yer alırken, affektif küntlük, amaca yönelik işlevlerde ve iradede azalma gibi belirtiler ise negatif belirtiler grubuna girmektedir.^{3,4} Hastalığın tedavisinde; elektrokonvülsif tedavi(EKT), farmakolojik tedavi, somatik sağaltım yöntemleri, tamamlayıcı tedaviler ve çeşitli terapi yöntemleri kullanılmaktadır.^{5,6}

Şizofreni, toplumda sık görülen fakat sıklık ve yaygınlığı değişkenlik gösteren ruhsal bozukluklar arasında yer almaktadır. Çin’de yapılan bir çalışmada şizofreni sıklığı 1000 de 4.9 bulunmuşken⁷; Simeone ve ark.⁸ yaptıkları bir sistematik derlemede de 1990 yılından beri şizofreni yaygınlık ortancası 1000 de 4.8 olarak saptanmıştır. Ülkemizde ise yapılan en son sistematik incelemede şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı binde 8,9 olarak saptanmıştır.⁹ Görülme sıklığı oldukça yüksek olan şizofreni, hastalığın seyri ve ortaya çıkardığı etkileri nedeniyle hasta bireyi önemli ölçüde etkilemektedir. Önemli yeti yitimine yol açması ve hastaların öz bakımlarını yerine getirmede yetersizlik yaşamaları bir bakım vericinin varlığını zorunlu kılmaktadır. Bu durum da hasta birey kadar bakım veren bireyi de değişik şekillerde güçlüklerle karşı karşıya bırakmaktadır.¹⁰ Hastalığın doğası gereği bireylerin yaşadıkları belirti ve bulgular bakım vericilerin stres ve tükenmişlik yaşamalarına, önemli ölçüde bakım yükü hissetmelerine yol açmaktadır.¹¹

Bakıma ihtiyacı olan bireye gerekli desteği sağlama, bireyin bakımını gerçekleştirmesine katkı sağlamadan kaynaklanan olumsuz deneyimler, güçlükler ve yaşanan her türlü stres ve oluşturulan cevap bakım yükü olarak adlandırılmaktadır.¹² Şizofreni de bakım yüküne yol açan önemli hastalıklar arasında yer almaktadır.

Bakım yükü hakkında yapılan uluslararası çalışmalar incelendiğinde şizofreni hastasına bakım veren bireylerin bakım yüklerini Hajebi,¹³ Velligan,¹⁴ Ahlem ve ark.,¹⁵ ölçekten alınabilecek maksimum puanlar göz önüne alındığında ortalamanın biraz üzerinde bulmuşlardır. Diğer taraftan ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde Durmaz ve Okanlı¹⁶, Karaağaç ve Var¹⁷ ile İnanlı ve Başaran¹⁸ da yine ölçekten alınabilecek en yüksek puan baz alındığında ortalamanın biraz üzerinde saptamışlardır. Bakım yükü açısından uluslararası ve ulusal çalışmalar, bakım verenlerin orta seviyenin üzerinde bir bakım yükü yaşandığını göstermektedir. Bakım veren bireylerin bakım yükünden bu derecede etkilenmelerine rağmen bazı konularda olumlu gidiş gösterdikleri de son zamanlarda kabul gören bir bilgi olarak literatüre geçmiştir. Travma sonrası gelişim olarak adlandırılan bu durum; bireylerin hayatlarının belirli dönemlerinde maruz kaldıkları travmatik durumlar, bazen onların gelişme potansiyellerini açığa çıkarmakta, bireyleri olumlu değişim göstermeye ve yaşamlarında yeni hedefler belirlemeye teşvik etmektedir.¹⁹

Şizofreni hastasına bakım vermek ve hastalık sürecini yönetmek bakım veren bireyi birçok açıdan zorlasa da bu durum her zaman bireyleri olumsuz yönde etkilememekte, olumlu deneyimlerin oluşmasına zemin hazırlayabilmektedir. Travma sonrası gelişim olarak sonuçlanan bu deneyimler bakım verenlerin yaşamlarında yeni olanaklar keşfetme, manevi anlamda güçlenme, sahip olduğu güç ve potansiyeli ortaya çıkarma, yaşamın değerini anlama gibi duygular oluşturabilmektedir.²⁰ Uluslararası alanda şizofreni hastaları ile travma sonrası gelişim hakkında yapılan bir çalışmada,

şizofreni hastasına bakım veren babalar ile görüşülmüş ve çocuklarının tanısını öğrendikten sonra daha duyarlı olduklarını, insanlarla iletişimlerinin daha güçlü olduğunu ifade ettikleri saptanmıştır.²¹ Genel olarak yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda şizofreni hastasına bakım verenlerin travma sonrası gelişimlerini Balaban ve ark.²² ile Morton ve ark.²³ ölçeğin maksimum puanı göz önüne alındığında ortalamanın biraz üzerinde saptamışlardır. Travma sonrası gelişim hakkında ülkemizde yapılan çalışmalar sınırlı sayıdadır. Travma sonrası gelişim genelde kanser gibi farklı hastalık gruplarına bakım veren bireylerde daha çok çalışılmış, şizofreni bakım vericilerinde ise daha az sayıda kaynağa rastlanmıştır. Yıldız ve Özlü'nün²⁴ yaptıkları çalışmada şizofreni hastasına bakım veren bireylerde travma sonrası gelişim orta düzeyde bulunmuştur. Diğer taraftan konuyla ilgili farklı örneklem gruplarında yapılan çalışmalar da mevcuttur. Acar ve Dirik²⁵ kanser hastasına bakım veren bireylerde, Wilson ve ark.²⁶ pediatrik kanseri yenen hastaların ebeveynlerinde, Devrim Balaban ve Küçüktüfekçi²⁷ bipolar affektif bozukluğu olan hastalara bakım veren bireylerde travma sonrası gelişimi araştırmış ve yine orta düzeyde bir gelişim saptamışlardır. Konuyla ilgili yapılan çalışmaların sınırlı olması ve iki kavram arasındaki ilişkinin araştırıldığı benzer çalışmaların bulunmaması yeni araştırmaların yapılmasını gerekli kılmaktadır.

Bakım yükü ve travma sonrası gelişim bakım veren bireyleri olduğu kadar bakımın öncüsü olan hemşireleri de etkilemektedir. Hastayla etkili ve terapötik iletişim kurmak, tedavi süresince hastalara ve bakım veren bireylere güven verici ortam oluşturmak, hastayı ve aileyi birlikte ele alacak girişimlerde bulunmak, hasta ve bakım verenlere hastalıkla, ve damgalanmayla baş edebilecek beceri kazandırmak aslında hem hastanın hem bakım verenin gelişimini etkileyen adımlardır. Bu adımların tamamı ise psikiyatri hemşiresinin önemli görevleri arasındadır.²⁸ Nitekim 19 Nisan 2011'de yürürlüğe giren "Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik"

de de psikiyatri hemşiresinin görevleri arasında hastanın biyo-psiko-sosyal olarak bir bütün içinde ele alınması ve hastayla birlikte aile üyelerine değitim ve danışmanlık verilmesi yer almaktadır.²⁹

Literatür incelendiğinde ülkemizde şizofreni hastasına bakım veren bireylerin bakım yükleriyle travma sonrası gelişimleri arasındaki ilişkinin incelendiği sınırlı sayıda kaynağa ulaşılmıştır. Hem bakım veren bireyler hem de alanda çalışan hemşireler için travma sonrası gelişimin incelenmesi, geliştirilmesi ve uygulamaya entegre edilmesinin özellikle bakım yükü önemli derecede yüksek olan şizofreni gibi hastaların yönetiminde ışık tutacağı düşünülmektedir. Bu araştırma da şizofreni hastasına bakım veren bireylerde bakım yükü ve travma sonrası gelişimarasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı ve Tarihçesi

Şizofreni; genel olarak yaşamın erken dönemlerinde başlayan, seyri hastalara göre farklılık gösteren, hastaları ruhsal olarak önemli ölçüde etkileyen, nedeni henüz netleştirilemeyen bir ruh sağlığı sorunudur. Bellek yıkımına yol açması bakımından hasta birey kadar toplumu da etkilediği için toplumsal bir sorun olarak da ele alınmaktadır.¹ Şizofreni kavramının tarihte karşımıza çıkan ilk şekli; M.Ö. 1400 yılına ait Hint Veda’da çıplak dolaşan, öz bakımı yetersiz, kendini Tanrı gibi gören, zehirlenme korkusu yaşayan, tufana neden olma korkusuyla işlemeyi reddeden insanlar oluşturmaktadır.³⁰ Tarihte çeşitli dönemlerde ve farklı şekillerde tanımlanan şizofreni hastalığını 1899 yılında Kraepelin; varsanı, sanrı, düşünce yapısında bozulma, affectif küntlük, negativist davranışlar, içgörü yoksunluğu ve stereotipi klinik özellikleriyle tanımlamıştır. Kraepelin, bu tabloyu “erken bunama” başlığı altında birleştirerek geniş kapsamlı şizofreni tanımlı yapan ilk psikiyatrist olmuştur.³¹⁻³³ 1911 yılında, İsviçre’li psikiyatrist Bleuler ise Kraepelin’in tanımına atfen Yunanca “ayrık veya bölünmüş” sözcüklerinin karşılığı olan “şizo” ve akıl kelimesinin anlamını karşılayan “frenos” kelimelerinin birleşimi olan “şizofreni” kavramını kullanmış ve bu kavram zamanla dünya literatüründe kabul görmeye başlamıştır.³⁴

Daha sonraları 1930 yılında Kurt Schneider, şizofreni hastalığının belirleyicisi olduğunu düşündüğü birinci sıra belirtileri açıklamıştır. Bunlar; kişinin düşüncelerinin ve hareketlerinin dış güçler tarafından kontrol edildiği duygusu, kendisi hakkında konuşan sesler duyması, düşünce çekilmesi gibi belirtilerdir. Schneider’in bu belirtiler kavramı, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) için ölçüt oluşturmada etkili olmuştur.³⁵

1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (ANA)'nın yayımladığı DSM- I sınıflama sisteminde şizofreni, “şizofrenik reaksiyonlar” kavramıyla açıklanmaktadır. 1968 yılına geldiğimizde DSM II’de reaksiyon kavramı çıkarılarak “şizofrenik bozukluklar” şeklinde tanımlanmaktadır. 1980 yılında yayımlanan DSM III’te ise ilk kez şizofrenide “içleme ve dışlama” ölçütlerinin yer aldığı ilk resmi tanı sistemi karşımıza çıkmaktadır. 1944 yılında yayımlanarak 2000 yılında üzerinde değişiklikler yapılan DSM IV’e baktığımızda şizofreni ile alakalı tanımlar “şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar” başlığı altında tanımlanmaktadır. Günümüzde ise DSM tanı sisteminden şizofreni alt tipleri çıkartılmış halde DSM V’teki yerini almaktadır.³⁶

2.2. Şizofrenide Etyoloji

Şizofreni, etyolojisi tam olarak belirlenememiş bir hastalık olmasının yanı sıra, birkaç önemli etkenin, hastalığın ortaya çıkışında önemli role sahip olduğu düşünülmektedir. Yaşamın erken dönemlerinde beyin gelişimini etkileyen çeşitli çevresel ve genetik etkenlerin ilerleyen süreçte de hastalığı tetikleyici olaylarla birleşmesiyle hastalığın ortaya çıktığı düşünülmektedir. Genel olarak bu etkenleri ele alacak olursak;³⁷

2.2.1. Genetik Etkenler

Yapılan çalışmalar, şizofrenide genetik yatkınlığın önemli role sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Öz anne veya babası şizofreni tanısı almış ancak başka bir ailede yetiştirilen bireylerin, ebeveynlerinden biri şizofreni tanısı almamış, başka ailelerde yetiştirilmiş bireylere göre şizofreni olma olasılıklarının nispeten daha yüksek olduğu saptanmıştır.³ Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan kadın şizofreni hastalarının ailelerinde %49.6 oranında, erkek hastaların ise %37.0 oranında şizofreni ve benzeri hastalıkların varlığı saptanmıştır. Bu oran şizofreni hastalığında genetik etkenlerin önemini ortaya koymaktadır.³⁸

Nörotransmitterlerle ilgili değişiklikler; şizofreninin etyolojisiyle ilgili ortaya atılan diğer bir teori ise nörotransmitterlerin işlevlerinde meydana gelen anomalilerle ilgilidir. Şizofreninin önemli belirtilerinden olan halüsinasyon ve sanrı gibi semptomların nörotransmitterlerin fonksiyonlarında meydana gelen bozukluklarla ilgili olduğu kanıtlanmıştır. Ayrıca sinir sisteminde yer alan GABA (gama amino bütirik asit), glutamat, norepinefrin, serotonin, dopamingibi nörotransmitterler de şizofreni patogeneğinde rol almaktadırlar.^{39,40} Nörotransmitterlerle ilgili bireyler arasında görülen farklılıklar, şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçların her bireyde farklı etki göstermesine neden olmaktadır. Bu durum ise şizofreninin etyolojisiinde nörotransmitterlerin rol oynadığı bilgisini ortaya çıkarmaktadır.²⁸

Beynin yapısal değişiklikleri; şizofreni hastalarının beyin yapıları incelendiğinde, beyinlerinde büzüşme ve beyin hacimlerinde azalma olduğu, frontal lobda küçülme, talamusun algısal işlevleriyle frontal korteks ve cerebellum arasındaki iletim devrelerinde bozulma olduğu görülmektedir. Beyin yapısında meydana gelen bu değişikliklerin, hastalarda uyarıların alınıp beyne iletimi sırasında ayıklanma işlevlerinde yetersizlik oluşturduğu, bu durumun ise hastaların beyinlerine olması gerekenden fazla bilgi iletilmesine yol açtığı sonucunu ortaya koymaktadır.⁴¹

Gebelik süreci ile ilgili nedenler; şizofreni hastalığının, obstetrik süreçte yaşanan komplikasyonlardan etkilendiği, bu tür komplikasyonların şizofreni hastalığının 25 yaş öncesinde ortaya çıkmasına etki ettiği bilinmektedir. Özellikle fetal dönemde meydana gelen perinatal anomaliler (genel olarak hipoksi, asfiksi, toksemi gibi beyin oksijensiz kalmasına neden olan travmalar) şizofreni riskini 1.3-2 kat arttırmaktadır. Fetal dönemde yaşanan bu tür travmalar, hastalığın başlangıcını erken yaşlara çekmekle beraber hastalığın kronik seyrini ve negatif belirtilerin yaşanma miktarını da olumsuz etkilemektedir.⁴² Bununla birlikte yapılan çalışmalar obstetrik süreçte annenin yaşadığı

stresli durumlar, madde kullanımı, preterm-postterm eylem, düşük ağırlıklı doğum, Rh kan uyuşmazlığı, baş çevresinin normalden küçük olması gibi durumların da şizofreni riskini arttırdığı sonucunu ortaya koymaktadır.^{43,44}

2.2.2. Çevresel Etkenler

Şizofreninin etyolojisinde genetik nedenlerin araştırıldığı çalışmalarda tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranının %40-45 olarak bulunması, hastalığın etyolojisinde çevresel nedenlerin araştırılması fikrini ortaya koymaktadır.⁴⁵ Yapılan araştırmalar, düşük sosyoekonomik durum ve buna bağlı olarak yaşanan stres, kış sonu ve ilkbahar başlangıcı gibi enfeksiyonlara açık aylarda doğmak, madde kullanımı, olumsuz ebeveyn tutumları gibi çevresel etmenlerin şizofreninin etyolojisinde önemli yere sahip olduğunu ortaya koymaktadır.^{1,46}

Psikodinamik yaklaşımlar; bu yaklaşıma göre, şizofreninin temelinde çocukluk çağında yaşanan olaylar etkili olmaktadır. Gelişim dönemlerindeki aile yaşantısının şizofreninin ortaya çıkışını etkileyebileceği savunulmaktadır. Yani hastalığın başlangıcı çocukluk yıllarına dayandırılmaktadır. Bu dönemlerdeki düşük benlik saygısı, id-ego-süperego biliş düzeylerinde yaşanan olumsuzluklar, sevgi ve nefret duygularıyla ilgili problemlerin şizofreni ve diğer ruhsal hastalıkların temelini oluşturduğu düşünülmektedir.⁴⁷

2.3. Şizofrenide Tanı Kriterleri Dsm V

Şizofrenide yaygın olarak kullanılan tanı ölçütü olan DSM V kriterleri aşağıda gösterilmiştir.⁴⁸

A. Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.

1. Sanrılar

2. Varsanılar
 3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmaz konuşma)
 4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.
 5. Negatif belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışamama).
- B. Bu bozukluğun başlangıcından beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişiler arası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).
- C. Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) 9 belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca negatif belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.
- D. Şizoaffektif bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon ya da bipolar bozukluk dışlanır, çünkü ya
1. Açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak majör depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da
 2. Açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

- E. Bu bozukluk, bir maddenin (ör. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkilerine bağlanamaz.
- F. Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanısıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.⁴⁸

2.4. Şizofrenide Belirtiler

Şizofreni, farklı klinik belirtilerin biraraya geldiği karmaşık bir hastalık tablosu oluşturmaktadır. Halüsinasyon, sanrı, düşünce bozuklukları, konuşmada bozulma, uykusuzluk, aşırı hareketlilik gibi psikomotor bozukluklar, duygulanım bozuklukları, olaylara karşı ilgisizlik hastalığın başlıca belirtileri arasında yer almaktadır.⁴⁹ Şizofreni belirtileri genel olarak pozitif belirtiler, negatif belirtiler ve bilişsel belirtiler olarak üç başlık halinde incelenmektedir.³

2.4.1. Pozitif Belirtiler

Pozitif belirtiler, normalden sapma, önceden olmayan belirtilerin giderek artması ve aşırılığı olarak ele alınan özelliklerdir. Bu özellikler genel olarak dezorganize konuşmalar, sanrılar, varsanılar ve dezorganize davranışlardan oluşmaktadır.³

Pozitif belirtiler, genelde hasta bireylerin ilaç kullanımıyla düzelme gösterirken, ilaç bırakıldığında ya da psikoaktif madde kullanıldığında yeniden ortaya çıkabilmekte hatta negatif belirtilere doğru kayma özelliği göstermektedir. Pozitif belirtilerin hasta bireylerdeki en önemli belirleyicisi düşünce bozukluklarıdır ve bu süreç üç aşamada karşımıza çıkmaktadır. Hasta bireyin düşüncelerini organize edememesi (dezorganize düşünceler), düşündüklerini anlamlı ve bir bütün olarak düzenleyememesi bu sürecin ilk basamağı olan düşüncedeki yapısal bozuklukla ilişkilidir. Hasta birey düşündüklerini ifade ederken karmaşık kelimeler kullanır, laf salatası(konuyla ilişkisiz karışık sözcükler)

yapar ve bu durum bireyle konuşma esnasında kolayca fark edilmektedir. Neolojizm(yeni sözcükler uydurma), düşüncenin fakirleşmesi de bu sürecin belirtileri arasında yer almaktadır.⁵⁰

Bu sürecin ikinci basamağı ise hasta bireylerde meydana gelen düşüncenin içeriği ile ilgili bozukluklardı. Düşünce içeriği ile ilgili bozulmaların büyük bir kısmını sanrılar oluşturmaktadır.⁵⁰ Sanrı; karşıt yönde delillere rağmen hasta bireyin gerçeklerle ilgili değiştirilemeyecek yanlış inanışlarıdır ve bu durum birçok psikotik bozuklukta görülmektedir.⁵¹ Sanrılar; kötülük görme(perseküsyon sanrısı), alınma(referans sanrılar), mistik ve somatik sanrılar gibi farklı şekillerde ortaya çıkmaktadır. Sanrılarının içeriği zamanla değişme özelliği gösterebilmektedir.⁵⁰

Sürecin son basamağını ise algı bozuklukları oluşturmakta, varsanı ve yanılsamalarla kendini göstermektedir.⁵⁰ Varsanı; beş duyu organının herhangi biriyle ortamda olmayan bir uyarının varmış gibi algılanmasıdır. Varsanılarda sanrılar gibi şizofreni dışındaki ruhsal bozukluklarda da görülebilmektedirler.⁵¹ Şizofrenide en sık karşımıza çıkan varsanılar işitsel varsanılar, ikinci olarak ise görsel varsanılar yer almaktadır.⁵⁰ Tansel ve arkadaşlarının⁵² 144 şizofreni hastası ile yaptıkları bir çalışmada çalışmaya katılan hastaların %64.6'sında işitsel varsanı, %25.0'ında ise görsel varsanı meydana geldiği görülmüştür.

2.4.2. Negatif Belirtiler

Negatif belirtiler, bireylerde normalde olması gereken işlevlerin olmayışı ya da sonradan kaybolması şeklinde ortaya çıkan belirtilerden oluşmaktadır. Negatif belirtiler şizofreni hastalarının işlevsellik düzeylerinde azalma meydana geldiğini göstermektedir. Genel olarak duyguları ifade etmede azalma(afektif küntlük), düşüncenin ve konuşmanın fakirleşmesi(aloji), amaca yönelik işlevlerde, istek ve iradede azalma(avolüsyon), bireyin daha önceden zevk aldığı şeylerden artık zevk alamaması(anhedoni), bireysel bakımda

azalma, bireyin kendini etraftan izole ederek içe çekilmesi şizofreninin negatif belirtileri arasında yer almaktadır.³

2.4.3. Bilişsel Belirtiler

Bilişsel belirtiler, hastalığın başlangıcından itibaren ortaya çıkan, dikkat, bellek işlem hızı, öğrenme gibi çeşitli bilişsel alanlarda meydana gelen bozulmalardan oluşmaktadır.⁵³ Beyne gelen dış uyaranların taranarak inhibe edilmesi, filtrelenmesi aşamalarında meydana gelen bozulmalar ve buna bağlı oluşan uyaran fazlalığı şizofreni hastalarında bilişsel bozulmalara yol açmaktadır.⁵⁴ Bilgi işleme aşamalarının her birinde rol oynayan bellek, şizofreni hastalarında yeterli işlevi görememektedir. Belleğin geçici depolama işlevlerinde oluşan bozulmalar, davranışlara kaynak oluşturacak kısa süreli belleğin görevini yerine getirmesini olumsuz yönde etkilemektedir.⁵⁵ Şizofrenide tedavi sonrası pozitif ve negatif belirtilerde meydana gelen düzelme, bilişsel belirtilerde aynı düzeyde etki gösterememektedir. Bu durum bilişsel belirtilerin tedavisinin daha güç olduğunu göstermektedir.⁵⁶

2.5. Şizofrenide Tedavi, Gidiş ve Sonlanış

2.5.1. Şizofrenide Tedavi

Şizofreni, tam olarak sebebi belirlenemeyen bir hastalık olduğu için, tedavisi de nedene yönelik olmaktan ziyade, belirtileri ortadan kaldırmaya yöneliktir. Kullanılan tedavi yöntemleri ise temelde üç amaca hizmet etmektedir. Bu amaçlar;

1. Şizofreninin hasta bireylerde meydana getirdiği klinik belirtileri ortadan kaldırmak ya da bu belirtilerin yaşanma oranını azaltmak
2. Şizofreni hasta bireyleri psikolojik ve sosyal yönden etkileyen bir hastalık olduğu için bireylerin psikososyal işlevsellik düzeylerini arttırmak ve bireylerin yaşam kalitesini en üst düzeyde iyileştirmek

3. Hasta bireylerin yaşamlarına dair hedefler edinmelerine yardımcı olmak suretiyle iyileşmelerine katkıda bulunmak⁵

Günümüzde, şizofreni hastalığında psikoz büyük oranda kontrol altına alınırken, diğer yandan nörobilişsel bozukluklar ve negatif belirtilerin ortadan kaldırılması başarılması gereken hedefler arasında yer almaktadır.⁴⁸ Şizofreni hasta bireylerde bilişsel, sosyal, fiziksel yönlerde bozulmalara yol açan ve %80 oranında yaşam boyu devam eden bir hastalık olduğu için, bozulan yönleri tedavi etmeye yönelik çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. Bu yöntemlerin bazıları; farmakolojik tedavi, somatik sağaltım yöntemleri, elektrokonvülsif tedavi(EKT), tamamlayıcı tedaviler ve psikososyal terapilerdir.⁵

Temelde bu üç amaca hizmet eden şizofreni tedavi yöntemlerini başlıca ele alalım.

2.5.1.1. İlaç Tedavisi

Psikofarmakolojik tedavi olarak da adlandırılan ilaç tedavisi, şizofreni tedavisinde önemli bir yere sahiptir. Bir yıl içerisinde ilaç kullanmayan hastalarda %70 oranında tekrarlama görülürken, ilaç kullanan hastalarda %30 oranında tekrarlama görüldüğü yapılan çalışmalar arasında yer almaktadır.⁵⁷ Tarihe bakıldığında 1952 yılında klorpromazinin keşfedilmesi, şizofreninin farmakolojik tedavisine öncülük etmiştir. Bu dönemde keşfedilen ilaçlara birinci kuşak antipsikotik denilmesi sebebiyle klorpromazin de birinci kuşak antipsikotik ismiyle adlandırılmıştır. Daha sonraları 2000’li yıllarda keşfedilen antipsikotik ilaçlar ikinci kuşak antipsikotik ya da atipik antipsikotik olarak adlandırılmıştır. Bu grup ilaçların başlıcaları arasında; amisülpirid, ziprosidon, poliperidon, klozapin, risperidon, aripiprazol, olanzapin ve ketiapin yer almaktadır.⁵⁸

Şizofreninin pozitif ve negatif belirtilerine etki etme bakımından birinci kuşak ya da tipik antipsikotiklerle ikinci kuşak ya da atipik antipsikotikler birbirinden ayrılmaktadırlar. Tipik antipsikotikler, şizofreninin pozitif belirtilerine etki eden dopamin

reseptör antagonistleridir ve bu grup ilaçlar etki mekanizması olarak birbirlerine benzerlik göstermektedirler. Beynin orta beyin, fronto-temporal korteks ve limbik sisteminde bulunan D₂ dopaminerjik reseptörleri inhibe ederek etki göstermektedirler. Tipik antipsikotiklerin yalnızca dopamin iletimini inhibe ederek etki gösterdikleri bilgisi yetersiz kalmaktadır. Bu grup ilaçların, beyindeki adrenalin, histamin, serotonin, glutamat ve GABA gibi diğer nörotransmitterlere de etki ettikleri düşünülmektedir.⁵⁹

Tipik antipsikotiklerin şizofreninin negatif belirtilerine belirgin oranda etki etmeyişleri, şizofreninin negatif belirtilerini azaltmaya yönelik yeni ilaç ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Atipik antipsikotik ilaçların bulunmasıyla, negatif belirtilerin azalma oranında, hastaların yaşam kalitelerinde ve bilişsel işlevlerinde tipik antipsikotiklere göre daha yüksek düzeyde iyileşme görülmüştür. Atipik antipsikotiklerin akut ekstrapiramidal sendrom(EPS) tarvid diskinezi riskinin tipik antipsikotiklere oranla daha düşük olduğu da bilinmektedir.^{60,61}

2.5.1.2. Elektro-Konvülsif Tedavi (EKT)

EKT yöntemi, beyin dokusuna elektrik akımı verilerek beynin uyarıldığı ve jeneralize nöbetler oluşturularak uygulanan bir tedavi yöntemidir. Bu yöntem, 1938 yılında Cerletti ve Bini tarafından şizofreni hastalığının tedavisinde kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde, antipsikotik ilaçların kullanımının yaygınlaşması sebebiyle çok sık olarak kullanılmamaktadır. Şizofreni hastalarında görülen klinik belirtilerde hızlı iyileşme hedeflendiğinde, hastaların kullanılan ilaçlara istenilen oranda yanıt vermediği durumlarda kullanılmaktadır. Hastalığın tedavisinin ilk zamanlarında antipsikotiklerle birlikte uygulandığı durumlarda, antipsikotiklerin tek başına kullanıldığı tedavilere göre daha iyi sonuçlar verebilmektedir. Yapılan araştırmalar, EKT'nin en büyük yararının tedaviye yanıtı hızlandırmak olduğu sonucunu ortaya koymaktadır.^{35,62,63}

2.5.1.3. Aile Tedavisi

Şizofrenide uygulanan tedavi yöntemlerinin etkinliğinin değerlendirilmesiyle ilgili son yıllarda yapılan çalışmalar, tedavi programına ailenin dahil edilmediği durumlarda uygulanan tedavinin başarısız olduğunu kanıtlanmıştır.⁶⁴ Şizofreni hastalarına primer bakım vericilerin genelde aileleri olduğu düşünülürse, tedavi programına ailenin de dahil edilmesi kaçınılmaz olmaktadır. Ailelerin; hastalarında karşılaştıkları stresli durumlarla baş etmelerini sağlamak, meydana gelebilecek kriz durumlarını etkili ve başarılı bir şekilde çözmelerine katkıda bulunacak şekilde desteklenmeleri gerekmektedir. Şizofreni hastalarıyla sürekli etkileşim içinde olan hemşireler ve diğer sağlık üyelerine, hastaların yanında ailelerinin de iyilik hallerini gözetmek ve karşılaşılabilecek sorunlara çözüm getirebilmelerini sağlamak gibi önemli sorumluluklar düşmektedir.⁶⁵

2.5.1.4. Psiko-Sosyal Beceri Eğitimi

Şizofreni hastalarına yönelik uygulanan tedavi yöntemlerinden biri olan psiko-sosyal beceri eğitimi, psiko eğitim ve sosyal beceri eğitimi olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır. Psikoeğitim; hem hastalara hem de ailelere yönelik düzenlenen eğitim programını içermektedir. Eğitimin içeriği genel olarak hastalıkla ilgili bilgiler, hastalıkta görülen belirtiler, ilaç tedavisi ve bu tedavinin yan etkileri hakkında bilgi, tedavi esnasında ortaya çıkabilecek sorunlar ve bu sorunlarla mücadele etme yöntemleri gibi konuları içermektedir. Psikoeğitimin yararlarıyla ilgili yapılan çalışmalarda hastaların tedaviye uyumlarını arttırdığı, ailelere karşılaştıkları sorunlarla baş etme konusunda sosyal destek sağladığı görülmüştür. Bu yararlar neticesinde hastaların işlevsellik düzeylerinin arttığı, hastaneye yatış sürelerinin kısaldığı ve yatış sayısında da azalma olduğu görülmüştür.^{66,67}

Sosyal beceri eğitiminde amaç ise bireylere; etkili iletişim kurmayı sağlama, göz temasını kullanma, girişken olma gibi basit davranışlardan karmaşık davranışlara doğru beceri kazandırma ve kazandırılan beceriyi pekiştirme, günlük yaşamda uygulamaya geçirmeye katkı sunma şeklinde uygulanan eğitimidir. Bu eğitim esnasında rol-play yapma, pekiştirme ve düzeltme amaçlı geri bildirimde bulunma, tekrar etme, bireyin kendini izlemesine ve yönlendirmesine olanak sunma, ödül sistemi gibi davranışçı yaklaşım yöntemleri uygulanmaktadır.^{68,69}

2.5.1.5. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Diğer Terapiler

Bilişsel davranışçı terapi, şizofreni hastalığında uygulanan standart tedavi yöntemleriyle birlikte uygulanmaktadır. Bireylere toplumsal ve kişilerarası alanda beceri kazandırma, kişinin kendisine yönelik eğitim, sorun çözme becerisi geliştirme, kendini izleme, başa çıkma teknikleri geliştirme, odaklanmayı sağlama, tekrar anlamlandırma-biçimlendirme-normalleştirme, hasta bireyin kendisiyle ya da diğer bireylerle ilgili işlevsiz inançlara yönelme gibi konularda bilişsel davranışçı terapiler uygulanmaktadır.²⁸ Bilişsel davranışçı terapiye ek olarak hastaların bireysel baş etme becerilerini ve sosyal uyumlarını arttırmak, ailelerini hastalığı yönetmede daha etkin hale getirmek amacıyla aile ve grup terapileri, ve bireysel psikosoyal terapi yöntemleri gibi terapiler de uygulanmaktadır.^{37,46}

2.5.2. Gidiş ve Sonlanış

Şizofreni, başlangıç kısmında akut gelişen ya da yavaş yavaş ilerleyen bir hastalıktır. Hastalığın seyri genel olarak akut alevlenmelerle iyileşme dönemlerini kapsayan bir döngü halinde ilerlemektedir. Bu sürecin işleyişi bireyden bireye farklı olmakla birlikte iyilik halleriyle akut alevlenmelerin süresi de yine bireyler arasında farklılık göstermektedir. Hastalık genel olarak ilk beş yıl içerisinde olumsuz bir gidiş sergiyerek yıkıma yol açabilirken, daha sonraki yıllarda dengeli bir seyir

göstermektedir.⁷⁰ Hastalığın seyri genel olarak üç farklı boyutta açıklanmaktadır. Hastaların üçte biri ilk epizottan sonra tekrar psikotik epizot yaşamayıp normal gelişimleri devam eden kısmı oluşturmaktadırlar. Geriye kalan üçte birlik kısım ise aralıklı olarak hastalıktan tekrar etkilenmekte, rezidüel belirtiler görülmekte ve bazı olumlu gelişmeler de yaşamaktadırlar. Bu gruptaki hasta bireyler, hastalığın seyrine bağlı olarak iş performanslarında azalma ya da sosyal hayattan izole olma şeklinde olumsuz gidiş göstergeleri de yaşayabilmektedirler. Geriye kalan üçte birlik kısım ise ilaç tedavisi almayan, yaşamlarını kronik hastalıkla geçiren, hastalığın etkilerini üst düzeyde ve kalıcı olarak yaşayan bireyler oluşturmaktadır.⁴⁶

Şizofrenide hastalığın seyrini belirleyen etkenler, olumlu ve olumsuz gidiş göstergeleri olmak üzere iki şekilde incelenmektedir. Olumlu gidiş göstergeleri arasında başlıca; tedavi esnasında aile ile kurulan düzenli işbirliği, tedaviye erken başlanıp düzenli bir şekilde devam edilmesi ve ilk epizotta uygulanan iyi bir tedavi planının olması, pozitif belirtilerin olması, akut alevlenmelerin sayısının az ve sürelerinin kısa olması, halisünasyon ve sanrılarının daha baskın olması, hastaların zeka düzeylerinin yüksek olması, kırsal alanda yaşam sürme, evli olma, hastalık tanısı konmadan önce hastaların sosyal yaşamlarının iyi olması, ailede duygudurum bozukluğu olan bireylerin varlığı, hastalık başlangıcının ileri yaş ve başlangıcının ani olması, kadın cinsiyeti yer almaktadır.⁷¹

Olumsuz gidiş göstergeleri arasında ise ailede hastanın hayatına müdahale, saldırgan ve eleştirel davranışlar gibi yüksek duygu dışavurumu, şizofreniye ek tanılarının olması, tedaviye düzenli uyulmaması, dezorganize davranışlar, yatış sayısının fazla ve süresinin uzun olması, düşük zeka düzeyi, negatif belirtilerin olması, bekar olma, tanı öncesinde şizoid ya da şizotipal kişilik özelliğinin varlığı, ailede şizofreni öyküsü, erken ve sinsi başlangıç, erkek cinsiyeti yer almaktadır.⁷¹

Şizofreni, hastalığın seyri esnasında önemli yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Bolu Ruh Sağlığı Merkezinde yapılan bir çalışmada araştırmaya katılan şizofreni hastalarının ruh sağlığı merkezinden hizmet almadan önceki yeti yitimi ortalamaları %44.8 olarak bulunmuştur.⁷² Şizofreni, yüksek oranda yeti yitimine yol açan bir hastalık olmasının yanı sıra bireylerde intihar riski oluşturma ve fiziksel hastalıklara yakalanma oranını arttırarak normal insan popülasyonuna göre 12-15 yıl kadar erken ölümle sonuçlanabilmektedir. Şizofreniye bağlı ölüm sebeplerinin arasında intihar önemli yer tutarken, yetersiz beslenme, hareket kısıtlılığı, dengesiz beslenmeye bağlı obezite ve sigara kullanma da önemli hastalıklar arasında yer almaktadır.⁷³

2.6. Şizofreni Hastalığında Hemşirelik Bakımı

Şizofreni gibi bireylerin ruh sağlığında bozulmaya yol açan hastalıklar, bireylerde görülen hastalık belirtilerine bağlı olarak olumsuz toplumsal bakış açısı oluşturmaktadır. İnsanlar, genelde ruh sağlığı bozuk bireylere karşı küçümseyici, onları hastalıklarından dolayı yargılayıcı bir tutum sergilemektedirler. Bundan dolayı ruh sağlığı alanında çalışanların bu hastalıklara yönelik inanış ve tutumları, hastalıkların temel özelliklerini bilmeleri, hastalara sunacakları hizmetin ve tedavinin etkinliğini arttıracaktır. Bu anlamda hastalarla sürekli ve birebir etkileşim içinde bulunan hemşirelere önemli görevler düşmektedir ve bu görev tedaviye önemli derecede katkı sunmaktadır. Hastalığın seyri süresince hemşirenin hastaya sunacağı bakım, tedavinin etkinliğini ve hastalığın seyrini etkileyen önemli bir faktördür. Hastayla etkili ve terapötik iletişim kurmak, güven verici bir ortam oluşturmak, tedavi planına aileyi de dahil etmek, hastalık-tedavi-tedavinin yan etkileri, bunlarla baş etme yöntemlerini öğretmek, toplumun hastalığa karşı olumsuz tutumlarıyla mücadele etme, toplumsal damgalanma ve içselleştirilmiş damgalanmayla başa çıkma yöntemlerini öğretme, intihar düşüncesini açığa çıkararak bu düşüncüyü en aza indirme, en önemlisi bireyi hastalığıyla baş edebilecek konuma getirme hemşirelerin

yapması gereken önemli görevler arasında yer almaktadır.^{2,28} Psikiyatri hemşiresine şizofreni hastasının karşılaştığı zorluklarla baş etmesine katkıda bulunma konusunda doğrudan görevler düşmektedir.⁷⁴ 19 Nisan 2011’de yürürlüğe giren “Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” ‘te psikiyatri hemşiresinin hastaları biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içinde değerlendirerek gerekli hemşirelik bakımını uygulama, tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma, hastaya, ailesine ve klinikteki diğer çalışanlara eğitim ve danışmanlık yapma gibi görevleri tanımlanmıştır.²⁹

Hemşireler, tanımlanan bu görevleri doğrultusunda şizofreni hastalarına bakım verirken bazı esaslara dikkat etmek durumundadırlar. Hastalığın ağır seyrettiği evrelerde hastanede tedavi sağlamak, iyileştirmeyi hızlandırmaya yönelik girişimlerde bulunmak, ve bireyi hedeflenen en üst düzeyde iyilik haline kavuşması için desteklemek psikiyatri hemşiresinin görevleri arasında yer almaktadır. Hasta bireylerin öz bakımını destekleyerek taburculuk sonrasında da kendilerine yeter duruma getirmek ve buna yönelik planlama ve uygulama yapmak, böylece hastaneye yatışları azaltmak önemli hemşirelik görevleri arasında tanımlanmaktadır.⁷⁵

2.7. Travma Sonrası Gelişim

2.7.1. Travma Sonrası Gelişimin Tanımı

İnsanların, dünyayla ilgili temel önermelerinde meydana gelen sarsıntı ve travmatik olaylar, bireylerde olumsuz etkilerin yanı sıra, olumlu bazı etkiler de meydana getirmektedir. İnsanların hayatlarında meydana gelen acıların ve katlanmak zorunda oldukları sıkıntıların bireylerde olumlu yönde kazanımlar sağlayabileceği anlayışı yıllardan beri devam etmektedir. Çeşitli din ve medeniyetlere ait yazılarda acı çekme kavramının insanlar üzerinde olumlu dönüştürücü gücü olduğuna yönelik bilgiler yer almaktadır. Hinduizm, Budizm ve İslam dinindeki öğretilerde, erken dönem Yahudi,

Antik Yunan ve Hristiyan kültür ve medeniyetlerinde acının potansiyel dönüştürücü etkisinden söz edilmektedir.¹⁹ Travma sonrası gelişim kavramının tarihçesi sistematik olarak 1980'lerden sonraya dayanmaktadır. Bu tarihlerde travma sonrası gelişim, olumsuz durumlarda başa çıkma yolu olarak değerlendirilirken, 1980'lerin ortalarına gelindiğinde kişilerin hayatlarında meydana gelen çeşitli acılar neticesinde gelişim yaşanabileceğine dair fikirler ortaya atılmaya başlanmıştır. Bu kavramın net olarak ele alınışı 1990'lara denk gelmektedir. Bu tarihten sonra, travma sonrası gelişime etki eden ya da bu gelişimden etkilenen olaylar ve faktörler ele alınmaya başlanmıştır.⁷⁶ Travma sonrası gelişimin günümüzde kabul gören anlamı; bireyin hayatında meydana gelen kriz, hastalık, ölüm gibi travma yaratan durumlar neticesinde günler, haftalar hatta yıllar süren bir süreçte bireyin çeşitli alanlarda olumlu dönüşümler kazanması, yaşadığı olumsuz durumdan bilişsel, ruhsal ve davranışsal anlamda kendini daha güçlü hissederek çıkması olarak tanımlanmaktadır.⁷⁷

2.7.2. Travma Sonrası Gelişim İle İlişkili Faktörler

Travma sonrası gelişim, hem kişiyle hem de yaşanan travmatik durumla ilgili çeşitli faktörleri etkilediği gibi bazı faktörlerden de etkilenmektedir. Bu faktörler genel olarak stres, kişilik özellikleri ve başa çıkma mekanizmaları, sosyal destek, sosyo-demografik özellikler, dünya görüşü ve ruminasyon şekli olarak sıralanmaktadır. Bu faktörler bireysel farklılıklara ve travmatik olayın yaşanma durumuna göre farklı şekillerde etki etmekte ya da bu durumdan etkilenmektedir.⁷⁸⁻⁸⁰

2.7.2.1. Stres

Yaşanılan travmatik bir olayın, bireyde yarattığı en büyük etkilerinden biri strestir. Stresle başetme bireyde bazı olumlu değişiklikleri meydana getirmektedir.^{81,82} Travma sonrası gelişimin, yaşanan yoğun stresli bir olayın yol açtığı travma sonrası ortaya çıktığı kabul görse de yaşanan bu stresin travma sonrası gelişimden sonra da devam edip

etmediğiyle ilgili farklı çalışma sonuçları literatürde yer almaktadır. Bazı çalışmalarda travma sonucunda verilen tepkinin bireyin yaşadığı depresyon ve anksiyete düzeyini düşürdüğü yönünde sonuçlar ortaya konmuştur. Yapılan bazı çalışmalarda ise travma sonrası gelişimden sonra bireylerin stres düzeylerinde düşüş meydana gelmediği sonucunu ortaya koymuştur.⁸³⁻⁸⁶

2.7.2.2. Kişilik Özellikleri ve Başa Çıkma Mekanizmaları

Kişilik özellikleri, travma sonrası gelişimi etkileyen başka bir kavram olarak literatürde yerini almaktadır. Yapılan araştırmalarda dışa dönük olma, tecrübeye açık kişilik yapısı, sevecen ve vicdanlı olma, manevi duyguları yüksek olma, iyimserlik gibi kişilik özelliklerinin travma sonrası gelişimi iyi yönde etkilediği, duygu ve kaygı bozukluğunun yaşandığı nevrotik kişilik özelliğinin ise olumsuz olarak etkilediği sonucu ortaya konmuştur.^{81,84} Karancı ve ark.⁸⁷ yaptıkları bir çalışmada gelişime açıklık, olumlu kişilerarası ilişkiler ve kendilik algısında değişimin Travma sonrası gelişim ile ilişkili olduğu sonucuna varılmıştır. Yine Latin Amerika’da kronik hastalığı olan bir grup bireyle yapılan bir çalışmada benlik saygısı ve öz yeterlilik ile travma sonrası gelişim arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu saptanmıştır.⁸⁸

Travma sonrası gelişime etki eden bir diğer bileşen ise bireyin kullandığı baş etme mekanizmasıdır. Lazarus, baş etmeyi genel olarak bireye ait kişisel kaynaklarla durumun gerektirdikleri arasındaki dengeyi sağlamaya yönelik kullanılan strateji ve bir değerlendirme aşaması olarak ele almıştır.⁸⁹ Stresli bir durumla ya da krizle karşılaştıklarında bu durumun üstesinden gelebilmek için farklı baş etme teknikleri kullanırlar. Karşılaşılan bu tür durumlarla baş etmede olumlu sonuçlar doğurabilecek tek bir yöntem uygulamak yerine bu durumun üstesinden gelebilmek için travmanın türüne uygun farklı baş etme yöntemlerini kullanmalarının daha olumlu sonuçlar doğurduğu bilinmektedir.⁹⁰ Özlü ve ark.⁹¹ şizofreni hastasına bakım verenlerde yaptıkları bir

çalışmada problem odaklı başa çıkma tekniğini kullananlarda, başa çıkma toplam puanı ile travma sonrası gelişim arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Travmayla başa çıkmada kullanılan mekanizmalar, bireylere ve travmanın durumuna göre farklılık göstermektedir ve bu teknikler bireylerin travma sonrası gelişimlerini olumlu ya da olumsuz çeşitli şekillerde etkilemektedir.⁹¹

2.7.2.3. Sosyal Destek

Bireylerin aile, arkadaş, akraba gibi etraflarındaki diğer insanlardan gördükleri sosyal destek, travma sonrası gelişimle ilgili faktörler arasında yer almaktadır. Fakat bireylerin yaşadıkları travmatik olayda, çevrelerinden gördükleri sosyal destek sonucunda mı olumlu gelişim gösterdikleri, yoksa travma sonrası gelişimin bir sonucu olarak bireylerle daha etkili ve yapıcı tarzda iletişim ve etkileşim kurulduğu ve buna bağlı olarak çevrelerinden gördükleri sosyal desteğin arttığı birbirinden ayıramamaktadır.⁹² Sosyal destek, bireylerin travma yaratan olayı daha olumlu bir şekilde değerlendirmelerine ve daha yapıcı ve etkili baş etme yöntemleri kullanmalarına katkı sağlamaktadır. İstenildiğinde ve ihtiyaç duyulduğunda bireye yardım edecek ve bireyin ulaşabileceği birilerinin olması, travmayla baş etmede önemli ölçüde destek sağlamaktadır.⁹³ Park ve ark.⁹⁴ yaptıkları çalışmada travma sonrası gelişimle sosyal destek arasında pozitif yönde ilişki bulmuşlardır.

2.7.2.4. Sosyo-Demografik Özellikler

Sosyo-demografik özellikler, travma sonrası gelişimle ilgili farklı alt boyutları olan diğer bir özelliktir. Bu alt boyutlardan biri cinsiyettir. Cinsiyet kavramının hem yaşanan travmanın türüne hem de travmanın sonuçlarına etki ettiği düşünülmektedir.⁹⁵ Kadınların maruz kaldıkları travmatik durumlar arasında cinsel saldırılar çoğunlukta olurken, erkeklerde ise savaş, terör olayları, yaşanan çeşitli kazalar ve cinsel olmayan saldırıların ağırlıkta olduğuna dair çalışmalar yer almaktadır. Bu durum cinsiyet

faktörünün yaşanan travmanın türüne etki ettiği sonucunu ortaya koymaktadır.⁹⁶ Çeşitli kültürlerde ve çeşitli travmatik olaylarla yapılan çalışmalarda kadınların yaşanan travmatik olayın ardından erkeklere oranla daha fazla olumlu gelişim gösterdikleri sonucuna varılmıştır.⁹⁷⁻¹⁰⁰ Travma sonrası gelişimi etkileyen bir diğer sosyo-demografik unsurun ise yaş olduğu yapılan çalışmalar sonucunda belirtilmektedir. Travma sonrası gelişimin yaşla ilişkisine bakıldığında gençlerin travma sonrası yaşlılara göre daha fazla pozitif gelişim gösterdikleri yani travma sonrası gelişimlerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir.⁹⁹ Konuyla ilgili yapılan başka bir çalışmada ise travma sonrası gelişimin belli bir yaş sınırına kadar artış gösterdiği, sonrasında ise giderek azaldığı saptanmıştır.¹⁰¹ Travma sonrası gelişimle ilişkili olduğu saptanan diğer bir kavram ise bireylerin medeni durumlarıdır. Konuyla ilgili yapılan çalışmalarda bu iki kavram arasındaki ilişki farklılık göstermektedir. Onkoloji hemşireleriyle yapılan bir çalışmada medeni durumla travma sonrası gelişim arasında ilişki saptanmamıştır.¹⁰² Kolokotroni ve ark.¹⁰³ yaptıkları sistematik derlemede ele aldıkları çalışmalar doğrultusunda travma sonrası gelişimle medeni durum arasındaki ilişkinin kesin olarak belirlenemediğini belirtmişlerdir. İş durumu ve gelir durumu da travma sonrası gelişimle ilişkili sosyo-demografik faktör olarak incelenmektedir. Konuyla ilgili yapılan bir çalışmada travma sonrası gelişimle bir işe sahip olma arasında anlamlı pozitif bir ilişkinin varlığı saptanmıştır.¹⁰¹ Yine konuyla ilgili yapılan başka bir çalışmada bireylerin gelir düzeyiyle travma sonrası gelişim arasında anlamlı pozitif bir ilişki bulunmuştur. Aynı çalışmada eğitim düzeyiyle travma sonrası gelişim arasındaki ilişki incelenmiş ve yine anlamlı pozitif ilişkinin olduğu sonucuna varılmıştır.¹⁰⁴

2.7.2.5. Dünya Görüşü ve Ruminasyon Şekli

Bireyler, yaşadıkları travmalı olay sonrasında bu durumu travmanın doğası gereği önceki düşünce yapılarıyla anlamlandıramazlar ve olaya anlam yüklemek adına yeni

dünya görüşü oluşturmaya çalışırlar.¹⁰⁵ Bu yeni dünya görüşü oluşturma esnasında bireyler, travma öncesi düşünce yapılarına göre daha olumlu bir bakış açısı geliştirebilirler ve bu yönde bir değişim gösterebilirler. Bu durum, travma sonrası gelişim için önemli bir aşama oluşturmaktadır.^{106,107} Travma sonrası gelişim için önemli bir yeri olan ruminasyon kavramı; ruminasyon, bireyin herhangi bir olay ya da durumla alakalı tekrarlayan düşünceleri⁸¹ ya da kişinin yaşadığı şeylerle ilgili kendine yönelik olumsuz düşünceleri olarak ifade edilmektedir.⁹² Farklı şekillerde ele alınan ruminasyon kavramı, bireyin yaşadığı travmatik olay sonrasında kendisinde oluşan olumsuz etkilerden kurtulması için zihinsel bir uğraşa yönlendirdiğinden, travma sonrası gelişim için önem arz etmektedir.⁷⁶ Ruminasyon; planlanmamış/zorlayıcı ve planlı ruminasyon olarak iki şekilde gerçekleşmektedir. Planlanmamış ruminasyonda, birey yaşadığı travmatik olayla ilgili kontrolsüz olarak sürekli düşünce geliştirirken, planlı ruminasyonda ise birey yaşadığı travmayla baş etmek için istemli olarak ve bir hedef doğrultusunda düşünce geliştirmektedir. Zorlayıcı ruminasyonda birey endişe, stres, depresyon gibi olumsuz düşünceler geliştirirken, planlı ruminasyonda travma sonrası gelişim gibi olumlu kazanımlar elde etmektedir.¹⁰⁸

2.7.3. Travma Sonrası Gelişim Türleri

Travma sonrası gelişim türleri, bireyler arasında farklılık göstermektedir. Farklı bireylerde farklı şekillerde ortaya çıkabileceği gibi, ortaya çıktığında insanların hayatlarına etki etme derecesi de farklılık göstermektedir. Bazı bireylere hayatlarında derece derece etki ettiği gibi bazılarına ise etkisi olmamaktadır. Bireylerin travma öncesi inanışları, kişilik özellikleri ve kültürel özellikleri travma sonrası gelişimlerini şekillendirmektedir.^{109,110} Travma sonrası gelişimin türünü belirleyen etmenler arasında bireyin kendisinden kaynaklı, çevresinden kaynaklı ya da yaşadığı travmatik olaydan kaynaklı sebepler yer almaktadır.⁸⁸

2.7.3.1. Kişilik Algısında Yaşanan Değişim

Travma sonrası gelişim yaşayan bireylerde kişilik algısında ya da diğer bir adıyla benlik algısında meydana gelen değişiklikler üç ayrı kategoride ele alınmaktadır. Bunlardan birisi "hayatta kalana karşı kurban" kavramıdır. Bireylerin yaşadıkları travmatik olaydan sonra olumlu gelişim gösterebilmeleri için yaşadıkları durumdan dolayı kendilerini "kurban" olarak nitelendirmeyip, "hayatta kalan" olarak görmeleri gerekmektedir. Bireylerin bu şekilde düşünmeleri kendilerini özel biri olarak görmelerine, böylece yaşadıkları problemleri daha kolay çözmelerine katkı sağlamaktadır. Kişilik algısındaki değişimin diğer bir alt boyutu ise bireyin yaşadığı travma sonrasında kendini daha güçlü hissetmesi, karşılaşılabileceği zorlukları aşabileceğine olan inancının artması, yani kendine güvenmesidir. Kendine güven, travma sonrası gelişim için son derece önem arz etmektedir. Bazı bireylerde yaşanan travma sonrasında incinebilirlik duygusu gelişmektedir. Bireyler kendi güçlerinin farkına varmakla birlikte zayıf yönlerinin de farkına varırlar. Böyle durumlarda travma sonrası gelişim, sosyal desteğe ihtiyacı olmadığını düşünme ve diğer insanların incinebilirliğini dikkate almama şeklinde ortaya çıkmaktadır. Ancak bu durumun aksine bireyin kendi gücünü fark etmesi ve sosyal desteği kabul ederek destek arama konusunda kabullenici olması, kendisi için fazla yararı olmayan şeyi reddetmesi, travma sonrası gelişim için bireylere katkı sağlamaktadır.⁷⁶

2.7.3.2. Kişilerarası İlişkilerde Yaşanan Değişimler

Travma yaşayan bireyler, bunun etkisini hayatlarında çeşitli alanlarda görmektedirler. Bunlardan birisi de kişilerarası ilişkilerdir ve travma yaşayan bireylerin sosyal çevreleri, aileleri, etraflarında bulunan ve etkileşim halinde oldukları diğer insanlarla iletişimleri de yaşadıkları travmadan etkilenebilmektedir. Bu etki, olumlu ya da olumsuz yönde kendini göstermektedir. Ancak travma sonrasına bireylerin olumlu

gelişim göstermelerine paralel olarak kişilerarası ilişkilerinde de olumlu değişimler yaşanabilmekte, daha duygusal ve güçlü bağlar kurulabilmektedir.¹¹¹ Bireyler, yaşadıkları zorlu travma karşısında çevrelerindeki insanlardan destek görünce insanların değerli olduğunun ve kendilerinin diğer insanlar tarafından önemsendiklerinin farkına vararak kişilerarası ilişkilerine daha çok değer vermekte, insanlarla olan duygusal bağlarını güçlendirmektedirler. Yapılan çalışmalar, travma yaşayan bireylerin kendileriyle benzer durumu yaşayan diğer bireylerle daha güçlü bağlar kurdukları sonucu ortaya koymaktadır.^{112,113}

2.7.3.3. Yaşam Felsefesinde Değişim

Bireyler, yaşadıkları travmanın ardından yaşam felsefelerinde birtakım değişiklikler yaparak gelişim gösterebilmektedirler. Bu değişimleri farklı kategorilerde kendini göstermektedir. Yaşadıkları travmanın ardından kendisine hayatta bir şans daha verildiğini düşünen bireylerin, hayatlarının her gününe daha çok değer verdikleri ve küçük şeylerden mutluluk duydukları belirtilmektedir. Diğer bir yandan travma sonrasında yüksek düzeyde hassasiyet yaşayan bireylerin yaşamlarının değerini daha çok anlamalarına bağlı olarak önemsiz saydıkları şeylere zaman ayırmadıkları da belirtilmektedir.¹¹⁴

Travmatik olay, yaşamda basite alınan bazı değerlerin önemini de açığa çıkarmaktadır. Ağır bir hastalık tanısı almak, kaza geçirmek, yakınıni kaybetmek gibi travmatik durumlar bireylerin varoluşsal konularla daha çok ilgilenmelerine sebep olabilmekte ve hayata karşı yeni bir bakış açısı kazandırabilmektedir.⁷⁶ Yaşam felsefesinde yaşanan değişimin diğer bir kategorisi ise bireylerin gösterdikleri manevi gelişimdir. Travma yaşayan bireylerde yaşanan olay sonrasında manevi anlamda daha güçlü duygular oluşabilirken diğer yandan travmanın ağır sonuçlarına maruz kalan bireylerin dini inançlarında sarsılmalar meydana gelebilmektedir. Avrupa edebiyat ve

felsefesinde psikolojik etkiler yaratan travmaya pozitif yönde geliştirilen uyum ve bilgelik önemli ve içeriği zengin bir konu olarak ele alınmaktadır. Travma sonucu yaşam felsefesindeki değişimin diğer bir kategorisi bilgelik kavramıdır. Bu kavram temel olarak üç terimin birleşimi olarak ele alınmaktadır. Belirsizliği tanıma ve yönetme, birey olarak sınırlarını tanıyıp kabullenme, duygu ile bilişi birleştirme üçlüsü üzerine temellendirilmektedir.¹¹⁵

2.7.4. Travma Sonrası Gelişim Modelleri

Travma sonrası gelişim, travma olarak nitelendirilen durumun doğal bir sonucu olarak ortaya çıkmayıp bazı faktörlerin etkisiyle bireylerin yaşadığı değişimler sonucu oluşmaktadır. Yani bu durum travma yaşayan her bireyde gözlemlenmeyebilir. Bu süreci etkileyen çeşitli faktörler vardır.⁸¹ Bazı araştırmacılar, travma sonrası gelişim süreciyle ilgili olabilecek etkenleri açıklamak amacıyla bazı kuramlar geliştirmişlerdir. Konuyla ilişkili bir çok model olmasına karşın bu kısımda travma sonrası gelişim hakkında en çok kullanılan modellere yer verilmiştir.

2.7.4.1. Schaefer ve Moos'un Yaşam Krizleri ve Kişisel Gelişim Modeli

Schaefer ve Moos, bireylerin yaşamsal krizlerinin ardından yaşadıkları olumlu sonuçları ifade etmek için bu kuramı geliştirmişlerdir. Bu modelde, bireylerin kendilerinden ve çevrelerinden kaynaklı bazı faktörlerin yaşam krizlerini biçimlendirdiği, kişilerin baş etme tepkilerini ve olayları değerlendirme şekillerini etkilediği vurgulanmıştır. Bu duruma bağlı olarak bireylerin olumlu kişisel gelişim gösterdikleri, yaşanan kriz durumuyla ilgili pozitif sonuçların ortaya çıktığı varsayılmaktadır.⁸⁰

Bu modelde, kişisel sistem ve çevresel sistem olarak adlandırılan kavramlarla olayla ilgili faktörlere vurgu yapılmaktadır. Kişisel sistem; bireylerin yeterlilik, dayanıklılık ve motivasyon düzeyleriyle, sağlık durumlarını, bireysel kaynaklarını, sosyodemografik özelliklerini ve yaşam deneyimlerini kapsamaktadır. Çevresel sistem

ise bireylerin aile üyeleri, arkadaşları gibi sosyal kaynaklarıyla ekonomik kaynaklarını ifade etmektedir. Olayla ilişkili faktörler de yaşanan krizin süre, şiddet ve etki alanı gibi özelliklerini içermektedir.⁸⁰

Modelde, bireylerin yaşam krizlerini çözmek amacıyla kullandıkları iki önemli baş etme yöntemi arasındaki farka vurgu yapılmaktadır. Bunlardan biri, yaşanan kriz durumunu mantık çerçevesinde ve olumlu sonuçlandırmaya, çözüme kavuşturmaya yönelik çabaları içeren yaklaşma tarzı baş etme tepkisi iken, diğeri ise krizin etkisini azaltacak ve duygusal yükü hafifletecek uğraşlarla, alternatif ödöl arayışından oluşan kaçınma tarzı baş etmedir. Bu baş etme tarzında kişi, sorunu değiştirmenin mümkün olmayacağını düşünür. Schaefer ve Moos'a göre birey, yaşadığı yaşamsal krizden üç olumlu kazanım elde edebilir. Bunlar; sosyal kaynaklarını arttırma, kişisel kaynaklarını arttırma ve baş etme becerilerini geliştirme olarak ele alınmıştır. Kullanılan bu mekanizmaların travma sonrası gelişimi olumlu ya da olumsuz şekillerde etkilediği vurgulanmaktadır.^{80,90}

2.7.4.2. Tedeschi ve Calhoun'un İşlevsel Betimsel Modeli

Bu modele göre bireyler, kendilik algısında, kişilerarası ilişkilerde ve yaşam felsefesinde yaşadıkları değişimlerle üç alanda olumlu gelişim gösterirler. Kişilerin travmatik olay karşısında dış dünyayla ilgili düşünceleri sarsılabilir. Bu durumla baş edebilmek adına bilişsel süreçlere odaklanırlar. Bunun sonucu olarak da belirtilen alanlarda değişim yaşarlar. Yaşanılan bu değişimler olumlu olursa, bireyler travma sonrası gelişim gösterirler.⁸¹

Tedeschi ve Calhoun bu modelde bazı önemli kavramlara vurgu yapmaktadırlar. Bunlardan birincisi kişilik özellikleridir. Birey dışa dönük ve gelişime açık bir kişiliğe sahipse bilişsel süreçleri yüksek farkındalıkla değerlendirecek ve bunun sonucu olarak travma sonrası gelişimi daha kolay yaşayacaktır.⁷⁶ Diğer önemli kavram ise

ruminasyondur. Travmatik olayın yaşandığı ilk durumda bireyler kendiliğinden gelişen bir ruminasyon yaşamaktadırlar. Bu ruminasyon, yaşanan durumla ilgili olumsuz düşünceler, pişmanlıklar gibi negatif ögeleri barındırmaktadır. Yaşanılan bu ruminasyon daha sonraları olayla baş edebilmek adına istemli bir mekanizmaya dönüşür.⁷⁶ Bu sürecin üçüncü basamağında ise bireyin baş etme mekanizmalarının aktif hale gelmesiyle bilgi işleme süreci, yeni şemaların oluşumunu destekleyecek duruma gelir. Ancak kişi baş etme yöntemlerini kullanmaz ise yaşadığı çelişkiler devam eder. Bu sürecin seyri esnasında sosyal destek bireyler için kaçınılmazdır. Kişi travmatik süreç sonunda aldığı sosyal destekle kendini açar ve olumlu gelişim gösterir.^{76,81,82}

2.7.4.3. Calhoun, Tedeschi ve Cann'ın Travma Sonrası Gelişim Modeli

Bu modelde, travma sonrası gelişim aşamasında etkin olabilecek faktörler üzerinde durulmaktadır. Travmatik yaşantı öncesinde bireyin sahip olduğu kişilik özelliklerinin, kültürel etkenlerin ve bireyin inanç sisteminin bu süreçte önemli olduğu vurgulanmaktadır. Yaşanılan travmatik ya da sismik olayın kişi için sarsıcı ve önem arz eden bir durum olması gerektiğine işaret edilmektedir. Olayın sarsıcı olmasının bireyde duygusal strese yol açacağı belirtilmektedir.¹⁰⁹

Kişinin temel inanışlarında sarsılma yaşaması, duygusal yüke neden olabilecek önemli bir etkidir. Yine bu sarsılma sonucunda birey istemsiz bir şekilde olayla ilgili tekrarlayıcı düşünceler geliştirebilir. İstemsiz ruminasyon olarak belirtilen bu süreç, zaman içerisinde yerini istemli ruminasyona bırakır. Bu aşamalar bireyin travmatik olayı anlamlandırması, yeni yaşam hikayesi oluşturabilmesi bakımından yaşadığı işlevsel bilişsel tepkilerdir. Bu süreç sonunda birey nihayet travma sonrası gelişim yaşayabilir. Modelde, travma sonrası gelişim yaşayan bireylerde iyilik hali ve uyumun söz konusu olabileceği öngörülmektedir.^{90,108,109}

Bu model, Tedeschi ve Calhoun'un İşlevsel Betimsel Modeli'nin geliştirilmiş şeklidir. Ancak burada travma sonrası gelişim yaşanan kriz durumunun doğal bir sonucu olarak görülmemektedir. Travma sonrası gelişim yaşayan bireylerin, değişen dünyayı kabul etme, bilgelik geliştirme ve uyum sağlama potansiyellerinin artacağı öngörülmektedir.¹⁰⁹

2.8. Bakım Verme Yüğü

2.8.1. Bakım Verme Yüğünün Tanımı

Bakım verme yüğüünün çeşitli şekillerde tanımı yapılmaktadır. Temelde bireylerin bakım sunarken yaşadıkları psikososyal, ekonomik, fiziksel etkileri tanımlamak için kullanılmaktadır. Bu etkiler, gerek bakım veren birey tarafından gerekse araştırmacılar tarafından farklı şekillerde yorumlanmaktadır.¹¹⁶ Bakım almaya ihtiyacı olan bireye yardım etmek kültürel bir değer olsa da bu durumun zorunluluk olarak algılanması ve yük olarak ifade edilmesi bakım vericilerin kendi yaşamlarını ihmal ederek hayatlarının merkezine bakım vermeyi koymalarına ve korku, sosyal izolasyon gibi olumsuz duygular yaşamalarına sebep olmaktadır. Bu yüzden yük kavramı tanımlanırken bakım teriminin anlamı açıklanıp bakım verme eyleminin sonucunda yaşanan fiziksel ve psikolojik olumsuz durumlar bakım yüğü olarak ifade edilmiştir.^{116,117} Bakım kavramını ise Türk Dil Kurumu(TDK) “*bakma işi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek, birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi*” olarak tanımlanmaktadır.¹¹⁸ Yüğü kavramı da araştırmacıların, bakım verme işinin doğurduğu olumsuzlukları tanımlamak için kullandıkları bir terimdir.¹¹⁷ Genel olarak bakım verme yüğü, bakıma ihtiyacı olan bireye yardım ve gerekli desteğı sağlamadan kaynaklanan olumsuz deneyimler, zorluklar ve algılanan strese karşı oluşturulan çok yönlü cevap olarak ifade edilmektedir.¹²

Bakım verme eyleminin bireyler üzerinde oluşturduğu olumsuzluklar, yaşanan etkinin durumuna göre iki şekilde incelenmektedir. Bu etkilerden ilk grup öznel yük, diğer grup ise nesnel yük olarak ele alınmaktadır. Öznel yük; bakım vericilerin karşılaştıkları ekonomik, hissiyat ve iş ortamlarında yaşadıkları gerilimle alakalı olan kısımdır. Yani bireylerin yaşadıkları maddi sıkıntıların oluşturduğu gerginlik, duygularını kontrol etmede yaşadıkları zorluklar, bakım vermenin iş ortamına olan etkilerinden kaynaklı gerginlikler, öznel yükü oluşturmaktadır. Nesnel yüke bakılacak olursa, bakım veren bireylerin kendilerini ihmal etmelerinden kaynaklı hastalıklarının artması ya da yeni fiziksel hastalıklarının oluşması, ekonomik anlamda yaşanan yetersizlikler, bakıma harcanan süreyle alakalı yaşanan problemler nesnel yükü oluşturmaktadır. Genel olarak ihtiyacı olan bireyin ihtiyaçlarının giderilmesine yardım etme, mevcut durumun daha da iyi seviyeye taşınması için verilen bakım verme etkinliğinin bakım veren bireyler üzerinde oluşturduğu psikososyal, ekonomik, zaman ve enerji alanlarındaki olumsuzluklar olarak ele alınmaktadır.¹¹⁶

2.8.2. Bakım Verme Yükünün Bakım Veren Bireyler Üzerine Etkisi

Bakım verme, psikolojik, sosyal, ekonomik, fiziksel boyutları olan geniş bir kavram olarak ele alınmaktadır. Bakım yükü de bu boyutlarda ortaya çıkan sorunlar ve güç durumlar olarak değerlendirilmekte, bakım veren bireyler bu alanlarda güçlükler yaşamaktadırlar.¹¹⁹ Bakım verme yükünün bakım veren bireyler üzerindeki etkilerinden bir tanesi fiziksel etkilerdir. Bakım vericilerde dengesiz beslenme, buna bağlı yaşanan gastrointestinal sistem problemleri, iştah azalma, uyku düzensizliği, kilo problemleri, kas iskelet sisteminde meydana gelen ağrılar, bireylerin kendilerine bakmada yetersizlik yaşamaları, çeşitli kardiyovasküler problemler bakım yükünün fiziksel alandaki başlıca etkilerini oluşturmaktadır.^{120,121} Bakım verme yükü, bakım vericilere emosyonel anlamda da etki etmektedir. Kızgınlık, isyan etme duygusu, benlik saygısında yaşanan olumsuz

duygular, depresyon ve anksiyete, ağlama duygusunun artmasıyla birlikte gülmenin azalması ve tüm bunlara bağlı olarak alkol ve ilaç kullanımına meyilli olma, güveneceği bir şeyin olmadığı hissi bakım vericilerin yaşadıkları başlıca emosyonel etkileri oluşturmaktadır.^{122,123} Bakım veren bireyler, sosyal anlamda da bakım yükünün oluşturduğu etkileri yaşamaktadırlar ve çeşitli sosyal problemlere maruz kalmak durumundadırlar. Arkadaş çevreleriyle ve etkileşim halinde oldukları diğer insanlarla olan ilişkilerinde aksaklıklar yaşayabilmektedirler. Bakım veren bireyler, bakım vermekte oldukları bireylerin gereksinimleri doğrultusunda hayatlarına yön vermekte ve plan yapmaktadırlar. Bu durum bireylerin sosyal çevreleriyle olan ilişkilerini etkilemekte, gereksinim duyduklarında aile ve arkadaş çevreleriyle yeterli zaman geçirememelerine neden olabilmektedir. Bütün bunlar bireylerde sosyal anlamda yorgunluk ve yetersizlik duygusunun oluşmasına neden olmaktadır. Bireyler etraflarından yeteri desteği göremezlerse bunun sonucu olarak da sosyal çevrelerinden izole olabilmekte ve yalnızlık, huzursuzluk hissi, benlik saygısında azalma, zorlanma, ümitsizlik gibi duygular yaşayabilmektedirler.^{120,124} Bakım vericilerin bakım verme sürecinde etkilendikleri bir diğer konu ekonomik güçlüklerdir. Evde bakım vermenin oluşturduğu ekonomik sorunlar bireyleri önemli ölçüde etkilemektedir. Bakım vermeyle ilgili en sık karşılaşılan ekonomik problemler; bakım verdikleri bireyin gereksinimleriyle ilgili oluşan masrafların sağlık güvencesi tarafından karşılanmaması, bireylerin bakım verdikleri kişiye ayırmaları gereken zamandan dolayı işlerine yeteri kadar gidememeleri ya da işlerinden ayrılmak durumunda kalmalarıdır. Bu durum bakım veren bireyin hem bakım vermekte olduğu kişinin ihtiyaçlarını karşılamada yetersizlik yaşamasına, hem de kendisinin ve ailesinin gereksinimlerini karşılamada güçlük yaşamasına neden olmaktadır.^{120,125}

2.8.3. Şizofreni ve Bakım Yüğü

Şizofreni hastalığı, uzun yıllar devam eden, bazen seyir esnasında hiçbir gelişme göstermeyen ve bu duruma paralel olarak hastaların ihtiyaçlarının artış gösterdiği bir hastalıktır.¹²⁶ Hastalığın uzun yıllar devam etmesiyle hastalığa sahip bireylerin bir kısmında yeti yitimi meydana gelmektedir. Bu durum, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede yetersizlik, yaşama dair rol ve sorumluluklarını gerçekleştirmede engel teşkil etmektedir. Bununla birlikte hasta bireylerin öz bakımlarını da yerine getirmede sorun yaşamalarına bağlı olarak bir bakım verene ihtiyaç duymaları kaçınılmaz olmaktadır.¹²⁷ Bakım verme işini üstlenen bireyler, çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar ve bu durum bakım verme yükünü oluşturmaktadır. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde oluşan bakım yükünü araştıran çalışmalar gün geçtikçe artmakta ve aile de dahil olmak üzere bakım vericiler üzerinde önemli etkisi olduğu ortaya konmaktadır. Bu durum diğer ruhsal bozukluklarla karşılaştırıldığında, şizofreni hastasına bakım verenlerde bakım yükünün daha çok olduğu saptanmıştır.^{128,129,130} Ülkemizde, iki uçlu bozukluk-1 ve şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin sosyodemografik değişkenlere göre karşılaştırıldığı bir çalışmada şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır.¹³¹

Şizofreninin, işlevsellik düzeyinde azalmayla seyreden bir prognozunun olması, bakım verme yükünü de bu duruma paralel olarak arttırmaktadır. Hıjartag ve ark.¹³² yaptıkları bir çalışmada şizofreni hastalarının işlevsellik düzeylerinde meydana gelen azalmanın bakım yükünü arttırdığı saptanmıştır. Ülkemizde de şizofreni hastalarının işlevsellik düzeyiyle bakım verenlerin algıladıkları bakım yükünün karşılaştırmasının yapıldığı bir çalışmada, hastaların işlevsellik düzeylerinin artmasıyla bakım verenlerinin bakım yüklerinin azaldığı saptanmıştır.¹³³

Yapılan çalışmalarda, şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin kendilerini yük altında hissetmelerine sebep olduğu düşünülen birkaç faktör üzerinde durulmaktadır.¹³⁴⁻

¹³⁶ Bu faktörler arasında başlıca; bakım veren bireyin eğitim durumu, hastaya olan yakınlığı, bakım verenin cinsiyeti, bakım vericinin ve hastanın yaşı, yine bakım veren bireyin çalışıp çalışmadığı yer almaktadır.¹³⁶⁻¹³⁹ Bunların yanında hastanın kendisinden kaynaklı birçok faktör de bakım yükünü etkilemektedir. Hastalığın alevlenme süreci ve hastaneye yatış sayısı, hastalık süresi, hastanın şizofreniye ek olarak başka fiziksel rahatsızlıklarının varlığı, hastanın cinsiyetine bağlı olarak bakım veren ile cinsiyet uyumsuzluğu yaşaması, hastayla ilgili olarak bakım yüküne etki eden faktörler arasında yer almaktadır.¹⁴⁰ Yine bakım veren bireyin mevcut hastalık durumu, ekonomik durumu ve baş etme stratejilerinin varlığı, hastalığa dair bakış açısı ve inançları, hastanın eğitim durumu, şiddete yatkınlığı, ailenin hastalığa yönelik tutumu ve aile ortamındaki duygusal atmosfer de çalışmalarda bakım yüküne etki eden faktörler arasında yer almaktadır.¹⁴¹⁻¹⁴³

Magliano ve ark.¹⁴⁴ yaptıkları bir çalışmada şizofreni hastalarının yakın çevrelerinin %83'ünün ekonomik, duygusal ve günlük yaşamla ilgili bakım yükü duygusu yaşadıkları ortaya konmuştur. Yine aynı çalışmada ve konuyla ilgili yapılan başka bir çalışmada bakım verenlerin uzun süre işe gidememeleri, hastalığın ortaya çıkardığı ekonomik sorunlar, sosyal yaşamlarına yeterli zamanı ayıramamaları, stres, toplumsal damgalanma, çeşitli kronik hastalıkların varlığı ve fazlaca hastaneye başvurma gibi konulara bağlı olarak bakım yükü yaşadıkları saptanmıştır.^{144,145} Yapılan çalışmalarda da ele alınan bu yük temel olarak iki boyutta ele alınmaktadır. Bunlardan ilki objektif yüküdür. Objektif yük; hasta bireyin bakım vereni rahatsız edecek her türlü davranışı ya da hastalığa bağlı oluşabilecek maddi güçlükler, sosyal hayatta yaşanan zorluklar ve kısıtlamalar, bakım veren bireyde oluşan fiziksel ve ruhsal problemler gibi gözlemlenmesi mümkün olan durumlardır. Bakım yükünde ele alınan diğer konu ise

sübjektif yükür. Sübjektif yük ise objektif yükle alakalı yaşanılan zorlukların bireyleri ruhsal anlamda nasıl etkilediğıyle ilgili belirtilen güç durumlarıdır. Diğer ruhsal hastalıklarda olduğı gibi şizofreni hastalarına bakım verenler de objektif ve sübjektif anlamda önemli yük altındadırlar ve bu konu bakım veren açısından üzerinde durulması gereken sorunlar arasında yerini almaktadır.¹⁴⁶

2.9. Şizofreni Hastasına Bakım Veren Bireylerde Travma Sonrası Gelişim

Durumu

Travmatik olay, bireylerin yaşamlarını tehdit edici bir olay, ölüm, yaralanma, kaza, hastalık ve buna benzer durumları yaşama ya da bu tür durumlara şahit olma şeklinde araştırmacılar tarafından ele alınmaktadır. Travma konusu yıllardır üzerinde durulan ve insanların ruh sağlığını etkileyen önemli etken olarak değeriendirilmektedir.¹⁴⁷ Travma, şizofreni hastasına bakım veren bireylerde de önemli etkiler bırakmaktadır. Hastalık tanısı almayla başlayan ve daha sonra hastalığın seyriyle beraber artan bakım verme, bakım veren bireyler için travmaya dönüşebilmektedir. Bakım veren bireylerin toplumsal damgalanma ve baskıya karşı yaşadıkları ruhsal problemler, ailesel sorunlar, bakım vermenin fiziksel zorluklarına bağlı çeşitli fizyolojik hastalıklar bakım verme sürecini travmatik hale getirebilmektedir. Şizofreni hastasına bakım veren bir grup anneyle yapılan bir çalışmada şizofreni tanısı almanın dahi annelerde travma oluşturduğu sonucu elde edilmiştir. Yine şizofreni hastasına bakımveren bireylerde yapılan başka bir çalışmada ise hastalığa tanı koyulma aşamasında bile bireylerin günlük yaşam aktivitelerini etkilediğı, rutinlerinin bozduğu saptanmıştır.^{148,149} Bu çalışmalar şizofreni hastasına bakım verenlerde yaşanan travmayı ve travmayla başetmeye bağlı yaşanan travma sonrası gelişimin önemini ortaya koymaktadır.

Bireyler bakım verme esnasında travma yaşayabilmektedirler ancak bu durum her her zaman olumsuz sonuçlanmamakta, bireylere önemli ölçüde katkısı da olmaktadır.

Yaşadıkları travmayı, yaşamlarını yeniden şekillendirmek, yeni şeyler yapmak için fırsat ve enerji kaynağı olarak değerlendirip travma sonrası gelişim yaşayabilmektedirler. Yaşanılan bu travma sonrası gelişim, 1980'lerden beri üzerinde durulan ve yaşamı yeniden şekillendirip manevi değerleri farketme konusunda yol gösterici olan önemli bir kavram olarak ele alınmaktadır.²⁰ Şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresyon gibi ruhsal hastalığa sahip kardeşi olan ve olmayan iki grup insanla yapılan bir çalışmada bu ruhsal hastalıklardan herhangi birine sahip kardeşi olan bireylerin travma sonrası gelişimleri daha yüksek bulunmuştur.¹⁵⁰

Şizofreni hastalığının tedavisinde günümüzde kabul gören yaklaşımda kurum temelli tedavinin yerini toplum temelli tedavi almıştır. Bu durum şizofreni hastasına bakım veren bireyleri ve yaşadıkları sorunları, bu sorunlarla başetme mekanizmalarını önemli kılmıştır. Bakım verme sürecinde yaşadıkları travmatik durumların zorluğuna rağmen bu bireylerde travma sonrası gelişimin görülmesi, bireylerin bakım vermedeki etkinliklerini de arttırmaktadır. Yani bu bireyler, yaşamlarına yeniden yön vermekte, manevi anlamda kendilerini daha güçlü hissederek hayatlarına bu bağlamda şekil vermektedirler.¹⁴⁹ Şizofreni hastasına bakım verenlerde yaşanan travma sonrası gelişim ve bunun bakım yüküne etkisi yapılan sınırlı çalışmayla bilinirken konuyla ilgili kapsamlı çalışma az sayıda yer almakta, bu durum detaylı çalışma yapmanın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

3. MATERYAL VE METOT

3.1. Araştırmanın Türü

Şizofreni hastasına bakım veren bireylerde travma sonrası gelişimle bakım yükünü ve bu ikisi arasındaki ilişkiyi incelemeyi hedefleyen bu araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı nitelikte gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Değişkenleri

Bağımsız Değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, medeni durum, çalışma durumu, bakım verme süresi bu araştırmanın bağımsız değişkenleridir.

Bağımlı Değişkenler: Travma Sonrası Gelişim Ölçeği ve Zarit Bakım Yüğü Ölçeği puan ortalamaları bu araştırmanın bağımlı değişkenleridir.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, şizofreni hastasına bakım veren bireylerde travma sonrası gelişim ile bakım yükü arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Araştırmanın Soruları:

- Şizofreni bakım vericilerinin travma sonrası gelişimleri ne düzeydedir?
- Şizofreni bakım vericilerinin bakım yükleri ne düzeydedir?
- Şizofreni bakım vericilerinin travma sonrası gelişim ölçeği puan ortalaması ile bakım yükü ölçeği puan ortalaması arasında bir ilişki var mıdır?

3.3. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Araştırma, 15 Ocak 2020-30 Eylül 2020 tarihleri arasında Erzurum Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne gelen ve kayıtlı şizofreni hastalarına birinci dereceden bakım veren bireyler ile yürütülmüştür.

Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, toplamda 2 psikiyatrist, 5 hemşire, 2 güvenlik görevlisi, 1 sosyal hizmet uzmanı, 1 iş uğraş terapisti, 1 müzik ve spor hocası gibi değişen halk eğitim merkezi görevlileri ile

ruhsal hastalığı olan bireylere hizmet veren bir kurumdur. Kurum, 08-17 saatleri arasında hizmet vermektedir. Hastalar servisle evlerinden alınıp, çıkış saatinde tekrar evlerine bırakılmaktadırlar. Kuruma aktif devam eden hastalar dışında diğer kayıtlı olan hasta bireyler için belirli aralıklarla ev ziyaretleri yapılmaktadır.

3.4. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evrenini, 15 Ocak 2020-30 Eylül 2020 tarihleri arasında Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne gelen ve kayıtlı şizofreni hastalarına birinci derece bakım veren bireyler oluşturmaktadır. (N=176) Örneklemi belirlemek için 'evreni belirli olan gruplardan örneklem hesaplama formülü' kullanılmıştır. Bu formüle göre %95 aralığında bir güvenilirlik elde etmek için 81 bakım vericiye ulaşılması yeterli bulunmuştur (n=81). Belirtilen zaman aralığında kuruma başvuran ve araştırmaya alınma kriterlerini taşıyan 146 bakım veren ile araştırma tamamlanmıştır.

Ayrıca çalışmanın örneklem büyüklüğünün yeterliliğini belirlemek için post hoc güç analizi yapılmıştır. Yapılan güç analizinde çalışmanın 0.05 anlamlılık düzeyinde %95 güven aralığında çalışma gücünün 0.99 olduğu belirlenmiştir (Correlation H1=0.42, lower critical $r=-0.184$, Upper Critical $r=0.184$, power 0.99). Bu değer örneklemin yeterli olduğuna işaret etmektedir.

Araştırmaya Alınma Kriterleri

- Bakım verenin hastanın bakımından primer sorumlu olması ve hastayla aynı evde yaşaması
- Bakım verenin herhangi bir ruhsal probleminin bulunmaması
- Bakım verenin iletişime engel bir durumunun bulunmaması

Araştırmadan Çıkarılma Kriterleri

- Araştırma sürecinde bakım verenin bedensel ya da ruhsal bir sorununun oluşması

3.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Bu araştırmanın sınırlılığı, şizofreni hasta sayısının sınırlı olması ve pandemi nedeniyle kuruma gelen bakım verenlerin sayısındaki azalmadır. Araştırmanın sonuçları yalnızca Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı şizofreni hastalarına bakım veren bireylere genellenebilir.

3.6. Veri Toplama Yöntemi ve Kullanılan Araçlar

Veriler, araştırmacı tarafından hastalara bakım veren bireylerle yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Veri toplamak için sosyodemografik veri formu, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Travma Sonrası Gelişim Ölçeği kullanılmıştır.

Sosyodemografik Veri Formu (EK-4)

Sosyodemografik veri formu, katılımcıların gizlilik hakları ön planda tutularak ve araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Yaş cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu, eğitim durumu, hastaya yakınlık durumu, hasta ile aynı evde yaşama durumu ve hastaya bakım verme süresini içeren 8 sorudan oluşmaktadır.(EK-4)

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (EK-5)

Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBYÖ), Zarit, Reeve ve Bach-Peterson¹⁵¹ tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup, bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Ölçek, Aslı Özlü, Mustafa Yıldız, Tamer Aker⁹¹ tarafından uyarlanmıştır. Orijinal versiyonu 22 maddeden oluşan ölçeğin şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yapılan Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında 3 madde çıkarılmış ve Türkçe versiyonu 19 madde haline gelmiştir. Beşli Likert tipi değerlendirme (1: asla, 2: nadiren, 3: bazen, 4:sık sık, 5: hemen

her zaman) sağlamaktadır. Ölçek toplam puanı her bir maddenin puanının aritmetik toplamından oluşmaktadır. Ölçeğin kesme puanı yoktur ve karşılaştırmalı çalışmalarda kullanılması önerilmektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 19 maksimum puan ise 95 puandır. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Türkçe formunun güvenilirliğinde Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur.

Ölçeğin Türkçe formunun geçerliliğinde Maslach Tükenmişlik Ölçeği ile gerek toplam puanları gerek alt ölçekleri arasında anlamlı korelasyon saptanmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde toplam varyansın %60.93 'ünü açıklayan 5 faktör elde edilmiştir:

1. Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması ölçeği, bu alt ölçekten minimum 7 puan maksimum 35 puan alınmaktadır (1., 2., 8., 9., 10., 14., 16. maddeler).
2. Sinirlilik ve kısıtlanmışlık ölçeği, bu alt ölçekten minimum 3 puan maksimum 15 puan alınmaktadır (3., 7., 19. maddeler).
3. Toplumsal ilişkilerde bozulma ölçeği, bu alt ölçekten minimum 3 puan maksimum 15 puan alınmaktadır (4., 11., 15. maddeler).
4. Ekonomik yük ölçeği, bu alt ölçekten minimum 4 puan maksimum 20 puan alınmaktadır (5., 13., 17., 18. maddeler).
5. Bağımlılık ölçeği, bu alt ölçekten minimum 2 puan maksimum 10 puan alınmaktadır (6., 12. maddeler). Ölçek şizofreni ve alzheimer hastalığı gibi ağır ruhsal hastalığı olanların bakım verenlerinde uygulanabilir niteliktedir.¹⁵² (EK-5)

Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (EK-6)

Tedeschi ve Calhoun¹¹⁰ tarafından 1996 yılında tehdit edici yaşam olaylarından sonra bireylerdeki olumlu değişimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Alt boyutları “yeni olasılıklar”, “diğerleriyle ilişkiler”, “kişisel güçlenme”, “manevi değişim” ve “hayatın değerini bilme” olan ölçek 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek altılı derecelendirme (0= hiç yaşamadım, 1= çok az yaşadım, 2= az derecede yaşadım, 3= orta

derecede yaşadım, 4= oldukça fazla yaşadım, 5= aşırı derecede yaşadım) ile puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 0-105 arasında değişmektedir. Orijinal ölçeğin güvenirlik çalışması 199 erkek 405 kadın üniversite öğrencisi ile gerçekleştirilmiştir. Ölçekten alınan puanların artması travma sonrası gelişimin arttığına işaret etmektedir. Toplam ölçek için Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .90, yeni olasılıklar alt boyutu .84, kişilerarası ilişkiler alt boyutu .85, kişisel güçlenme alt boyutu .72, ruhsal değişim\güçlenme değişim alt boyutu .85 ve yaşamın kıymetini anlama alt boyutu .65 olarak hesaplanmıştır. 21 maddelik ölçeğin test-tekrar test güvenirliği .71 olarak bulunmuştur. Alt boyutlar için test-tekrar test güvenirliği kişisel güçlenme ($r = .37$) ve yaşamın kıymetini anlama ($r = .47$) alt boyutları hariç .65 ile 74 arasında değişmektedir. Ölçeğin Türkçe'ye çeviri ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi çalışması Dirik ve Karancı⁹⁰ tarafından 2008 yılında 117 romatoid artrit hastası ile yapılmıştır. Yapılan faktör analizi sonucunda orijinal ölçeğin 5 faktör yapısına sahip olduğu bulunmuş iken Türkçe formun 3 faktöre yüklendiği belirlenmiştir. Bu 3 faktör;

Kendilik algısındaki değişim (1, 2, 4, 5, 10, 12, 13, 18 ve 19. madde)

Diğerleriyle ilişkilerdeki değişim (6, 8, 9, 15, 16, 20 ve 21. Madde)

Hayat felsefesindeki değişim (3, 7, 11, 14 ve 17. Madde)" diye adlandırılmıştır.

Orijinal ölçekteki gibi altılı derecelendirme ile puanlanmaktadır. Tüm ölçek için Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı .94, kendilik algısındaki değişim alt boyutu için .88, diğerleriyle ilişkilerdeki değişim alt boyutu için .86 ve hayat felsefesindeki değişim alt boyutu için ise .87 olarak bulunmuştur (EK-6). Bu araştırmada Cronbach alfa iç tutarlılık katsayısı 0.91 olarak bulunmuştur.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler, SPSS for Windows 22 paket programı ile analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayılar, yüzdeler, en az ve en çok değerler ortalama ve standart sapmaların yanı sıra aşağıdaki tabloda (Tablo 3.2) yer alan istatistiksel analizler kullanılmıştır.¹⁵³

Tablo 3.1. Verilerin Analizinde Kullanılan İstatistiksel Testler

	Normal dağılan ölçümlerde	Normal dağılmayan ölçümlerde
İkili grupların karşılaştırılmasında	Bağımsız gruplarda t testi	-
Çoklu grupların karşılaştırılmasında	Varyans Analizi (Varyanslar homojen dağılım gösterdiği için ileri analiz olarak LSD kullanılmıştır.)	-
İlişkisel Çıkarımlarda	Pearson korelasyon analizi	Spearman Korelasyon Analizi
İç Geçerlilik	Cronbach α kat sayısı	
Verilerin normallik dağılımı	Kurtosis ve Skewness kat sayıları*	

3.8. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma için Erzurum Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurul İzni (EK-3), Erzurum Sağlık İl Müdürlüğünden Kamu Hastaneleri için kurum izni (EK-7) ve araştırmanın yapıldığı merkezin sorumlu hekiminden yazılı izin (EK-8) alınmıştır. Ayrıca çalışmaya katılan araştırmacılara ‘Gönüllülerin Bilgilendirilmiş Onam Formu’ okutulmuş, anlaşılmayan yerlere açıklık getirilerek araştırma hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı, istedikleri zaman araştırmadan ayrılacakları bilgisi verilmiştir. Araştırmacıların kişisel bilgileri sorulmamış, elde edilen veriler çalışma dışında bir yerde kullanılmamış ve üçüncü kişilerle paylaşılmamıştır.

4. BULGULAR

Bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özellikleri

		n	%		
Cinsiyet	Kadın	64	56.1		
	Erkek	50	43.9		
Yaş	25 ve altı	7	6.1		
	26-45	34	29.8		
	46-64	60	52.6		
	65 ve üzeri	13	11.4		
Medeni Durum	Evli	88	77.2		
	Bekar	21	18.4		
	Boşanmış	5	4.4		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	35	30.7		
	Çalışmıyor	79	69.3		
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	62	55.3		
	Lise	31	27.2		
	Üniversite ve Üzeri	21	18,5		
Yakınlık derecesi	Annesi	33	28.9		
	Babası	29	25.4		
	Çocuk	9	7.9		
	Eş	7	6.1		
	Diğer	36	31.6		
Hasta ile Aynı Evde Yaşama Durumu	Evet	86	75.4		
	Hayır	28	24.6		
Bakım Verme Süresi	1-3 arası	19	16.7		
	3-5 arası	16	14.0		
	5 yıl ve üzeri	79	69.3		
Sürekli Değişkenler	N	Min.	Max.	Ort.	SS.
Yaş	114	17	84	48.26	13.89

Şizofreni hastasına bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinin incelendiği tabloda; bakım vericilerin %56.1’inin kadın olduğu, %52.6’sının 46-64 yaş grubunda olduğu, %77.2’sinin evli olduğu, %69.3’ünün çalışmadığı ve %55.3’ünün ilkokul mezunu olduğu tesbit edilmiştir. Bakım vericilerin %28.9’unun hastanın annesi olduğu, %75.4’ünün

hasta ile aynı evde yaşadığı ve %69.3'ünün 5 yıl ve üzerinde bir süredir bakım verdiği saptanmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 48.26 ± 13.89 bulunmuştur (Tablo 4.1.).

Travma Sonrası Gelişim, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçekleri ve alt boyutlarından alınan puanların dağılımı Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.2. Travma Sonrası Gelişim, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçekleri ve Alt Boyutlarından Alınan Puanların Dağılımı

Ölçek ve Alt Ölçekler	n	Min.	Max.	Ort.	SS.
Kendilik Algısında Değişim	114	4.00	45.00	29.87	8.50
Diğerleriyle İlişkilerde Değişim	114	6.00	35.00	21.43	6.31
Hayat Felsefesinde Değişim	114	1.00	25.00	13.93	4.39
Travma Sonrası Gelişim Ölçeği	114	12.00	99.00	65.23	16.90
Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	114	7.00	31.00	18.38	6.42
Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	114	3.00	13.00	8.19	2.60
Toplumsal İlişkilerde Bozulma	114	3.00	14.00	6.85	2.74
Ekonomik Yüğü	114	6.00	20.00	12.93	3.12
Bağımlılık	114	2.00	10.00	6.32	2.02
Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	114	24.00	83.00	52.68	13.72

Bakım vericilerin ölçeklerden ve altboyutlarından aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; Kendilik Algısında Değişim alt boyut puan ortalamasının 29.87 ± 8.50 , Diğerleriyle İlişkilerde Değişim alt boyut puan ortalamasının 21.43 ± 6.31 , Hayat Felsefesinde Değişim alt boyut puan ortalamasının 13.93 ± 4.39 olduğu saptanmıştır. Bakım vericilerin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puan ortalamasının ise 65.23 ± 16.90 olduğu belirlenmiştir.

Bakım vericilerin ölçeklerden ve altboyutlarından aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması alt boyut puan ortalamasının 18.38 ± 6.42 , Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık alt boyut puan ortalamasının 8.19 ± 2.60 , Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt boyut puan ortalamasının 6.85 ± 2.74 , Ekonomik Yüğü alt boyut puan ortalamasının 12.93 ± 3.12 , Bağımlılık alt boyut puan

ortalamasının 6.32 ± 2.02 olduğu saptanmıştır. Bakım vericilerin Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı toplam puan ortalamasının ise 68 ± 13.72 olduğu tespit edilmiştir.

Travma Sonrası Gelişim, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçekleri ve alt boyutları ile demografik veriler arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçek Puanları Arasındaki Farkın İncelenmesi

			Travma Sonrası Gelişim Ölçeği		Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği	
			Ort.	SS.	Ort.	SS.
Cinsiyet	Kadın	64	66.20	17.17	52.31	14.43
	Erkek	50	63.98	16.64	53.14	12.88
	Test ve Anlamlılık		t=0.695, p=0.488		t=-0.318, p=0.487	
Yaş	25 ve altı	7	69.86	19.03	40.43	12.00
	26-45	34	61.35	19.57	51.76	12.62
	46-64	60	65.52	15.28	53.90	14.19
	65 ve üzeri	13	71.54	14.47	56.00	12.81
	Test ve Anlamlılık		F=1.395, p=0.248		F=2.409, p=0.071	
Medeni Durum	Evli	88	65.01	17.00	53.65	12.81
	Bekar	21	66.48	17.88	46.71	16.56
	Boşanmış	5	63.80	13.29	60.60	9.76
	Test ve Anlamlılık		F=0.081, p=0.922		F=3.152, p=0.047	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	35	63.54	16.90	54.51	12.31
	Çalışmıyor	79	65.97	16.96	51.86	14.30
	Test ve Anlamlılık		t=-0.707, p=0.481		t=0.952, p=0.343	
Eğitim Düzeyi	İlköğretim	62	61.66	17.77	55.92	13.66
	Lise	31	68.68	14.02	50.55	11.68
	Üniversite ve üzeri	21	70.67	16.37	46.24	14.39
	Test ve Anlamlılık		F=3.326, p=0.043		F=4.706, p=0.011	
Yakınlık derecesi	Annesi	33	63.91	18.59	52.64	14.71
	Babası	29	68.55	13.44	53.90	15.13
	Çocuk	9	70.33	13.84	45.44	10.76
	Eş	7	53.29	24.47	61.71	9.23
	Diğer	36	64.81	16.41	51.78	12.41
	Test ve Anlamlılık		F=1.417, p=0.227		F=1.507, p=0.205	
Hasta ile Aynı Evde Yaşama Durumu	Evet	86	65.01	17.30	53.44	14.98
	Hayır	28	65.89	15.92	50.32	8.59
	Test ve Anlamlılık		t=-0.239, p=0.812		t=1.362, p=0.177	
Bakım Verme Süresi	1-3 arası	19	59.21	12.63	53.84	14.99
	3-5 arası	16	65.19	12.28	51.81	14.02
	5 yıl ve üzeri	79	66.68	18.36	52.57	13.51
	Test ve Anlamlılık		F=1.510, p=0.225		F=0.101, p=0.904	

Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin tanıtıcı özelliklerine göre ölçek puan ortalamalarının karşılaştırıldığı tabloda; bakım vericilerin eğitim düzeyine ile Travma Sonrası Gelişim Ölçeği puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.3.). Farkın hangi eğitim düzeyinden kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); Üniversite ve üzerinde eğitim almış bakım vericilerinin puan ortalamalarının ilkokul eğitimi almış bakım vericilerden yüksek olduğu belirlenmiştir.

Ayrıca bakım vericilerin cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu, yakınlık derecesi, hasta ile aynı evde yaşama durumu ve bakım verme süresi gibi tanıtıcı özellikleri ile Travma Sonrası Gelişim ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$, Tablo 4.3.).

Bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerinden medeni durum ve eğitim düzeyi ile Zarit Bakım Verme Yüğü ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$, Tablo 4.3.). Medeni durum için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); bekar olan bakım vericilerin puan ortalamalarının, evli ve boşanmış bakım vericilerden düşük olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi için farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan ileri analizde (LSD); bakım vericilerden üniversite ve üzerinde eğitim almış bireylerin bakım yükü puan ortalamalarının ilkokul eğitimi almış bireylerden daha düşük olduğu saptanmıştır (Tablo 4.3.).

Tablo 4.3’de incelendiği gibi bakım vericilerin cinsiyet, yaş, çalışma durumu, yakınlık derecesi, hasta ile aynı evde yaşama durumu ve bakım verme süresi gibi tanıtıcı özellikleri ile Zarit Bakım Verme Yüğü ölçek puan ortalaması arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

Travma Sonrası Gelişim, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçekleri ve alt boyutları arasındaki ilişkinin incelenmesi Tablo 4.4’de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Travma Sonrası Gelişim, Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçekleri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Ruhsal					Zarit
		Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması	Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık	Toplumsal İlişkilerde Bozulma	Ekonomik Yüğü	Bağımlılık	Bakım Verme Yüğü Ölçeği
Kendilik	R	-0.297	-0.250	-0.438	0.020	0.048	-0.262
Algısında	P	0.001	0.007	0.000	0.836	0.614	0.005
Değişim	N	114	114	114	114	114	114
Diğerleriyle	R	-0.072	-0.050	-0.219	0.125	0.069	-0.049
İlişkilerde	P	0.444	0.595	0.019	0.186	0.468	0.608
Değişim	N	114	114	114	114	114	114
Hayat	R	-0.073	-0.173	-0.252	0.021	-0.020	-0.116
Felsefesinde	P	0.441	0.065	0.007	0.825	0.830	0.221
Değişim	N	114	114	114	114	114	114
Travma	R	-0.195	-0.190	-0.367	0.062	0.044	-0.180
Sonrası	P	0.037	0.043	0.000	0.513	0.639	0.055
Gelişim	N	114	114	114	114	114	114
Ölçeği							

Bakım vericilerin Travma Sonrası Gelişim ve Bakı Yüğü ölçek puan ortalamalarının karşılaştırıldığı tablo Tablo 4.4’de incelendiği gibi, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği altboyutlarından biri olan Kendilik Algısında Değişim alt boyut puan ortalaması ile Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği altboyutları olan Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması, Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık, Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli

ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Yine Travma Sonrası Gelişim Ölçeği altboyutlarından biri olan Kendilik Algısında Değişim alt boyut puan ortalaması ile Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği toplam puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki belirlenmiştir ($p<0.05$). Kendilik Algısında Değişim alt boyut puanı arttıkça, Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması, Sinirlilik ve Kısıtlanmıştık, Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt boyutları ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği toplam puanı azalmaktadır. Kendilik Algısında Değişim alt boyut puanı ile Ekonomik Yük ve Bağımlılık alt boyut puanları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

Travma Sonrası Gelişim Ölçeği altboyutlarından biri olan Diğerleriyle İlişkilerde Değişim alt boyut puan ortalaması ile Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki saptanmıştır ($p<0.05$). Diğerleriyle İlişkilerde Değişim alt boyut puanı arttıkça Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt boyut puanı düşmektedir. Diğerleriyle İlişkilerde Değişim alt boyut puanı ile Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması, Sinirlilik ve Kısıtlanmıştık, Ekonomik Yük, Bağımlılık altboyutları ile ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Travma Sonrası Gelişim Ölçeği altboyutlarından bir diğeri olan Hayat Felsefesinde Değişim alt boyut puan ortalaması ile Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt boyut puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$). Hayat Felsefesinde Değişim alt boyut puanı arttıkça Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt boyut puanı düşmektedir. Hayat Felsefesinde Değişim alt boyut puan ortalaması ile Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması, Sinirlilik ve

Kısıtlanmıştık, Ekonomik Yük, Bağımlılık altboyutları ve Zarit Bakım Verme Yükü leği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0.05$, Tablo 4.4).

Travma Sonrası Gelişim leği toplam puan ortalaması ile, Zarit Bakım Verme Yükü leği altboyutlarından olan Ruhsal Gerginlik ve zel Yaşamın Bozulması, Sinirlilik ve Kısıtlanmıştık ve Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü ve düşük düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$). Travma Sonrası Gelişim leği toplam puanı arttıkça, Ruhsal Gerginlik ve zel Yaşamın Bozulması, Sinirlilik ve Kısıtlanmıştık ve Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt boyut puanları düşmektedir. Travma Sonrası Gelişim leği toplam puan ortalaması ile Ekonomik Yük, Bağımlılık altboyutları ve Zarit Bakım Verme Yükü leği toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

“Dünya Ruh Sağlığı Federasyonu” kronik hastalığı olan bireye bakım vermenin bakım vericileri fiziksel ve ruhsal açıdan etkilediğini ifade etmektedir.¹⁵⁴ Bakım vericiye ihtiyaç duyulan önemli kronik hastalıklardan biri olan şizofreni hastalığında da bakım verme oldukça önemli bir unsur olarak yer almaktadır ve bakım vermeden kaynaklanan bakım yükü aileleri önemli ölçüde etkilemektedir. Durum böyle iken bakım yüküyle ilişkili etmenlerin önemi de artmaktadır. Travma Sonrası Gelişim de bu faktörlerden birisidir.

Şizofreni hastalığı, bakım veren bireyler için tanı alma sürecinden başlayarak travma oluşturabilmekte, ancak bu durumu bireyler olumlu yönde gelişim göstererek ve yaşamlarında yeni ilgi alanları geliştirerek yani travma sonrası gelişim yaşayarak atlatabilmektedirler. Travma sonrası yaşanan bu gelişimin bakım yükünü etkilediği düşünülmektedir. Ancak şizofreni hastası bireylerde bakım yüküyle ilişkisini inceleyen sınırlı sayıda çalışma yer almaktadır.¹⁵⁴ Bu nedenle araştırma bulguları konu hakkında yapılmış araştırmalar ve travma sonrası gelişimin incelendiği diğer çalışmalar ile tartışılmıştır.

Tartışmanın ilk bölümünde Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği ve Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puan Ortalamaları irdelenmiştir (Tablo 4.2).

Çalışmada elde edilen ilk bulgu; şizofreni hastasına bakım veren bireylerin Zarit Bakım Yükü puan ortalamaları 52.68 olarak bulunmuştur (Tablo 4.2). Ölçeğin maksimum puanı gözönüne alındığında bu değer ortalama seviyede olduğu söylenebilir. Konuyla ilgili yapılan uluslararası araştırmalar incelendiğinde farklı bulguların elde edildiği saptanmıştır. Nijerya’da yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarına birinci derece bakım verenlerin bakım yükü puanları bu araştırma sonucundan yüksek bulunmuştur.¹³ Ortaya çıkan bu farklılığın, örneklem grubunun ve temel sağlık

hizmetlerinin farklı olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer taraftan bakım yükünü ortalama düzeyde saptayan uluslararası çalışma bulguları da mevcuttur.^{14,155} Amerika’da tedaviye dirençli şizofreni hastalarıyla pozitif şizofreni semptomlarına yanıt veren hastaların bakım verenlerinin karşılaştırıldığı bir çalışmada tedaviye dirençli hastaların bakım verenlerinin yük ortalaması maksimum puanlara göre ortalama seviyelerdedir.¹⁴ Yine Shamsaei ve ark.¹⁵⁵ bakım verenlerle yaptıkları bir çalışmada bakım yükü ortalamasını bu araştırma sonucuna benzer şekilde saptamıştır. Bu araştırma sonucu, şizofreni hastasına bakım veren yükünü ortalama düzeyde saptayan diğer uluslararası çalışma sonuçlarıyla paralel niteliktedir.

Konuyla ilgili yapılan ulusal çalışmalar incelendiğinde yine farklı bulguların elde edildiği saptanmıştır. Özkan ve Polat’ın¹⁵⁶ yaptıkları deneysel bir çalışmada şizofreni hastasına bakım veren bireylerin deney öncesi bakım yükü puan ortalamaları bu araştırmanın bakım yükü ortalamasına göre daha düşük bulunmuştur. Yine Kaya ve Öz’ün¹⁵⁷ yaptıkları bir çalışmada da şizofreni hastasına bakım verenlerin bakım yükü ortalaması bu araştırma sonucundan düşük saptanmıştır. Ortaya çıkan bu farklılığın pandemi döneminin şizofreni hasta bakımına olan etkilerinden kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Bakım verenler bakım sürecinin zorlukları yanı sıra pandeminin etkileriyle bağlantılı daha fazla yük yaşamış olabilirler. Farklı araştırma sonuçları yanı sıra genel olarak ülkemizde son zamanlarda şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yapılan diğer çalışmalar gözden geçirildiğinde elde edilen bakım yükü düzeyinin maksimum puanlar ile kıyaslandığında ortalama düzeyde bulunduğu saptanmıştır.^{158,159,160} Bu araştırma sonucu, ülkemizde yapılan ve bakım yükünü ortalama düzeylerde bulan diğer araştırma sonuçlarıyla paralel niteliktedir.

Diğer taraftan Eğici ve ark.¹⁶¹ ülkemizde yaptıkları bir çalışmada ise öncesinde evde bakım hizmeti alıp palyatif merkezinde yatmakta olan şizofreni hastalarına bakım

veren bireyler üzerinde bakım yükü çalışılmış ve bakım yükü puan ortalamasını ölçeğin minimum değerine daha yakın bulmuşlardır. Bu araştırmada elde edilen bakım yükü ortalamasının daha yüksek olmasının, örneklem grubunun bakım verdiği hastaların palyatif bakım merkezi gibi bir yerden destek almamalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Evde bakım hizmeti de almayan hastaların tüm bakım yükleri bakım verenlere kaldığı için daha fazla yük yaşamalarına sebep olmuş olabilir.

Araştırmamızda elde ettiğimiz diğer bir bulgu ise travma sonrası gelişim ölçeği puan ortalamasıdır. Yaptığımız çalışmada şizofreni hasta bakıcılarının travma sonrası gelişim puan ortalamaları 65.23 bulunmuştur (Tablo 4.2.). Ölçeğin maksimum puanı göz önüne alındığında bu değer ortalama seviyenin biraz üzerinde olduğu söylenebilir. Fakat uluslararası ve ulusal çalışmalarda travma sonrası gelişimin şizofreni hastalarında çalışıldığı çok az sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu nedenle araştırma travma sonrası gelişimin incelendiği benzer çalışma bulgularıyla da tartışılmıştır.

Şizofreni, seyri nedeniyle bakım verici aileler için travmatik bir deneyim olarak kabul edilse de¹⁶² son yıllarda yapılan bazı araştırmalar bakım yükü ve travmatik olayın bakım vericilere bazı olumlu kazanımlar sağladığını ortaya koymaktadır.^{21,163} Hatta bazı şizofreni hasta babalarının ‘artık diğer insanlarla ve ailemle iletişimim daha güçlü, kızım bana daha duyarlı olmayı öğretti’ gibi ifadeleri kullandığı bilinmektedir.²¹

Yapılan çalışmalar incelendiğinde Balaban ve ark.²² tarafından yapılan bir çalışmada travma sonrası gelişim ölçeği puan ortalaması bu araştırma sonucuna benzer şekilde bulunmuştur. Uluslararası alanda Morton ve ark.²³ tarafından şizofreni hastalarının aile üyeleri ile yapılan bir diğer çalışmada da travma sonrası gelişim puanı benzer düzeylerde bulunmuştur. Klages ve ark.¹⁶⁴ şizofrenili çocuğu olan sağlık çalışanları ile yapmış oldukları çalışma sonucunda ise sağlık çalışanı annelerin karmaşık bir travmatik süreç yaşadıklarını fakat profesyonel bilgi ve anneliğin birleşimi ile

deneyimlerinin arttığını ve uzmanlaştıklarını ifade etmiştir. Uluslararası çalışma sonuçları ile bu araştırmanın sonuçlarının paralel nitelikte olması kültürel farklılıklara rağmen şizofreni gibi zor bir hastalık sürecinin benzer semptomları içermesinden kaynaklanmış olabilir. Yaklaşık olarak benzer sonucu geçiren bireyler mücadele anlamında benzer düzeylerde gelişim sağlamış olabilirler.

Şizofreninin birçok travmatik etkisi bilinmesine rağmen son yıllarda uluslararası alanda yapılan çalışmalarda bakım vericilerin kişisel gelişimini gösteren birçok olumlu ve yararlı deneyimleri ortaya konulmuştur.^{21,163,165-167} Tedeschi ve Calhoun'un¹¹⁰ oluşturduğu *travma sonrası büyüme modelide* bakım verici aile üyelerinin stresli ve travmatik deneyimlerinden kaynaklanan olumlu sonuçları ortaya koymak için oluşturulan bir çerçevedir. Araştırma sonucu şizofreni bakım vericilerinde travma sonrası gelişimi ortaya koyan uluslararası çalışma sonuçlarıyla paralel niteliktedir.

Diğer taraftan travma sonrası gelişim uluslararası alanda şizofreni dışında birçok mental ya da kronik hastalık üzerinde araştırılmıştır. Sanders ve Szymanski'nin¹⁶⁸ mental hastalık tanısı konan bireylerin kardeşleriyle yapmış olduğu bir çalışmada mental sorunu olan bireylerin kardeşlerinde travma sonrası gelişim düzeyini bu araştırma sonucuna yakın düzeylerde bulmuşlardır. Travma sonrası gelişim ortalamalarının incelendiğinde kanserli çocuğuna bakım veren annelerle yapılan bir diğer çalışmada travma sonrası gelişim ortalaması aynı şekilde bu araştırma sonucu ile benzer niteliktedir.¹⁶⁹ Farklı örneklem gruplarıyla çalışılmasına rağmen bu araştırma sonucu ile benzer bulguların elde edilmesi ortaya çıkan zorlu süreçle mücadelenin benzer gelişim sonuçlarına yol açmasından kaynaklanmış olabilir.

Konuyla ilgili ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde çok sınırlı araştırma bulgusuna rastlanmıştır. Bu çalışmalardan ülkemizde Yıldız ve Özlü'nün²⁴ şizofreni hastalarına bakım verenlerle yaptıkları çalışmada bakım verenlerin travma sonrası

gelişim ortalamaları bu araştırmanın sonucundan daha düşük bulunmuştur. Ortaya çıkan bu farklılığın pandemi döneminin bakım yüküne olan etkisinden ve bireylerin sosyodemografik farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Konuyla ilgili uluslararası alana benzer şekilde ülkemizde de farklı örneklem gruplarıyla travma sonrası gelişim incelenmiştir. Özkardaş ve Can¹⁷⁰ çocukları farklı gelişim gösteren annelerin travma sonrası gelişim ortalamasını bu araştırma sonucundan daha düşük bulmuşlardır. Acar ve Dirik'in²⁵ kanser hastalarının bakım vericileriyle yaptıkları deneysel çalışmada belirlenen 3 ayrı grubun deney öncesi travma sonrası gelişim ortalamalarını bu araştırma sonucuna göre düşük ve yüksek olmak üzere farklı seviyelerde saptamıştır. Ortaya çıkan farklı sonuçlar, örneklem farklılığından, yaşanan travma türünden, travmaya maruz kalma süresinden ve bireysel farklılıklardan kaynaklanmış olabilir.

Uluslararası ya da ulusal dizinde konuların farklı olmasına rağmen travma puanlarının benzer olması olaydan bağımsız olarak bireylerin mücadele gücüne bağlanabilir. Nitekim travmaya maruz kalan bireylerin travma ile mücadelelerinin bir sonucu olarak olumlu psikolojik değişimlerin olduğu görülmüştür.¹⁷¹

Tartışmanın ikinci bölümünde Zarit Bakım Verme Yüğü ve Travma Sonrası Gelişim Ölçekleri ile sosyodemografik veriler arasındaki ilişki irdelenmiştir.(Tablo 4.3)

Araştırma sonucunda eğitim düzeyi ile her iki ölçek arasında anlamlı ilişki elde edilirken medeni durum ile yalnızca bakım yükü puanı arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Her iki ölçek puanında belirleyici etken üniversite mezunlarıdır. Eğitim düzeyi arttıkça travma sonrası gelişim düzeyi artarken bakım yükü düzeyi azalmaktadır. Diğer taraftan bekar bakım verenlerin evli ve boşanmış bakım verenlere göre bakım yükü düzeyi de daha azdır. Diğer tüm değişkenler ile ölçekler arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır (Tablo 4.3).

Konuyla ilgili uluslararası literatür incelendiğinde farklı sonuçların olduğu saptanmıştır.

Şili’de yapılan bir çalışmada bizim bulgumuza paralel olarak medeni durumla bakım yükü arasında ilişki saptanmıştır.¹⁷² Strunoiu, Chirita ve ark.¹⁷³ da medeni durumla bakım yükü arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır. Bu araştırma sonucu bahsedilen uluslararası araştırmalar ile paralellik göstermektedir. Diğer taraftan bu araştırmanın aksine evli bireylerin bakım yükü oranı bekar bireylere göre daha düşük bulunmuştur.¹⁷³ Bu çalışmada ise bekar bakım verenlerin yük oranı daha düşüktür. Ortaya çıkan bu farklılığın kültürel sebeplerden ve örneklem farklılığından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Türk kültüründe evli bireylerin hasta bakım sorumluluğu daha fazladır. Yapılan bir diğer çalışmada da Inogbo ve ark.¹⁷⁴ ebeveyn olmayı diğer aile bireyelerine göre daha yüksek bakım yüküyle ilişkilendirmişlerdir. Hindistan’da yapılan diğer bir çalışmada bakım yüküyle medeni durum arasında ilişki bulunamamıştır.¹⁷⁵ Araştırmalar arasındaki bu farklılıklar, değişik kültürlerin medeni duruma göre bireylere farklı yük ve sorumluluklar yüklemesiyle açıklanabilir.

Konuyla ilgili ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise genel olarak bakım yüküyle medeni durum arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır.^{18,176,177} Bununla birlikte aksi yönde sonuçlar elde eden çalışmalarda mevcuttur. Kaya ve Öz¹⁵⁷ yapmış oldukları çalışmada şizofreni hastalarının bekar bakım verenlerinin yük puanlarını, evli olanlara göre daha yüksek bulmuşlardır. Bizim çalışmamızda bakım verenlerin %77.2 sinin evli olduğunu göz önünde bulundurursak, evliliğin getirdiği sorumluluk ve yükün bakım yükünü arttırdığı, bu yüzden evli bireylerin bakım yüklerinin daha yüksek çıkmasına neden olduğu düşünülebilir.

Her iki ölçek puan ortalaması için anlamlı çıkan diğer değişken ise eğitim durumudur.(Tablo 4.3). Uluslararası çalışmalar gözden geçirildiğinde Çin’de yapılan bir

çalışmada ortaokul eğitimi alan bireylerin bakım yükleri daha yüksek bulunurken, lise ve üzeri eğitim alanlarda bakım yükü daha düşük bulunmuştur ve bu sonuç bizim bulgumuzla paralellik göstermektedir.¹⁷⁸ Genel olarak farklı kültürlerde yapılan diğer çalışmalarda bizim bulgumuzla uyumluluk göstermektedir.^{179,180} Ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise eğitim düzeyi ve bakım yükü arasında benzer sonuçlar elde edilmiştir.^{17,158,181}

Travma sonrası gelişim ölçeği ve eğitim değişkeninin ilişkisinin incelendiğinde uluslararası çalışmalarda farklı sonuçlar elde edilse de sosyolojik açıdan eğitim düzeyinin travma sonrası büyümenin ortaya çıkmasında önemli bir faktör olduğu bildirilmektedir.⁸⁴ Chen¹⁸² yapmış olduğu çalışmada bizim bulgumuza paralel olarak eğitim düzeyiyle travma sonrası gelişim arasında ilişki bulmuştur. Diğer taraftan Nouzari, Najafi, Momennasab¹⁸³ ise eğitim düzeyiyle travma sonrası gelişim arasında ilişki bulamamışlardır. Elde edilen farklı sonuçlar kültürlerarası eğitim farklılıklarından kaynaklanabileceği gibi kültürden kültüre travmanın anlamının değişmesinden de kaynaklanmış olabilir.

Ülkemizde Özlü ve ark.²⁴ şizofreni hastasına bakım verenler ile yapmış olduğu çalışmada bakım verenlerin travma sonrası gelişimleriyle cinsiyet, medeni durum, çalışma durumu ve hastaya yakınlık durumları arasında ilişki bulamazken genç yaşta olan bakım vericilerin travma sonrası gelişimlerini daha yüksek bulmuştur. Bizim çalışmamızda eğitim düzeyi hem bakım yükü için hem de travma sonrası gelişim için önemli bir etkidir. Bu durumun eğitim düzeyi arttıkça şizofreni hakkında insanların bilinmezliklerini açığa kavuşturdukları ve buna bağlı olarak daha çok travma sonrası gelişim ve daha az bakım yükü yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir.

Araştırmanın son bölümünde Travma sonrası gelişim ile bakım yükü arasındaki ilişki tartışılmıştır (Tablo 4.4).

Araştırmada toplam puanlar arasında anlamlı bir ilişki saptanmazken, alt boyutlar arasında anlamlı ilişkiler elde edilmiştir. Travma sonrası gelişimin alt boyutlarından olan kendilik algısında değişim ile bakım yükü toplam puanı ve Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması, Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık, Toplumsal İlişkilerde Bozulma alt boyutları arasında anlamlı ve negatif yönlü ilişki elde edilmiştir (Tablo 4.4). Yani bireylerin travma sonrası gelişime yönelik kendilik algıları olumlu yönde ilerledikçe bakım yükleri azalmaktadır. Uluslararası alanda yürütülen bir çalışmada tramva sonrası büyümenin bireyin kendi yaşamının kıymetini anlamasında, yeni seçenekleri farketmesinde, kişisel gücün artması ve yakın ilişkilerin düzenlenmesinde olumlu yönde değişime neden olduğu bulunmuştur.¹⁸⁴ Dolayısıyla kendilik algısının yüksek olması bireyin yaşam süreçlerine etki etmiş ve bakım yükünü olumlu anlamda etkilemiş olabilir. Bakım vericilerin bireysel olarak yaşadıkları değişim ve gelişim, bakım yükü ile mücadele etmelerini kolaylaştırmış olabilir. Nitekim kendilik algısındaki değişim ile bakım yükünün önemli göstergelerinden biri olan sinirlilik ve kısıtlanma altboyu arasındaki anlamlı ilişki de bu yargıyı destekler niteliktedir.

Travma sonrası gelişim ölçeğinin diğer alt boyutlarından olan diğerleri ile ilişkilerde değişim ve hayat felsefesinde değişim alt boyutu ile toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutu arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki saptanmıştır.(Tablo 4.4) Bireylerin yaşadıkları psikolojik travmaların bireylerin yaşamlarında değişiklik yapmalarını gerekli kıldığı ve bireyler açısından yeniden uyumu gerektirdiği savunulmaktadır.¹⁸⁵ Dolayısıyla travma sonrası büyüme bireyin kendi yaşamına ve şartlara yeniden uyumu gerektiren bir süreçtir. Travma sonrası büyüme sonucunda bireyin diğer bireylerle ilişkilerinin etkilenmesi ve doğal olarak hayat felsefesine etki etmesi beklenen bir sonuçtur. Uluslararası alanda yapılan bir çalışmada da travma ile mücadelenin sonucunda olumlu psikolojik değişimlerin oluşabileceği vurgulanmıştır.¹⁷¹

Ülkemizde yapılan bir çalışmada da acı çekmenin insanı değiştirdiği ve olgunlaştırdığına yönelik bireysel inançların olduğu vurgulanmıştır.¹⁸⁶

Son olarak travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanı ile Ruhsal Gerginlik ve Özel Yaşamın Bozulması, Sinirlilik ve Kısıtlanmışlık, Toplumsal İlişkilerde Bozulma altboyutları arasında da negatif yönlü anlamlı ilişki saptanmıştır.(Tablo 4.4) Travma, bireylerin sosyal ilişkilerinin düzenlenmesinde, kişisel güçlenme algısında, yaşamın anlamı ve önceliklerinde olumlu değişikliklerin oluşmasına katkı sağlayan önemli bir deneyimdir.¹⁸⁷ Dolayısıyla travma sonrası büyüme bireyin öncelikle kendi yaşamında daha sonra diğerlerine olan yaklaşımlarında ve toplumsal ilişkilerinde olumlu katkılara zemin hazırlamaktadır. Şizofreni hastalığı hem bireyi hem de ailesini yakından etkileyen ve tedavi sürecinde birçok güçlüğü içerisinde barındıran bir hastalıktır.¹⁶ Dolayısıyla şizofreni bakımını üstlenen bireyler bakım yüküne karşı yeni stratejiler geliştirmek ve hayatlarına uyum sağlamak için çaba sarf ederken travma sonrası büyümenin birçok alanında olumlu kazanımlar elde etmiş olabilirler. Çünkü travma sonrası büyüme bireylerin yaşamlarında yeni bakış açılarını ve kişisel büyümeyi içeren bir süreçtir.^{188,189}

Konuyla ilgili araştırmaların sınırlı olmasının yanı sıra alt boyutların irdelendiği çalışmalarda yok denecek kadar azdır. Bu nedenle bulgular benzer ruhsal ya da kronik hastalıklar üzerinden tartışılmıştır.

Uluslararası dizinde şizofreni hastalarında travma sonrası gelişim ile bakım yükü ilişkisini inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır. Wilson ve ark.²⁶ pediatrik kanserden kurtulan hastaların ebeveynlerinde travma sonrası gelişimle hastalık yükünü zayıf ve önemsiz olarak saptamışlardır.

Ülkemizde farklı konular üzerinde yapılan birkaç çalışma da değişik sonuçlar elde edilmiştir. Şizofreni hasta bakım vericilerinde Yıldız ve Özlü'nün²⁴ yapmış oldukları çalışma sonucunda travma sonrası gelişimle bakım yükü arasında pozitif yönde ancak

istatistiksel olarak anlamlı olmayan bir ilişki saptamışlardır. Travma Sonrası Gelişim ile bakım verme yükü alt boyutlarında olan Psikolojik Gerginlik ve Sosyal Yaşamdan Kısıtlanma, Sosyal İlişkilerde Bozulma, Sinirlilik ve Gerginlik arasında ise negatif yönde anlamsız ilişki saptanmıştır.²⁴ Bu araştırmada ise kendilik algısında değişim alt boyutu ile bakım yükü toplam puanı arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Ortaya çıkan bu farklılığın örneklem farklılığından ya da pandemi döneminin travma algısına olan etkisinden kaynaklandığı düşünülebilir. Yine ülkemizde yapılan bir yüksek lisans tez çalışmasında Devrim Balaban ve Küçüktüfekçi²⁷ bipolar affektif bozukluğu olan bireylerde travma sonrası gelişim ve bakım yükü arasında negatif yönde anlamlı ilişki saptamışlardır. Alt boyutlarda ise bizim bulgumuza benzer şekilde Kendilik Algısında Değişim alt puanıyla Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği toplam puanı arasında negatif yönde korelasyon elde etmişlerdir.

Araştırma sonucunda travma sonrası gelişim ölçeği toplam puanı ile bakım yükü toplam puanı arasındaki ilişki anlamlı bir ilişki elde edilememiştir (Tablo 4.4). Travmatik bir olay yaşayan ya da travmatik süreçlerden geçen her bireyde travma sonrası büyümenin gerçekleşmeyebileceği, bu konuyu etkileyen birçok sosyodemografik değişken olduğu vurgulanmaktadır.¹⁹⁰ Travma sonrası büyümenin olması için öncelikle travmatik olarak nitelendirilen durumun sarsıcı olması ve kişinin baş etmek için birşeyler yapması gerektiği savunulmaktadır.⁸¹ Bu araştırma sonucunda elde edilen anlamsız sonucun şizofreniye hali hazırda bakım sunmakta olan bireylerin durumu artık eskisi gibi sarsıcı bulmamalarından ya da bakım vericilerin %69.3'ünün de 5 yıldan fazla bakım verdiği göz önüne alındığında uzun süreli bakım vermekten kaynaklanan umutsuzluğa bağlı mücadeleyi etmeyi bırakmalarından kaynaklanmış olabilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin bakım verme yükleriyle travma sonrası gelişimlerinin ve bu iki değişken arasındaki ilişkinin incelendiği bu araştırma sonucunda aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir:

- Şizofreni hastasına bakım veren bireyler, orta düzeyde bakım yükü yaşamaktadırlar.
- Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin travma sonrası gelişimleri orta seviyenin biraz üzerindedir
- Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin eğitim düzeyi hem bakım yükünü hem de travma sonrası gelişim düzeyini etkilemektedir. Eğitim düzeyi arttıkça bakım yükü azalırken travma sonrası gelişim artmaktadır. Bekar olan bakım verenler ise bakım yükünü evli ve boşanmış olanlara göre daha az yaşamaktadırlar.
- Bakım veren bireylerin travma sonrası gelişime dair özellikleri (altboyutları) arttıkça bakım yükleri azalmaktadır. Kendilik algısı yükselen bireyler bakım yükünü daha az yaşamaktadırlar. Yine aynı şekilde bakım verenlerin kendilik algısında değişim puanları yükseldikçe, gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık ve toplumsal ilişkilerde bozulma puanları azalmaktadır. Bakım verenlerin diğerleriyle ilişkilerde değişim puanı arttıkça toplumsal ilişkilerde bozulma puanları azalmaktadır. Aynı şekilde hayat felsefesinde değişimde toplumsal ilişkilerde azalmayı negatif yönde etkileyen bir özelliktir.
- Bakım verenlerin travma sonrası gelişimleri yükseldikçe bakım yükü altboyutlarından olan gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık ve toplumsal ilişkilerde bozulma puanları arasında da negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bireyler travma sonrası gelişim deneyimledikçe bakım yükünün farklı alanlarında olumlu kazanımlar elde etmektedirler.

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Şizofreni bakım verenleri ile daha geniş örneklem gruplarında yeni çalışmaların yapılması,
- Travma sonrası gelişime etki edeceği düşünülen farklı değişkenlerin sınanması,
- Bakım vericilerin travma sonrası gelişimlerine katkı sağlayacak olanakların oluşturulması
- Hasta ile birlikte bakım veren bireyin de olumlu gelişim ve ruminasyonu için hasta ve bakım vereni kapsayan programların düzenlenmesi önerilmektedir.



KAYNAKÇA

1. Karakuş G, Kocal Y, & Sert D. Şizofreni: Etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2017, 26: 251-267.
2. Gürhan N. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği*, 1. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri 2016: 539-55.
3. Öztürk MO, Uluşahin NA. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 14. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016:189-249.
4. Frith CD. The nature of schizophrenia. In the cognitive neuropsychology of schizophrenia. *Psychology Press*, 2020, 6:1-12.
5. Kikuchi T, Iwamoto K, Sasada K, Aleksic B, Yoshida K, Ozaki N. Sexual dysfunction and hyperprolactinemia in Japanese schizophrenic patients taking antipsychotics. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2012, 37: 26–32.
6. Sayar HG, Özten E, Eryılmaz G, Göğçeğöz I, Ceylan ME. Elektrokonvulsif tedavi üzerine güncel bir gözden geçirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6: 107-25.
7. Xiang YT, Ma X, Cai ZJ, Li SR, Xiang Y Q, Guo H L, ... & Dang, WM. Prevalence and socio-demographic correlates of schizophrenia in Beijing, China. *Schizophrenia Research*, 2008, 102: 270-277.
8. Simeone JC, et al, An evaluation of variation in published estimates of schizophrenia prevalence from 1990 horizontal line 2013: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*, 2015. 15: p. 193.
9. Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: Yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2011, 22: 40-52.

10. Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, & Özşahin A. Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2013, 14: 19-26.
11. Ayhan MG, Köse A, Ercan SK, Bozdoğan, ŞY, Özayhan HY, & Eren İ. Toplum ruh sağlığı merkezi hizmetlerinden yararlanan şizofreni tanılı hastaların yakınlarındaki bakım yükü: karşılaştırmalı bir çalışma. *Cukurova Medical Journal*, 2019, 44:92-99.
12. Kim H, Chong M, Rose K, Kim S. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *Journal of Advanced Nursing*, 2011, 68: 846-855.
13. Hajebi A, Naserbakht M, Minoletti A. Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors. *Med J Islam Repub Iran*, 2019, 33:54.
14. Velligan DI, Brain C, Bouérat Duvold L, Agid O. Caregiver burdens associated with treatment-resistant schizophrenia: a quantitative caregiver survey of experiences, attitudes, and perceptions. *Front Psychiatry*, 2019, 10:584.
15. Ahlem H, Zgueb Y, Ouali U, Laajili Y, Alaya SB, Jomli R, et al. Family burden in caregivers of schizophrenia patients. *European Psychiatry*, 2017, 41: 799-800.
16. Durmaz H, Okanlı A. Effects of interpersonal psychotherapy (IPT) techniques and psychoeducation on self-efficacy and care burden in families of patients with schizophrenia. *The American Journal of Family Therapy*, 2020, 1-19.
17. Karaağaç H, Var EÇ. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2019, 22:16-26.
18. İnanlı İ, Başaran R. Şizofreni Hastalarının Bakım Veren Yükü ve Hasta Cinsiyetinin Bakım Veren Yüküne Etkisi. Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpt Uzmanlık Tezi, Konya: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2018.

19. Tedeschi RG, Calhoun LG. Trauma and transformation: Growing in the aftermath of suffering. *Newbury Park*, 1995, CA: Sage.
20. Angel CM. Resilience, post-traumatic stress, and posttraumatic growth: Veterans' and active duty military members' coping trajectories following traumatic event exposure. *Nurse Education Today*, 2016, 47:57-60.
21. Wiens SE, Daniluk JC. Love, loss, and learning: The experiences of fathers who have children diagnosed with schizophrenia. *Journal of Counseling and Development*, 2009,87: 339–348.
22. Balaban OD, Yazar MS, Aydin E, Agachanli R, Yumrukal H. Posttraumatic growth and its correlates in primary caregivers of schizophrenic patients. *Indian Journal of Psychiatry*, 2017, 59: 442.
23. Morton RD, White MJ, Young RM. Posttraumatic growth in family members living with a relative diagnosed with schizophrenia. *Journal of Loss and Trauma*, 2015, 20: 229-244.
24. Yıldız M, Özlü A. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Yük ve Travma Sonrası Gelişim İle İlgili Özellikler. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi, 2007.
25. Acar D, Dirik G. Yazılı duygusal dışavurum paradigması: kanser hastalarının eşlerinde travma sonrası stres belirtileri ve travma sonrası gelişim üzerindeki etkileri. *Klinik Psikiyatri Dergisi, The Journal of Clinical Psychiatry*, 2018, 21: 154-167.
26. Wilson JZ, Marin D, Maxwell K, Cumming J, Berger R, Saini S, Ferguson W, Chibnall JT. Association of posttraumatic growth and illness-related burden with psychosocial factors of patient, family, and provider in pediatric cancer survivors. *Journal Trauma Stress*, 2016, 29:448-456.

27. Devrim Balaban Ö, Küçüktüfekçi A H. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Verenlerde Travma Sonrası Gelişim ve İlişkili Etmenler. TC. Sağlık Bakanlığı/ İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul:2014.
28. Çam O, Engin E.*Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*, 1. Baskı, İstanbul, Medikal Yayıncılık, 2014: 245-446.
29. <https://www.saglik.gov.tr/TR,10526/hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.html> 26 Ocak 2020.
30. Bhugra D. Psychiatry in ancient Indian texts: A review. *History of Psychiatry*, 1992,3:167-186.
31. Danacı E.Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. *Anatolian Journal of Psychiatry*, 2018, 9:38-40
32. Andreasen NC. The evolving concept of schizophrenia: from Kraepelin to the present and future. *Schizophrenia Research*, 1997, 28:105-109.
33. Arkonaç O.*Psikotik bozukluklar ve tedavileri*,1. Baskı. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri Ltd., 1986:1-423.
34. Bleuler E, *Dementia praecox or the group of schizophrenias*. Vertex, 2010, 21:394-400.
35. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. *Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, 2007, 1:500.
36. Jablensky A, The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. *Dialogues Clin Neurosci*, 2010, 12:271-87.
37. Davison GC, Neale JM.*Abnormal Psychology*. Çeviri: Dağ İ.*Anormal Psikolojisi*. Ankara, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 2004:256 s.

38. Aydın M, Bir eğitim ve araştırma hastanesinde yatarak tedavi alan şizofreni hastalarının sosyodemografik, ailevi ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi. *Klinik Tıp Bilimleri Dergisi*, 2018, 6: 6-13.
39. Ayano G. Schizophrenia: A concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures. *Journal of Schizophrenia Research*, 2016, 3:1026.
40. Fatani BZ, Aldawod R, Alhawaj FA, Alsadah S, Slais FR, Alyaseen EN, Ghamri AS, Banjar J, Qassaim YA. Schizophrenia etiology, pathophysiology and management, a review. *The Egyptian Journal of Hospital Medicine*, 2017, 69: 2640-2646.
41. Mueser KT, Jeste DV. *Clinical Handbook of Schizophrenia*, New York, Guilford Press, 2011:55-65.
42. Kotlicka-Antczak M, Gmitrowicz A, Sobów TM, & Rabe-Jabłońska, J. Obstetric complications and apgar score in early-onset schizophrenic patients with prominent positive and prominent negative symptoms. *Journal Of Psychiatric Research*, 2001, 35:249-257.
43. Işık E, Taner E, U Işık. *Güncel Klinik Psikiyatri*, Ankara: Asimetrik Paralel Yayıncılık, 2008:81-115.
44. Jablensky A, Kirkbride JB, Jones PB. Schizophrenia: the epidemiological horizon. *Schizophrenia*, 2011, 3:185-225.
45. Sadock B J, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive Textbook Of Psychiatry* 7th ed. New York, Philadelphia: Williams and wilkins, 2000:1-111.
46. Townsend MC. *Essentials Of Psychiatric Mental Health Nursing: Concepts Of Care In Evidence Based Practice*. Çeviri: Özcan CT, Gürhan N. *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri*

- Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları*,6.Baskı.
Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2016:60-428.
47. Keltner NL. Schizophrenia İn Keltner NL, Bostrom CE, McGuinness TM. *Psychiatric Nursing*. Mosby.6th ed. 2011: 248-260.
48. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. 5. baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan. İn: Koroğlu E, ed. Ankara: Hekimler Yayın Birliği:2014;49-51.
49. Güleç C, *Psikiyatrinin ABC'si Ruhsal Bozukluklar Tanı Ve Tedavileri*, 2.Baskı. İstanbul, Say Yayınları, 2009: 43.
50. Üçok A, Işın B, Kulaksızoğlu I, Tükel R, Yargıç İ, Yazıcı O. Şizofreni Ve Benzeri Psikozlar. İçinde: Işın B, Kulaksızoğlu I, Tükel R(editörler).*Psikiyatri*, İstanbul, Üniversitesi Basım ve Yayınevi, 2009.
51. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bromet EJ, Bruffaerts R, et al. Psychotic experiences in the general population: a cross-national analysis based on 31 261 respondents from 18 countries. Amerika, *JAMA Psychiatry*, 2015, 72:697-705.
52. Tansel E, Aker AT, Çakıcı M, Özeren M, Erkoç S, Arkonaç O. Şizofrenide görülen varsanların hastalık şiddeti ve sanrılar ile olan ilişkileri. *Düşünen Adam*,1996, 9: 21, 24.
53. Mesholam-Gately RI, Giuliano AJ, Goff KP, Faraone SV, Seidman LJ. Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology*,2009, 23:315.
54. Perry W, Geyer MA, Braff DL. Sensorimotor gating and thought disturbance measured in close temporal proximity in schizophrenic patients. *Archives of General Psychiatry*, 1999, 56:277-281.

55. Javitt DC, Liederman E, Cienfuegos A, Shelley AM. Panmodal processing imprecision as a basis for dysfunction of transient memory storage systems in schizophrenia. *Schizophrenia Bull*, 1999, 25:763-775.
56. Hughes C, Kumari V, Soni W, Das M, Binneman B ve ark: Longitudinal study of symptoms and cognitive function in chronic schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2003, 59:137-146.
57. K ro lu E.  izofreni Nedir? Nasıl Ba  Edilir? 1. Baskı. Ankara, HYB Yayınları, 2016.
58.  etin M.  izofreni Tedavisi: Ge mi i, Bug n  ve Gelece i. *Klinik Psikofarmakoloji B lteni*, 2015, 25:95-9.
59. Leweke FM, Mueller JM, Lange B, et. al. Role of the endocannabinoid system in the pathophysiology of schizophrenia: implications for pharmacological intervention. *Springer International Publishing AG*, 2018, 32: 605-619.
60. Kapur S, Remington G. Atypical antipsychotics: new directions and new challenges in the treatment of schizophrenia. *Annual Review of Medicine*, 2001, 52:503-17.
61. Toalson P, Ahmed S, Hardy T, Kabinoff G. The metabolic syndrome in patients with severe mental illnesses. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 2004, 6:152-158.
62. I ık E.  izofreni, *Güncel*. 1. Baskı. Ankara, Format Matbaacılık, 2006:18-19; 248-252.
63. Zeren T, Tamam L, & Evlice Y E. Elektrokonvülsif terapi (EKT): Bir genel değerlendirme. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 2003, 12.
64. Ertekin H, Er M,  zayhan HY, Yayla S, Akyol E,  ahin B. Bakımevinde kalan şizofreni hastalarında yaşam kalitesi ve depresyon. *D   nen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2015, 28:213-221.

65. Bademli K, Çetinkaya Duman Z, Şizofreni hastalarının bakım verenleri.*Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013,5:461-478.
66. Baysan Arabacı L, Büyükbayram A, Aktaş Y, Taşkın N. Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoeğitimin yaşadıkları güçlük ve psikososyal uyumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2018, 9:175-85.
67. Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2009, 10:3-10.
68. Yıldız M. Ciddi ruhsal hastalıklarda ruhsal toplumsal tedaviler. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*,2009, 2:52-6.
69. Lecomte T, Corbière M, Simard S, Leclerc C. Merging evidence-based psychosocial interventions in schizophrenia. *Behavioral Sciences*, 2014, 4:437-47.
70. Birsöz S.*Benim Şizofrenilerim*, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2013:174.
71. Remschmidt HE, F, Theisen. Early-onset schizophrenia1. *Neuropsychobiology*, 2012, 66: 63-69.
72. Ensari H, Gültekin BK, Karaman D, Koç A, Beşkardeş AF. Bolu Toplum Ruh Sağlığı Merkezi hizmetlerinin şizofreni hastalarındaki yaşam kalitesi, yeti yitimi, genel ve sosyal işlevsellik üzerine etkisi: Bir yıllık izleme sonuçları. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2013, 14: 108-114.
73. Saha S, Chant D, Davit C, John Ma. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? *Archives Of General Psychiatry*, 2007, 64:1123- 1131.
74. Aylaz R, Yıldız E. The care burden and coping levels of chronic psychiatric patients' caregivers. *Perspectives in Psychiatric Care*, 2018,54:230-41.

75. Elder R, Evans K, Nizette D. Psychiatric and Mental Health Nursing. https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=acnpcImuEtYC&oi=fnd&pg=PR1&dq=psychiatric+and+mental+health+nursing&ots=uxIKObw393&sig=ATFuOAQgHEUkdDh309fu04g3AI8&redir_esc=y#v=onepage&q=psychiatric%20and%20mental%20health%20nursing&f=false 20 Ekim 2020.
76. Tedeschi RG, Park CL. & Calhoun LG. Posttraumatic growth: conceptual issues. In: RG, Tedeschi CL, Park ve LG, Calhoun (Eds). *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. London, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 1998:1-23.
77. Joseph S. Growth following adversity: positive psychological perspectives on posttraumatic stress, *Psychological Topics*, 2009, 18:335 – 344.
78. Taku K, Cann A, Calhoun LG, & Tedeschi RG. The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal Of Traumatic Stress*, 2008, 21:158- 164.
79. Bostock L, Sheikh AI, & Barton S. Posttraumatic growth and optimism in health-related trauma: A systematic review. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 2009,16: 281-296.
80. Schaefer JA, & Moos R H. Life crises and personal growth. In Carpenter B.N. (ed.), *Personal coping: Theory, research, and application*, 1992: 149-170).
81. Tedeschi RG, & Calhoun LG. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological Inquiry*, 2004, 15: 1- 18.
82. Tedeschi RG, & Calhoun LG. Expert companions: Posttraumatic growth in clinical practice. *Handbook of posttraumatic growth: Research and Practice*. 2006, 291-310.

83. Linley PA, Joseph S, & Goodfellow B. Positive changes in outlook following trauma and their relationship to subsequent posttraumatic stress, depression, and anxiety. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2008, 27:877-891.
84. Ramos C, & Leal I. Posttraumatic growth in the aftermath of trauma: A literature review about related factors and application contexts. *Psychology, Community & Health*, 2013, 2: 43-54.
85. Solomon Z, & Dekel R. Posttraumatic stress disorder and posttraumatic growth among Israeli expows. *Journal of Traumatic Stress*, 2007, 20: 303-312.
86. Dekel S, Ein-Dor T, & Solomon Z. Posttraumatic growth and posttraumatic distress: A longitudinal study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2012, 4: 94.
87. Karancı AN, Işıklı S, Aker AT, Gül Eİ, Erkan BB, Özkol H, & Güzel HY. Personality, posttraumatic stress and trauma type: factors contributing to posttraumatic growth and its domains in a Turkish community sample. *European Journal Of Psychotraumatology*, 2012, 3:1-14.
88. Abraído- Lanza AF, Guier C, & Colón RM. Psychological thriving among Latinas with chronic illness. *Journal of Social Issues*, 1998, 54.2: 405-424.
89. Lazarus Richard S. Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion, *American Psychologist*, 1991, 46: 819-834.
90. Dirik G, & Karanci AN. Variables related to posttraumatic growth in Turkish rheumatoid arthritis patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2008, 15.3: 193-203.
91. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*. 2009, 46:38-42.

92. Nolen-Hoeksema S, Larson J, & Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1997, 77:1061.
93. Wilcox S. Social relationships and PTSD symptomatology in combat veterans. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2010, 2:175- 182.
94. Park CL, Cohen LH, & Murch RL. Assessment and prediction of stress- related growth. *Journal Of Personality*, 1996, 64.1: 71-105.
95. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson EL, Schultz L R. Sex differences in posttraumatic stress disorder. *Archives Of General Psychiatry*, 1997, 54: 1044-1048.
96. Tolin DF, Foa E B. Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2008, 1: 37-85.
97. Bates GW, Trajstman SE, Jackson CA. Internal consistency, test- retest reliability and sex differences on the posttraumatic growth inventory in an Australian sample with trauma. *Psychological Reports*, 2004, 94: 793-794.
98. Jaarsma TA, Pool G, Sanderman R, Ranchor AV. Psychometric properties of the Dutch version of the posttraumatic growth inventory among cancer 165 patients. *Psycho- Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 2006, 15: 911-920.
99. Jin Y, Xu J, Liu D. The relationship between post traumatic stress disorder and post traumatic growth: gender differences in PTG and PTSD subgroups. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 2014b, 49: 1903-1910.

100. Lancaster SL, Kloep M, Rodriguez BF, Weston R. Event centrality, posttraumatic cognitions, and the experience of posttraumatic growth. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 2013, 22: 379-393.
101. Augustine J. Predictors of posttraumatic growth among adult tsunami survivors: The role of employment, religion, and family attributes. *Journal of Social Service Research*, 2014, 40: 491-507.
102. Yılmaz G, Üstün, B. Onkoloji hemşirelerinin profesyonel yaşam kalitesini ve travma sonrası gelişim düzeylerini etkileyen sosyodemografik ve mesleki faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2019, 10:241-250.
103. Kolokotroni P, Anagnostopoulos F. Psychosocial factors related to posttraumatic growth in breast cancer survivors: A Review. *Women & Health*, 2014, 54: 569-592.
104. He L, Xu J, Wu Z. Coping strategies as a mediator of posttraumatic growth among adult survivors of the Wenchuan earthquake. *Public Library of Science*, 2013, 8: 1-7.
105. Updegraff JA, Taylor SE, Kemeny ME, & Wyatt GE. Positive and negative effects of HIV infection in women with low socioeconomic resources. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2002, 28: 382-394.
106. Cann A, Calhoun LG, Tedeschi RG, Triplett KN, Vishnevsky T, & Lindstrom CM. Assessing posttraumatic cognitive processes: The event related rumination inventory. *Anxiety, Stress, & Coping*, 2011, 24: 137- 156.
107. Janoff-Bulman R. *Schema-Change Perspectives On Posttraumatic Growth. Handbook Of Posttraumatic Growth: Research And Practice*. New York and London, Psychology Press, 2006: 81-99.

108. Taku K, Cann A, Calhoun LG, & Tedeschi RG. The factor structure of the posttraumatic growth inventory: A comparison of five models using confirmatory factor analysis. *Journal Of Traumatic Stress*, 2008, 21:158- 164.
109. Calhoun LG, & Tedeschi RG. *Posttraumatic Growth in Clinical Practice*, (4th ed.), New York, Brunner Routledge, 2013.
110. Tedeschi RG, Calhoun LG. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, 9: 455-471.
111. Tedeschi RG, & Calhoun LG. Beyond the concept of recovery: Growth and the experience of loss, *Death Studies*, 2007, 32: 27-39.
112. Nolen-Hoeksema S, Larson J, & Grayson C. Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, 77: 1061.
113. Zhai J, Liu X, Wu J, & Jiang H. What does posttraumatic growth mean to Chinese burn patients: a phenomenological study. *Journal of Burn Care & Research*. 2010, 31: 433-440.
114. Yalom ID. *Existential Psychotherapy*. Çeviri: Tangör A.ve İyidoğan Babayigit Z.Varoluşçu Psikoterapi, 1. Baskı. İstanbul, Kabalcı Yayınevi, 2001: 263-290.
115. Danhauer SC, Russell GB, Tedeschi RG, Jesse MT, Vishnevsky T, Daley K, & Powell B L. A longitudinal investigation of posttraumatic growth in adult patients undergoing treatment for acute leukemia. *Journal Of Clinical Psychology In Medical Settings*, 2013, 20.1: 13-24.
116. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3: 513-552.
117. Collins CE, Given BA, Given CW. Interventions with family caregivers of persons with alzheimer's disease. *Nursing Clinics North America*, 1994, 29:195-207.

118. TDK.<https://sozluk.gov.tr/> 12 Mart 2020.
119. Cho E. A proposed theoretical framework addressing the effects of informal caregivers on health-related outcomes of elderly recipients in home health care. *Asian Nursing Research*,2007, 1: 23-34.
120. Kasuya RT. Caregiver burden and burnout A guide for primary care physicians. *Postgrad Medicine*, 2000, 108: 119.
121. Vitaliano PP, Zhang J, Scanlan JM. Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 2003, 129:946- 972.
122. Özer, S.Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Türk Kardiyoloji Derneği Kardiovasküler Hemşirelik Dergisi*, 2010, 1: 3-7.
123. Kılıç Akça N, Taşçı S. 65 Yaşüstü bireylere bakım verenlerin yaşadıkları sorunların belirlenmesi, *Sağlık Bilimleri Dergisi (J Health Sci)*, 2005, 14: 30-36.
124. Aşiret GD, Kapucu S. İnmeli hastalara bakım veren hasta yakınlarının bakım yükü. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 2012, 2: 73–80.
125. Saunders MM. Factors associated with caregiver burden in heart failure family caregivers, *Western Journal of Nursing Research*,2008,30.8: 943-959.
126. Jungbauer J, Wittmund B, Dietrich S, Angermeyer MC. Subjective burden over 12 months in parents of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2003, 17:126-134.
127. Provencher HL, Mueser KT. Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*,1997, 26: 71-80.
128. Schulze B, Rössler W. Caregiver burden in mental illness: review of measurement findings and interventions in 2004– 2005. *Curr Opin Psychiatry*, 2005, 18: 684– 691.

129. Milliken PJ. Disenfranchised mothers: Caring for an adult child with schizophrenia. *Health Care for Women International*, 2001, 22, 149-166.
130. Thompson EH, Doll W. The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. *Family Relations*, 1982, 31:379–388.
131. Hanci N, Sarandöl A, Eker S, & Akkaya C. İki uçlu bozukluk-I ve şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yük düzeylerinin karşılaştırılması. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2018, 19:451-458.
132. Hjarthag F, Heldin L, Karilampi U, Norlander T. İllness- related components for the family burden of relatives to patients with psychotic illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2010, 45: 275-283.
133. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z. ve diğerleri. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2010, 21: 203-212.
134. Awad AG, Voruganti LN. The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics* 2008, 26:149-162.
135. Ukpong D. Şizofreni hastalarına bakım veren Nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: Pozitif ve negatif semptomların rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2012, 23:40-50.
136. Ak M, Yavuz KF, Lapsekili N, Türkçapar MH. Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 2012, 25:330-337.
137. Miller B, Cafasso L. Gender differences in caregiving: Fact or artifact? *The Gerontologist*, 1992, 32:498–507.

138. Kung WW. The illness, stigma, culture or immigration. Burden on Chinese American caregivers of patients with schizophrenia. *Families in Society*, 2003, 84:547-557.
139. Webb C, Pfeiffer M, Mueser K, Gladis M, Mensch E, De Girolamo J, Levinson DF. Burden and well- being of caregivers for the severely mentally ill: The role of coping style and social support. *Schizophrenia Resault*, 1998, 34:169–180.
140. Biegel DE, Milligan SE, Putnam PL, Song LY. Predictors of burden among lower socioeconomic status caregivers of persons with chronic mental illness. *Community Ment Health Journal*, 1994, 30:473-494.
141. Lowyck B, De Hert M, Peeters E. A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 2004, 19:395-401.
142. Madianos M, Economou M, Dafni O. Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *Europen Psychiatry*, 2004, 19:408–414.
143. Ivarsson AB, Sidenvall B, Carlsson M. The factor structure of the burden assessment scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2004, 18:396-401.
144. Magliano L, Fiorillo A, Malangone C, De Rosa C, Maj M. Special section: a memorial tribute: patient functioning and family burden in a controlled, real- world trial of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatric Services*, 2006, 57:1784-91.
145. Ohaeri JU. Caregiver burden and psychotic patients' perception of social support in a nigerian setting. *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36:86-93.

146. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2011, 3:251-277.
147. Türksoy N. *Psikolojik Travma Ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçlar*. İstanbul, 5US Yayıncılık, 2003.
148. Tuck I, du Mont P, Evans G, Shupe J. The experience of caring for an adult child with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 1997, 11:118-25.
149. Wheeler C. The diagnosis of schizophrenia and its impact on the primary caregiver. *Nursing Praxis in New Zealand inc*, 1994, 9:15-23.
150. Sanders A, Szymanski K. Siblings of people diagnosed with a mental disorder and posttraumatic growth. *Community Ment Health Journal*, 2013, 49:554-9.
151. Zarit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The Gerontologist*, 1980, 20: 649-55.
152. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*, 3. Baskı. Ankara, Ankara Hekimler Yayın Birliği, 2007: 346-353.
153. Büyüköztürk, Ş. *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı*, (20 ed.) 1. Baskı. Ankara, Pegem Akademi Yayınları, 2014.
154. Chan SW. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 2011, 25:339–349.
155. Shamsaei F, Cheraghi F, Bashirian S. Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry*, 2015, 10:239-245.
156. Özkan B, Polat, D. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerine Verilen Psikoeğitim Workshop Programının Bakım Yükü, İlaç Uyumu Değerlendirme ve Problem Çözme Becerilerine Etkisi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, 2020.

157. Kaya Y, Öz F. Şizofreni hastalarının genel sosyal işlevsellik düzeyi ve hastalara bakım veren yakınlarının bakım yükü. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2019, 10:28-38.
158. Günaydın N, Nergiz Z. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Aile Bütünlüğü Duygusu ve Bakım Yükünün Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, Ordu: Ordu Üniversitesi, 2019.
159. Harmancı P, & Duman ZÇ. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ve ruhsal sağlık durumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 2016, 7: 82-85.
160. Üstündağ MF, Budak M. Şizofreni Tanılı Hastaların Fiziksel Şiddete Maruziyeti, Fiziksel Şiddetin Bakım Veren Yükü ve İçselleştirilmiş Damgalanma İle İlişkisi. İstanbul Erenköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Ruh Ve Sinir Hastalıkları Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, 2020.
161. Egici MT, Can MK, Toprak D, Öztürk GZ, Esen ES, Özen B, & Sürekci N. Palyatif bakım merkezlerinde tedavi gören hastalara bakım veren bireylerin bakım yükleri ve tükenmişlik durumları. *Journal of Academic Research In Nursing*, 2019, 5:1-8.
162. Marsh DT, Johnson DL. The family experience of mental illness: Implications for intervention. *Prof Psychol Res Press*, 1997, 28:229- 37.
163. McKenzie EJ. The Experience Of Family Members Living With A Relative With Schizophrenia. Doctoral Dissertation, Canada: University of Calgary, 2000.
164. Klages D, East L, Usher K, Jackson D. Post-traumatic growth: Health professionals as mothers of adult children with schizophrenia. *Health Care for Women International*, 2020, 1-12.

165. Barnable A, Gaudine A, Bennett L, & Meadus, R. Having a sibling with schizophrenia: A phenomenological study. *Research and Theory for Nursing Practice*, 2006, 20: 247–264.
166. ChenF-P,GreenbergJS. Apositiveaspectofcaregiving: Theinfluence of social support on caregiving gains for family members of relatives with schizophrenia. *CommunityMentalHealthJournal*,2004, 40:423–435.
167. Morton RD. The Experience of Family Members Living With A Relative Diagnosed With Schizophrenia. Unpublished Doctoral Dissertation, Brisbane, Australia: Queensland UniversityofTechnology,2013.
168. Sanders A, Szymanski K. Siblings of people diagnosed with a mental disorder and posttraumatic growth. *Community Mental Health Journal*, 2012, 49: 554–559.
169. Behzadi M MSc, Rassouli M PhD, Khanali Mojen L PhD, Pourhoseingholi MA PhD, Alaie Karahroudy F PhD. Posttraumatic growth and its dimensions in the mothers of children with cancer. *Int J Community Based Nurs Midwifery*, 2018, 6:209-217.
170. Özkardaş O, Can A. 4-18 Yaş Arası Farklı Gelişim Gösteren Çocuk Anneleri İle Normal Gelişim Gösteren Çocuk Annelerinin Travma Sonrası Büyüme Özelliklerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aile Danışmanlığı ve Eğitimi Anabilim Dalı. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul: İstanbul Ticaret Üniversitesi, 2018.
171. Slyke, Jenna Van. *Post- Traumatic Growth*.2014.
172. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Jamett PR, Irarrazaval M. Objective and subjective burden in relatives of patients with schizophrenia and its influence on care relationships in Chile. *Psychiatry Research*, 2016, 237:361-365.

173. Strunoiu LM, Strunoiu CM, Chirita AL, Pirlog MC, Tica AA. Factors that impact caregivers of patients with schizophrenia. *Curret Health Sciences Journal*, 2019, 45:301-310.
174. Inogbo CF, Olotu SO, James BO, Nna EO. Care burden among caregivers who are first-degree relatives of schizophrenia patients. *Pan African Medical Journal*, 2017, 28: 284.
175. Geriani D, Savithry KS, Shivakumar S, Kanchan T. Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: a correlation to personality and coping. *J Clin Diagn Res*. 2015, 9.
176. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 2009, 46:10-14.
177. Büket Tomruk N, Aytur Ö. Şizofreni Hastalarında Psikopatoloji ve Hastalık Seyri İle Bakım Verenlerin Yükü Arasındaki İlişki. İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğt. ve Arş. Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul: 2015.
178. Yu Y, Liu ZW, Tang BW, Zhao M, Liu XG, Xiao SY. Reported family burden of schizophrenia patients in rural China. *PLoS One*, 2017, 12.
179. Alexander G, Bebee CE, Chen KM, Vignes RD, Dixon B, Escoffery R, Francis C, Francis D, Mendoza Z, Montano S, Nelson M, Ramcharan S, Richards S, Jackson MD. Burden of caregivers of adult patients with schizophrenia in a predominantly African ancestry population. *Quality of Life Research*, 2016, 25:393-400.
180. Zahid MA, Ohaeri JU. Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 2010, 10:71.

181. Yazici E, Karabulut Ü, Yildiz M, Tekes SB, Inan E, Çakir U, & Turgut C. Sizofrenisi olan hastalara bakım verenlerin yükü ve ilişkili etmenler/burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 2016, 53:96.
182. Chen HM, Chen VC, Hsiao HP, Weng YP, Hsu YT, Weng JC, Su JA, Chen YL. Correlations and correlates of post-traumatic growth and post-traumatic stress symptoms in patients with breast cancer. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 2019, 1:3051-3060.
183. Nouzari R, Najafi SS, Momennasab M. Post-traumatic growth among family caregivers of cancer patients and its association with social support and hope. *International Journal of Community Based Nursing Midwifery*, 2019, 7:319-328.
184. King Laura A, Hicks Joshua A. Detecting and constructing meaning in life events. *The Journal of Positive Psychology*, 2009, 4:317- 330.
185. Coddington R. Dean. The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children-11a study of a normal population. *Journal of Psychosomatic Research*, 1972,16:205- 213.
186. İnci F, Boztepe H. Travma Sonrası Büyüme: Öldürmeyen acı güçlendirir mi? *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2013, 4:80- 84.
187. Shakespeare F, Jane E. ve diğer. The prevalence of post- traumatic growth in emergency ambulance personnel. *Traumatology*, 2003, 9:58- 71.
188. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology-a critical review and introduction of a two component model. *Clinical Psychology Review*, 2006, 26:626- 653.
189. Kleim B, Ehlers A. Evidence for a curvilinear relationship between posttraumatic growth and posttrauma depression and ptsd in assault survivors. *Journal of*

Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 2009, 22:45- 52.

- 190.** Park Crystal L. Stress- related growth and thriving through coping: the roles of personality and cognitive processes. *Journal of Social Issues*, 1998, 54:267- 277.



EKLER

EK-1. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler	
Adı Soyadı:	Merve Bakar
Doğum tarihi:	1 Ocak 1998
Doğum Yeri:	Çat/Erzurum
Medeni Hali:	Bekâr
Uyruğu:	T.C.
Adres:	Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Tel:	0530 723 35 33
Faks:	-
E-mail:	bakarmerve71@gmail.com
Eğitim	
Lise:	Erzurum Hasan Basri Anadolu İmam Hatip Lisesi
Lisans:	Atatürk Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi(2018)
Yüksek lisans:	Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (2020)
Doktora:	-
Yabancı Dil Bilgisi	
İngilizce:	İyi
Almanca:	-
Rusça:	-
Üye Olunan Mesleki Kuruluşlar	
İlgi Alanları ve Hobiler	
Masa Tenisi, doğa gezileri, kitap, spor	

EK-2. ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU



SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
Graduate School of Health Sciences

ETİK BİLDİRİM VE İNTİHAL BEYAN FORMU

Psikiyatri Hemşireliği ana bilim dalında Yüksek Lisans Tezi olarak Dr. Öğr. Üy. Hatice DURMAZ danışmanlığında sunulan “Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Travma Sonrası Gelişim ile Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi” başlıklı çalışmanın tarafımızdan bilimsel etik ilkelere uyularak yazıldığını, yararlanılan eserlerin kaynakçada gösterildiğini, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre yazıldığını, Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından belirlenmiş olan Turnitin Programı benzerlik oranlarının aşılmadığını ve aşağıdaki oranlarda olduğunu beyan ederiz.

Tez Bölümleri	Tezin Benzerlik Oranı (%)	Maksimum Oran (%)
Giriş	0	15
Genel Bilgiler	5	30
Materyal ve Metod	24	35
Bulgular	10	10
Tartışma	2	15

Beyan edilen bilgilerin doğru olduğunu, aksi halde doğacak hukuki sorumlulukları kabul ve beyan ederiz. 04 / 11/ 2020

Öğrenci

Merve BAKAR

Danışman

Hatice DURMAZ

* Tez ile ilgili YÖKTEZ’de yayınlamasına ilişkin bir engelleme var ise aşağıdaki alanı doldurunuz.

☐ Tezle ilgili patent başvurusu yapılması / patent alma sürecinin devam etmesi sebebiyle Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 2 (iki) yıl süreyle engellenmiştir.

☐ Enstitü Yönetim Kurulunun .../.../... tarih ve sayılı kararı ile teze erişim 6 (altı) ay süreyle engellenmiştir.

EK-3. ERZURUM ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ETİK KURUL İZNİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU		
KARAR		
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı
	TELEFON	+90 442 234 65 11
	FAKS	+90 442 236 09 68
	E-POSTA	atatipetikkurul@gmail.com
SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI		Merve BAKAR
ARAŞTIRMACININ AÇIK ADI		Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Travma Sonrası Gelişim ile Bakım Yüğü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi/ Investigation of the Relationship Between Posttraumatic Development and Care Burden in Caregivers of Schizophrenia Patients
KARAR BİLGİLERİ	Toplantı Sayısı: 07 Karar No: 25	Tarih: 07.11.2019
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve çalışmanın bütçesinin kendisi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açıdan sakınca olmadığına oy birliği ile karar verildi. Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.	



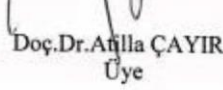
Prof. Dr. M. Hamidullah UYANIK
Üye



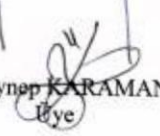
Prof. Dr. Zekai HALICI
Üye



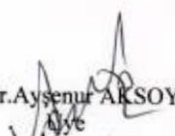
Prof. Dr. Zeynep ÇAKIR
Etik Kurul Başkanı



Doç. Dr. Atilla ÇAYIR
Üye



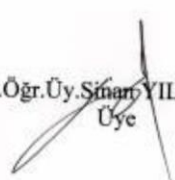
Doç. Dr. Zeynep KARAMAN ÖZLÜ
Üye



Doç. Dr. Aysenur AKSOY
Üye



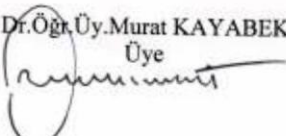
Doç. Dr. Yasemin ÇAYIR
Üye



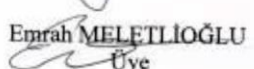
Dr. Öğr. Üy. Sinan YILMAZ
Üye



Dr. Öğr. Üy. İbrahim KARABULUT
Üye



Dr. Öğr. Üy. Murat KAYABEKİR
Üye



Emrah MELETLİOĞLU
Üye

EK-4. SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

1.Yaşınız:

2.Cinsiyetiniz:

Kadın () Erkek ()

3.Medeni durumunuz:

Evli () Bekar () Boşanmış ()

4.Çalışma durumunuz:

Çalışıyor () Çalışmıyor ()

5.Eğitim durumunuz:

İlköğretim () Lise () Üniversite () Lisansüstü ()

6.Hastaya yakınlık durumunuz:

Annesi () Babası () Çocuk () Eş () Diğer ().....

7. Hasta ile aynı evde mi yaşıyorsunuz:

Evet () Hayır ()

8.Ne kadar süredir bakım vermektedirsiniz:

1-3 yıl arası () 3-5 yıl arası () 5 yıl ve üzeri ()

EK-5. ZARİT BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı		Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Neredeyse her
1	Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2	Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseders misiniz?	1	2	3	4	5
3	Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseders misiniz?	1	2	3	4	5
4	Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5	Yakınınızın geleceğı ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
6	Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7	Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseders misiniz?	1	2	3	4	5
8	Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseders misiniz?	1	2	3	4	5
9	Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10	Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseders misiniz?	1	2	3	4	5
11	Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
12	Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceğı tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseders misiniz?	1	2	3	4	5
13	Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5

14	Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
15	Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16	Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
17	Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18	Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19	Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

EK-6. TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ

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.

		Yaşamadım	Çok az yaşadım	Biraz yaşadım	Orta düzeyde yaşadım	Fazla yaşadım	Çok fazla yaşadım
1	Hayatıma verdiğim değer arttı.						
2	Hayatımın kıymetini anladım.						
3	Yeni ilgi alanları geliştirdim.						
4	Kendime güvenim arttı.						
5	Manevi konuları daha iyi anladım.						
6	Zor zamanlarda başkalarına güvenebileceğimi anladım.						
7	Hayatıma yeni bir yön verdim.						
8	Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.						
9	Duygularımı ifade etme isteğim arttı.						
10	Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.						
11	Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi anladım.						
12	Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.						
13	Yaşadığım her günün değerinin anladım.						
14	Yakınımın hastalığından sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.						
15	Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.						
16	İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.						
17	Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.						

18	Dini inancım daha da güçlendi.						
19	Düşündüğümde daha güçlü olduğumu anladım.						
20	İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.						
21	Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.						



**EK-7. ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ KAMU
HASTANELER BİRLİĞİ KURUM İZİNİ**



T.C.
ERZURUM VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 37895263-604.02
Konu : Araştırma İzin Talebi (Merve BAKAR)



Sn.Merve BAKAR
Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Yakutiye/ERZURUM

İlgi :08/01/2020 tarihli dilekçe.

İlgide kayıtlı dilekçenizde, sorumlu araştırmacı Dr.Öğr.Üyesi Hatice DURMAZ sorumluluğunda " *Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Travma Sonrası Gelişim ile Bakım Yükü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi* " başlıklı araştırmanın yapılabilmesi için izin talebinde bulunduğunuz tarafımıza bildirilmiştir.

Yapılan değerlendirme neticesinde, çalışmanızın Erzurum Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapılması uygun görülmüştür. Çalışmanız esnasında etik kurallara uymanız, kurum ve kişi mahremiyetine uygun hareket etmeniz önem arz etmektedir.

Söz konusu çalışma sonucu hazırlanacak araştırma raporundan 2 (iki) nüshanın Müdürlüğümüze teslim edilmesi ve uyarılarımıza hassasiyetle uyulması hususunda; Bilgilerinizi rica ederim.

e-imzalıdır.

Dr. İbrahim YILDIRIM

Müdür a.

Sağlık Hizmetleri Başkanı

Erzurum İl Sağlık Müdürlüğü
Telefon: Faks No: 04422343476

e-Posta: banu.palazoglu@saglik.gov.tr İnternet Adresi: erzurum.saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 2e42c99d-fb6d-4fa0-8040-4ed890693620 kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için: Banu PALAZOĞLU

HEMŞİRE

Telefon No: (0 442) 238 51 00

EK-8. ERZURUM TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZİ SORUMLU HEKİM YAZILI İZİNİ

ERZURUM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Bulduğum klinikte "Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Travma Sonrası Gelişim ile Bakım Yüğü Arasındaki İlişkinin İncelenmesi" başlıklı çalışmanın yürütölmek istendiğı tarafıma anlatılmış olup "Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu" nun uygun görmesi halinde çalışmanın yapılmasında herhangi bir sakınca görölmemiştir.

Bilgilerinize arz ederim. 02.12.19.

Kaşe /imza
Uzm.Dr.Fatih ÖZCAN
Erzurum Sağlık Bilim ve
Araştırma Enstitüsü
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Diy.Tes.No: 167552 Uz.Tes.No: 121104