



**T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ TEMEL BAKIMINI ÜSTLENEN
YAKINLARININ SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ İLE
TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ: İSTANBUL İLİ ÖRNEĞİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Leyla Buse KETRE AKBAŞ**

**Enstitü Anabilim Dalı: SOSYAL HİZMET
Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL HİZMET**

Tez Danışmanı: Dr.Öğr.Üyesi Yasemin ÇÖLGEÇEN

Ocak 2022

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS / DOKTORA İNTİHAL YAZILIM RAPORU
BEYAN BELGESİ

Tez Başlığı: ŞİZOFRENİ TANISI ALIP TEDAVİSİ SÜREN HASTALARIN TEMEL BAKIMINI ÜSTLENEN YAKINLARININ SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ İLE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN İNCELENMESİ

Yukanda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplam 97 sayfalık kısmına ilişkin aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan ve 20/12/2021 tarihinde aşağıda ismi yazılı araştırma görevlisi tarafından şahsıma iletilen Turnitin intihal tespit programı raporuna göre tezimin benzerlik oranı %13'tür.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç,
2. Alıntılar dâhil,
3. 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

İmza

Adı Soyadı : Leyla Buse KETRE AKBAŞ
Öğrenci Numarası : 177203019
Ana Bilim Dalı : Sosyal Hizmet
Programı : Sosyal Hizmet
Türü () Proje (X) Yüksek Lisans Tezi () Doktora Tezi

Danışman
(Adı Soyadı, İmzası, Tarih)

ÖNSÖZ

Bakım verme sorumluluğunu ve bu sorumluluğun bireylerin üstünde bıraktığı etkilere dair alan yazında pek çok çalışma mevcuttur. Fakat diğer kronik hastalıklardan ziyade kronik ruhsal bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinin ayrımcılık, damgalanma ve sosyal izolasyon gibi deneyimledikleri sorunlar değişiklik gösterebilmektedir. Bu sebeple şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin deneyimledikleri sorunların bakım verenler üzerinde etkisi ile yaratabileceği tükenmişlik ve bu sorunlarla baş ederken algıladıkları sosyal destek örüntüleri incelenerek, bu iki değişkenin arasındaki ilişkinin incelenmesi araştırılmaya değer görülmüştür.

Bu araştırma süreci boyunca akademik bilgilerini ve emeğini üstümden esirgemeyen danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ÇÖLGEÇEN'e, yüksek lisans programımın ve araştırmamın ilk gününden itibaren yanımda olup araştırma konum için yol gösteren Prof. Dr. Ali Rıza ABAY'a, tez izleme jürimde benimle değerli bilgilerini paylaşan sayın hocalarım Prof. Dr.Elif YÜKSEL OKTAY ve Dr.Öğr.Üyesi Sümeyye Beyza ABAY ALYÜZ'e teşekkürü bir borç bilirim.

Lisans bitirme tezinden itibaren akademik hayatıma devam etmem için gerekli motivasyonu canlı tutan ve bu araştırma sürecinde bana zaman ayırarak katkılarını sunan Doç. Dr. Sinan AKÇAY'a şükranlarımı sunarım.

Araştırmamın veri toplama sürecinde İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü'ne, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği'ne, örneklemimi oluşturan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin tüm personellerine bilhassa Sosyal Çalışmacılara kolaylaştırıcı oldukları için teşekkür ederim

Eğitim ve öğretim hayatım boyunca kendilerinden feragat edebilecek kadar hassas çabalara girişen sevgili annem Hafize KETRE'ye ve babam Ahmet KETRE'ye, henüz okuma yazma bilmediğim dönemlerde bana aldığı ansiklopedilerle okuma sevgisini bana aşıl原因an rahmetli dayım Mehmet YURDAL'a, bu süreçte desteklerini benden esirgemeyen sevgili meslektaşlarım Gencer GENÇ'e, Seyfullah KORKMAZ'a ve Büşra YILMAZOĞLUNA, manevi kardeşim Gökhan ASMACI'ya teşekkürlerimi sunarım.

Her sürecimde yoluma eşlik eden ve bu süreçteki kriz anlarımı yönetebilen sevgili eşim Avşin AKBAŞ'a, yüzümden gülümsemeyi hiç eksik etmeyen ve hayatıma renk katan tatlı kedimiz HERA'ya, umudumu hiç kaybetmediğim ve çabamı azaltmadığım için bilhassa kendime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
Araştırmanın Konusu	2
Araştırmanın Önemi	2
Araştırmanın Amacı	3
Araştırmanın Hipotezleri	3
Araştırmanın Yöntemi	4
Literatür İncelemesi	5
1. BÖLÜM: ŞİZOFRENİ	7
1.1. Şizofreni Kavramı	7
1.2. Tarihsel Çerçevesi	8
1.3. Belirtileri	9
1.4. Etiyolojisi	14
1.5. Tedavi Süreci	17
1.6. Şizofreni Tanılı Bireyin Bakım Vereni Olmak	21
1.7. Şizofreni Hasta Bakım Verenlerinin Yaşadıkları Sorunlar	23
1.7.1. Ekonomik Sorunlar	25
1.7.2. Sosyal Sorunlar	26
1.7.3. Psikolojik Sorunlar	27
2. BÖLÜM: ŞİZOFRENİ HASTA BAKIM VERENLERİNDE TÜKENMİŞLİK VE SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ	30
2.1. Tükenmişlik	30
2.1.1. Tükenmişlik Kavramı	30
2.1.2. Şizofreni Tanılı Bireylerin Bakım Verenlerinde Tükenmişlik	34
2.2. Sosyal Destek	36
2.2.1. Sosyal Destek Kavramı	36
2.2.2. Şizofreni Tanılı Bireylerin Bakım Verenlerinin Sosyal Destek Sistemleri	38
3. BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE BULGULARIN ANALİZİ	41
3.1. Yöntem	41
3.2. Veri Toplama Araçları ve Tasarımı	41
3.2.1. Kişisel Bilgi Formu	41
3.2.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği	41
3.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	42
3.3. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları	43
3.3.1. Kapsam	43
3.3.2. Sınırlılıklar	43
3.4. Veri toplama Süreci	44
3.5. Verilerin Analizi	45
3.5.1. Bulgular	45
3.5.1.1. Araştırmanın Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine Dair Bulguları	48
3.5.1.2. Araştırmanın Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Dair Bulguları	58

3.5.1.3. Araştırmanın Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin İlişkisine Dair Bulguları	66
3.5.2. Araştırma Bulgularının Yorumlanması	67
3.5.2.1. Sosyo-demografik Koşullara Göre Bulguların Yorumlanması	67
3.5.2.2. Algılanan Sosyal Destek Düzeyine Göre Elde Edilen Bulguların Yorumlanması.....	68
3.5.2.3. Tükenmişlik Boyutunda Elde Edilen Bulguların Yorumlanması	70
3.5.2.4. Algılanan Sosyal Desteğin ve Tükenmişlik Düzeyinin İlişkisine Dair Bulguların Yorumlanması.....	73
SONUÇ VE ÖNERİLER	75
SONUÇ	75
ÖNERİLER	76
KISITLILIKLAR	81
KAYNAKÇA.....	82
EKLER.....	94

KISALTMALAR

EKT	:	Elektro Konvülsif Tedavi
DSM-5	:	Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
DSÖ	:	Dünya Sağlık Örgütü
M.Ö.	:	Milattan Önce
MTÖ	:	Maslach Tükenmişlik Ölçeği
WHO	:	World Health Organization



TABLÖLAR

Tablo 1: Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarına İlişkin Güvenilirlik ve One Sample Kolmogorov-Smirnov (K-S) Normallik Analizi	45
Tablo 2. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının ve Bakım Verdikleri Şizofreni Tanılı Bireylerin Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans ve Yüzdelik Dağılımlar	46
Tablo 3. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	48
Tablo 4. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	48
Tablo 5. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	49
Tablo 6. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	50
Tablo 7. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	51
Tablo 8. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verme Sürelerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	52
Tablo 9. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Hasta Dışında Ailesinde Ya Da Yakınında Şizofreni Tanısı Olan Başka Birisi Olma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	53
Tablo 10. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireye Yakınlık Derecesine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	54
Tablo 11. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdikleri Bireylerle Birlikte Yaşama Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	55
Tablo 12. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireyin Yaş Gruplarına Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	56
Tablo 13. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireyin Cinsiyetine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	57
Tablo 14. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler	58

Tablo 15. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	58
Tablo 16. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	59
Tablo 17. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 18. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	60
Tablo 19. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verme Sürelerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	61
Tablo 20. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Hasta Dışında Ailesinde Ya Da Yakınında Şizofreni Tanısı Olan Başka Birisi Olma Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	62
Tablo 21. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdikleri Bireylerle Birlikte Yaşama Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması.....	62
Tablo 22. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireye Yakınlık Derecesine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	63
Tablo 23. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireyin Yaş Gruplarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	64
Tablo 24. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireyin Cinsiyetine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	65
Tablo 25. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	66

ÖZET

TezinBaşlığı: ŞİZOFRENİ HASTALARININ TEMEL BAKIMINI ÜSTLENEN YAKINLARININ SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ İLE TÜKENMİŞLİK DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: İSTANBUL İLİ ÖRNEĞİ

TezinYazarı: Leyla Buse KETRE AKBAŞ **Danışman:** Dr.Öğr.Üyesi Yasemin ÇÖLGEÇEN

KabulTarihi: 06.01.2022

Sayfa Sayısı: IX (ön kısım) + 100(tez) + 3(ekler)

Anabilim Dalı: Sosyal Hizmet

Bilim Dalı: Sosyal Hizmet

Psikiyatrik bozukluklar arasında dünya çapında yaygınlık oranları birbirine oldukça benzerlik gösteren şizofreni, bireylerin yaşamında kendisini genç yetişkinlikte gösteren ve tanı alan her bireyde klinik seyrin değişkenlik göstermesi nedeniyle net bir tanımsal çerçevesi olmayan bir psikiyatrik bozukluktur. Tanı alan her bireyde gözlemlenen bu değişkenlik durumu, tedavinin özgünlüğü ve hastalığın kronik bir rahatsızlık olması nedeniyle tanı alan bireylerin yaşam dinamiklerini değiştirmektedir. Değişen bu dinamikler ve hastalığın, bireyin sosyal işlevselliğindeki ve algı mekanizmalarındaki olağan süreçleri değiştirmesinden kaynaklı tanı alan bireyler bakım alma ihtiyacı yaşayabilmektedirler.

Bu araştırmanın amacı şizofreni tanısı alıp tedavisi en az bir yıldır devam eden bireylerin temel bakımını üstlenen yakınlarının sosyal destek sistemleri ile tükenmişlik düzeylerinin ölçerek bu iki değişkenin ilişkisinin incelemektir. Bu ilişkiler ele alınırken araştırmamızın birinci bölümünde şizofreninin tanımına, tarihçesine, belirtilerine, tedavi süreçlerine ve şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin yaşadığı psikososyal sorunlara değinilmiştir. İkinci bölümde ise tükenmişlik ve sosyal destek kavramları ele alınarak bakım verenlerin yaşadıkları tükenmişlik ve sahip oldukları sosyal destek sistemleri ele alınmıştır. Sosyal desteğin algılanışı her bireyde farklı olduğundan sübjektif bir kavramdır. Bu bağlamda bakım verenlerin sahip oldukları sosyal destek sistemlerinin ölçülmesinden ziyade bakım verenlerin sosyal destek örüntülerini nasıl deneyimledikleri ele alındığı için algılanan sosyal destek sistemleri incelenmiştir. Araştırmamızda nicel araştırma yöntemlerinden basit rastlantısal örnekleme kullanılmıştır. Verilerin toplanması için Sosyo-demografik form, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Araştırmamızın örneklemini Sağlık Bilimleri Üniversite Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı olan beş Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden tedavi almakta olan şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleri oluşturmaktadır. Elde edilen veriler SPSS 25.0 programı ile analiz edilmiştir.

Araştırmamızda bakım verenlerin cinsiyet oranları birbirine yakinken, yaşları ise genellikle 40 ile 59 arasında değişmekte olup %54,5'i ilköğretim mezunu, %72'si evli ve %81'i bakım verdiği bireyle aynı haneyi paylaşmaktadır. Medeni durumu evli olan ve üniversite mezunu bakım verenler arkadaş sosyal desteğini daha yüksek algılamaktaydı. Bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri arasından en çok kişisel başarı tükenmişliğinin yüksek olduğu, 40-59 yaş aralığındaki bakım verenlerin ise diğer yaş grubundaki bakım verenlere göre daha yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik yaşadıkları, bakım verdiği bireye ebeveyn ya da eş olan bakım vericilerin ve aynı haneyi paylaşan bakım verenlerin daha fazla duygusal tükenmişlik yaşadıkları saptanmıştır.

Sosyal destek ile tükenmişlik ilişkisi analizlerine göre ise aile sosyal desteği ile tükenmişliğin üç boyutu arasında da negatif bir ilişki bulunmuştur. Bakım verenlerin algılanan toplam sosyal destek algıları ise duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık boyutu arasında negatif ve orta düzeyde bir ilişki varken kişisel başarı tükenmişliği ile de negatif ancak düşük düzeyde anlamlı ilişki ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, Bakım Veren, Tükenmişlik, Sosyal Destek, Algılanan Sosyal Destek

SUMMARY

Thesis Title: The Evaluation of the Relationship Between Social Support Systems and Burnout Levels of Relatives Who Caregiver of Schizophrenia Patients: The Case of Istanbul	
Thesis Author: Leyla Buse KETRE AKBAŞ Advisor: Dr.Öğr.Üyesi Yasemin ÇÖLGEÇEN	
Date of Acceptance: 06.01.2022 Total Number of Pages: İX (ön kısım) +100(tez)+3(ekler)	
Department: Social Work	Field of Study: Social Work
Schizophrenia is a psychiatric disorder that shows itself in young adulthood in the life of individuals and does not have a clear descriptive framework because its clinical course varies in each diagnosed individual. This variability observed in each diagnosed individual changes the life dynamics of the individuals diagnosed due to the specificity of the treatment and the fact that the disease is a chronic disorder. Due to these changing dynamics and the fact that the disease changes the normal processes in the individual's social functioning and perception mechanisms, individuals who are diagnosed may need care. The aim of this study is to examine the relationship between these two variables by measuring the social support systems and burnout levels of the relatives who undertake the basic care of individuals diagnosed with schizophrenia and whose treatment has been ongoing for at least one year. While discussing these relationships, in the first part of our study, the definition, history, symptoms, treatment processes of schizophrenia and the psychosocial problems experienced by the caregivers of individuals with schizophrenia were mentioned. In the second part, the concepts of burnout and social support are discussed and the burnout experienced by caregivers and their social support systems are discussed. Since the perception of social support is different for each individual, it is a subjective concept. In this context, perceived social support systems have been examined since it deals with how caregivers experience social support patterns rather than measuring the social support systems they have. Simple random sampling, one of the quantitative research methods, was used in our study. Socio-demographic form, Maslach Burnout Scale and Perceived Social Support Scale were used to collect data. The sample of our study consists of the caregivers of individuals diagnosed with schizophrenia who are receiving treatment from five Community Mental Health Centers affiliated with the Istanbul Erenköy Training and Research Hospital For Psychiatry and Neurological Diseases he obtained data were analyzed with SPSS 25.0 program. While the gender ratios of the caregivers in our study were close to each other, their ages generally varied between 40 and 59. 54.5% of them were primary school graduates, 72% were married, and 81% shared the same household with their caregivers. Caregivers whose marital status was married and university graduate perceived social support from friends higher. Among the burnout levels of the caregivers, the highest level of personal achievement burnout, the caregivers between the ages of 40-59 experienced a higher level of emotional burnout than the caregivers in the other age group, the caregivers who are parents or spouses to the individual they care for and caregivers sharing the same household. It was determined that they experienced more emotional burnout. According to the analysis of the relationship between social support and burnout, a negative relationship was found between family social support and three dimensions of burnout. While there was a negative and moderate relationship between caregivers' perceived total social support perceptions, emotional burnout and insensitivity dimensions, a negative but low-level significant relationship was revealed with personal achievement burnout.	
Keywords: Schizophrenia, Caregiver, Burnout, Social Support, Perceived Social Support	

GİRİŞ

Kronik ruh sağlığı bozukluklarından biri olan şizofreninin, prevalans hızı %1'dir (Freedman, 2003:1738). Ülkemizde görülme sıklığı ise bin kişide 8,9'dur (Binbay vd., 2011: 43). Hastalığın ortalama kendini gösterme yaşı kadınlarda daha erken olmasının yanı sıra her iki cinsiyette de risk grubunu oluşturmaktadır (Kokurcan vd., 2015: 678). Şizofreni, tanı alan bireyin gerçeklik algısını değiştiren ve bilişsel süreçlerinde farklılığa neden olan bir hastalıktır. Hastalığın kavramsal olarak kesin çizgileri bulunmaması bugün bile tanı konma sürecinde sağlık profesyonellerini oldukça zorlayabilmektedir. Bu sebepten tanı konma işlemi hastalık tanımından ziyade hastalık belirtileri baz alınarak yapılmaktadır.

Şizofreninin klinik semptomları tanı alan her bireyde değişkenlik göstermesinin yanı sıra yaygın bulguları; varsanılar ve sanrılar, zihinsel eylemlerde karmaşa, kaygı, sosyal işlevsizlik, karar verme süreçlerinde ve dürtüsel faaliyetlerde bozukluklar olarak sıralanabilir. Tanı alan her bireyin belirtilerinin özgünlüğüne ek olarak tanıya neden olacak sebepler de değişkenlik göstermektedir. Yatkın gen dediğimiz gen etkisiyle kalıtım yoluyla, çevreden kaynaklı sebepler, doğum sırasında yaşanan olumsuzluklar, erken dönem yaşanan şoklar ve dopamin reseptörlerinde meydana gelen değişiklikler şizofreninin ortaya çıkışı için ortaya atılan nedenlerden sadece bir kaçıdır.

Şizofreni yaygın olarak bir mani (atak/ alevlenme) dönemi ile başlasa da klinik seyirlerde içe kapanıklık ya da depresif nöbetlerle de kendini gösterebilir. Şizofreni tanılı bireylerin büyük bir kısmı hastalık sürecinde birden çok atak geçirmekte ve ataklar başlamadan günler hatta haftalar önceden belirtileri kendini göstermeye başlayabilmektedir. Bu belirtiler sırasında şizofreni tanılı birey kendine kötü şeyler söyleyen sesler duymaya başlayabilmekte, şüphecilik ve tedirginlik artabilmekte bunların etkisi ile gerçeklik algısında kaymalar başlayabilmektedir. Belirtilerin hepsi bir bütün halinde başlayabildiği gibi kimi zaman da sadece bir belirti bile atak döneminin habercisi olabilmektedir. Şizofreni hastalığının atak dönemi çoğunlukla hastane yatışı ile sonuçlanır ve hem tanı alan birey için hem de bakım veren için uzun, zorlu ve sabır isteyen bir tedavi süreci başlar. Şizofreni için kullanılan antipsikotik ilaçlar ile şizofreni tanılı birey psikotik belirtilerinin birçoğundan kurtulma yaşasa da hastalıkla birlikte öz bakım becerileri, muhakeme yetenekleri, iletişim becerileri ve sosyal etkileşimleri yetenekleri hastalık döneminin öncesine göre gerilemekte ve bu durum ilaçlara ek olarak bireyin psiko-sosyal tedavi türleri olan psikoterapi, rehabilitasyon, bireysel psikoterapi ve bilişsel davranışçı terapiye ihtiyacını arttırabilmektedir.

Genelde erken yetişkinlikte yaşanan bir olaylar ya da olaylar bütünü ile kendini göstererek tanı alma aşamasına geline şizofreni, hem tanı almış bireyin hem de bakım verenlerinin deneyimledikleri bu hızlı değişimle gündelik hayat pratiklerini de değiştirmektedir. Tanı alan bireyin sosyal işlevsellik ve öz bakım mekanizmalarında meydana gele bozulma ile bakım veren ihtiyacı doğmaktadır. Tanı alma ile başlayan süreç ve bakım vermenin mesuliyeti bakım veren bireylerin sosyal, ekonomik ve

psikolojik yönden sorunlarla karşılaşmasına, bu sorunlar yüzünden tükenmişlik sendromuna yakalanmasına neden olabilmektedir. Alan yazında bakım verenlerle yapılan pek çok çalışmada görülmüştür ki bakım verenlerin deneyimledikleri tükenmişlik olgusundan kurtulmak için kullandıkları baş etme mekanizmasını sosyal destek ağları oluşturmaktadır. Bakım verenler kriz anlarında sosyal destek ağlarına yönelmeye meyilli olabilmektedir. Şizofreni tanılı bireyin bakım verenleri için sosyal destek ağı; akrabaları, arkadaşları, meslek elemanlarını, sosyal ve toplumsal çevreden meydana gelmektedir.

Bu çalışmada şizofreni tanılı bireyleri temel bakımlarını üstlenen yakınlarının sosyo-demografik koşulları, tükenmişlik düzeyleri ve sosyal destek sistemleri incelenip, temel bakım verme işini üstlenen hasta yakınının sosyal destek sistemleri ile tükenmişlik arasındaki ilişkisi saptanacaktır.

Araştırmanın Konusu

Şizofreni tanısı alan bireylerin tedavi süreçleri her ne kadar benzer olsa da tanı alan her birey için spesifik ve sabır gerektiren uzun bir süreci kapsar. Bakım vermenin doğasından gelen zorluklarla şizofreni hastalığının kendi hassasiyetli tedavi süreci birleşince, bakım veren bireylerin tükenmişlik sendromuna yakalanma ihtimali de artabilmektedir. Bu araştırmada Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı bulunan beş Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinden herhangi birinden hizmet alan; on sekiz ve altmış beş yaş aralığında bulunup en az bir yıldır şizofreni tanısı olan ve bu tanı dışında bakım gerektiren başka bir kronik sağlık problemi barındırmayan bireyin, aile içinden ya da aile dışından fark edilmeksizin temel bakımını yine en az bir yıldır üstlenen on sekiz yaşından büyük, bakım vermekle yükümlü olduğu bir başka birey olmayan, bakım verme sürecini profesyonel bir meslek olarak gerçekleştirmeyen bireylerin tükenmişlik düzeylerinin ve algıladıkları sosyal destek sistemlerinin tespit edilip bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek sistemleri ile tükenmişlik düzeyleri incelenip bu iki değişkenin birbirlerine olan etkisi araştırılacaktır.

Araştırmanın Önemi

Bu araştırma şizofreni tanısı almış bireylerin temel bakımını üstlenen yakınlarının hem tükenmişlik ve sosyal destek düzeylerinin hem de tükenmişlik düzeyleri ile sosyal destek sistemleri arasındaki ilişkinin bir arada incelenmesi sonucu Türkiye’de yapılan ilk araştırma olması nedeniyle önem taşımaktadır.

Araştırma sonucunda elde edilen bilgiler doğrultusunda literatüre katkı sağlaması, şizofreni tanısı alan bireylerin temel bakımını sağlayan bakım vericilere yönelik hizmetlere katkı sağlaması öngörülmektedir.

Araştırmanın Amacı

Şizofreni tanısı alan bireylerin tedavi süreçleri her ne kadar benzer olsa da her hasta için spesifik ve sabır gerektiren uzun bir süreci kapsar. Bakım vermenin doğasından gelen zorluklarla şizofreni hastalığının kendi hassasiyetli tedavi süreci birleşince, şizofreni tanısı alana bireylerin temel bakım verenlerinin tükenmişlik sendromuna yakalanma ihtimali de artabilmektedir. Literatürde da bakım verme pratiğinin getirisi olan negatif kazançlar nedeniyle bakım verme işi sıklıkla tükenmişlikle yordanmıştır (Atar, 2018; Demirbaş ve Özel Kızıl, 2017; Gülbol vd., 2021). Bireylerin tükenmişlikle baş etme sürecinde kullandığı materyallerden biri de sosyal destek sistemleridir (Bilge ve Kutsal, 2012). Sosyal destek; bireylere ilişki kurduğu sosyal ağları tarafından aktarılan yardımlar bütünüdür. Bu aynı zamanda var olan destek ile bireyin desteği nasıl yorumladığı ile doğrudan ilişkili olduğu için yoruma açık bir olgudur. Çalışmamızda baz alınan sosyal destek tanı alan bireyin bakım verenlerinin çevresinde oluşan sosyal destek ağından ziyade bu ağı nasıl anlamlandırdığı ile ilgili olduğundan “algılanan sosyal destek” sistemlerini araştırma kapsamına almıştır.

Bu araştırmanın amacını aile içinden ya da aile dışından fark edilmeksizin şizofreni tanısı alan bireylere temel bakım veren bireylerin tükenmişlik düzeylerinin ve informal sosyal destek sistemlerinin tespit edilip bakım verenlerin sosyal destek sistemleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelenmesi oluşturmaktadır.

Araştırmanın Hipotezleri

Temel Hipotez: Şizofreni hasta bakım verenlerinin tükenmişlik düzeyleri ile sosyal destek düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki vardır.

H1) Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin tükenmişlik düzeyleri yüksektir

H1a: Şizofreni hastalarının bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri cinsiyetlerine göre anlamlı farklılık gösterir.

H1b: Şizofreni hastalarının bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri medeni durumlarına göre anlamlı farklılık gösterir.

H1c: Şizofreni hastalarının bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri yaşlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H1d. Şizofreni hastalarının bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri bakım verme süresine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H1e: Şizofreni hastalarının bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık gösterir

H1f: Şizofreni hastalarının bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri bakım verilen hastanın cinsiyetine göre anlamlı bir farklılık gösterir

H1g: Şizofreni hastalarının bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri hastanın bakım verene yakınlık derecesine göre anlamlı bir farklılık gösterir

H1h: Şizofreni hastalarının bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri bakım verenin hastayla birlikte yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir

H1i: Şizofreni hastalarının bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri bakım verilen hastanın yaşına göre anlamlı bir farklılık gösterir

H1i: Şizofreni hastalarının bakım verenlerin tükenmişlik düzeyleri bakım veren bireyin bakım vermekte olan hasta dışında başka bir hasta yakının aynı tanıyı almasına göre anlamlı bir farklılık gösterir

H2) Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin sosyal destek düzeyleri düşüktür.

H2a: Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin sosyal destek düzeyleri cinsiyetlerine göre anlamlı bir farklılık gösterir.

H2b: Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin sosyal destek düzeyleri medeni durumlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir

H2c: Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin sosyal destek düzeyleri Yaşlarına göre anlamlı bir farklılık gösterir

H2d: Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin sosyal destek düzeyleri bakım verme süresine göre anlamlı bir farklılık gösterir

H2e: Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin sosyal destek düzeyleri eğitim düzeylerine göre anlamlı bir farklılık gösterir

H2f: Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin sosyal destek düzeyleri bakım verenin hastayla birlikte yaşama durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterir

H3) Şizofreni hastalarının bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri, tükenmişliğin alt boyutu olan duygusal tükenmişlik düzeylerini etkiler.

H4) Şizofreni hastalarının bakım verenlerin sosyal destek düzeyleri tükenmişliğin alt boyutu olan kişisel başarı düzeylerini etkiler.

H5) Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin algıladıkları sosyal destek düzeyleri Tükenmişliği alt boyutu olan duyarsızlaşma düzeylerini etkiler.

Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırma, Şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin sosyal destek sistemleri ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki bağlantıyı bulmayı amaçladığından verilere ulaşmak için nicel araştırma yöntemlerinden basit rastlantısal örnekleme kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemini T.C. Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı bulunan beş Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden hizmet almakta olan ve en az 1 yıldır şizofreni tanısı almış ve şizofreni tanısından başka bakım gerektiren hastalığı olmayan, 18

ve 65 yaş aralığındaki bireylerin temel bakımını en az 1 yıldır üstlenen, bakım verme işi profesyonel mesleği olmayan hasta bakım verenleri oluşturmaktadır.

Araştırma kapsamında verilere ulaşmak adına Sosyo-Demografik Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Algılanan Sosyal Destek Ölçeği kullanılmıştır. Saha çalışmasından elde edilen verilerin analiz edilip bulguları saptamak amacıyla SPSS 25.0 programı kullanılmıştır.

Literatür İncelemesi

Tel, H. & Ertekin Pınar, Ş. (2013) ‘Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’

Bir üniversite hastanesinde yatarak tedavi gören 103 kronik ruhsal sorunlu hastanın primer bakım vericileriyle yapılmış bu çalışmada, kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin primer bakım vericilerinin, bakım vermeden kaynaklı yaşadıkları zorluklar neticesinde yaşadıkları tükenmişlik düzeyleri ve tükenmişliğin bir getirisi olarak da depresyona yakalanmaları arasındaki ilişkiyi tespit amacıyla Kişisel Bilgi Formu, Maslach Tükenmişlik Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği ile kullanılmıştır. Çalışmanın sonucunda kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon yaşadıkları ve primer bakım vericilerde tükenmişlik arttıkça depresyonun da arttığı saptanmıştır.

Dökmen, Z. Y. (2012) ‘Yakınlarına Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler’

Bu çalışmada yakınlarına bakım veren bireylerin, ruh sağlıkları ile sosyal destek sistemi incelenmiştir. Yakınlarına bakım vermeyen bireylerin de bulunduğu 221 katılımcı ile yapılan bu çalışma, bakım verme durumu ile bakım vermeme durumu karşılaştırarak, bakım verenlerin ruh sağlıklarının durumu ve sosyal destek ağı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Aile bireylerinin bakım verirken yaşadıkları zorlukların yanı sıra toplumdan ve öteki aile bireylerinden aldıkları destek Kısa Semptom Envanteri ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği analiz edilmiştir. Araştırmanın sonucunda bakım vericilerin algılanan aile desteklerinin ruh sağlığına olumlu katkı sağladığı, bazen öngörülmeksizin başlayan bazen de isteğe dayalı başlayan bakım verme işinin gerekli destekler olmaksızın bakım veren bireyin ruh sağlığının bozulmasına, tükenmişliğe ve sosyal hayattan geri çekilme gibi sorunlara neden olabildiği bilgisine ulaşılmıştır.

Kokurcan, A. (2014) ‘Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik’

Şizofreni tanısı alan bireyin bakım verenlerinin tükenmişliği değerlendirilirken, şizofreninin hangi belirtilerinin tükenmişlik üzerinde daha çok etkili olduğunu ve sosyal desteğin tükenmişlikle ilişkisini belirlemeyi amaç edinen bu çalışmanın örneklemini

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ya da Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Anabilim Dalı Erkek ve Kadın Psikoz Servislerinde yatarak tedavi gören hastalar ve yakınları oluşturmıştır. Araştırmanın sonucuna göre şizofreni hastalarına bakım veren yakınlarının tükenmişliğinin, bakım verenlerin sosyal desteği ve hastaların negatif belirtilerinin şiddeti ile ilişkili olduğu bulunmuştur.

Özden, S. A. (2015) 'Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakım Verme Deneyimleri Ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi'

Şizofreni tanısı konmuş bireyin bakım veren aileleri ile yapılan bu çalışmada; bakım veren aileyi etkileyen öznel yükler, hastalık süresince aile üyelerinin kullandığı baş etme stratejileri, ihtiyaç duydukları sosyal destek ve bunlara ek olarak da sosyo-kültürel çevre içinde şizofreni tanılı bireye bakım vermenin etkileri incelenip analiz edilmiştir. Bu analizler doğrultusunda da psikiyatrik sosyal hizmet çerçevesinde, şizofreni tanısı almış bireyin bakımını üstlenen ailenin hastalık boyunca deneyimlediği yaşadığı bakım verme pratiklerini tematik olarak açıklayan ve şizofreni tanısı alan bireyin aileleri için bir sosyal hizmet müdahale modeli önerisi inşa edilmiştir. Bu yeni modelde şizofreni tanısı alan bireylerin bakım veren ailelerin ihtiyaçlarına yönelik hizmetlerin ara ekiplerce arttırılması ve hizmetlerin, aile terapilerinin ve eğitimin sağlanması, ekonomik olanakların yaratılması, uzun vadeli bakım hizmetlerinin geliştirilmesi ve ailelere hem maddi hem de manevi yönden destek sağlanması gibi çeşitlendirilmesi gerekliliği vurgulanmıştır. Çalışma 12 aile ile nitel araştırma tekniği ile gerçekleştirilmiştir ve şizofreni hastalarının aileleri ile yapılan ilk nitel araştırmadır.

1.BÖLÜM: ŞİZOFRENİ

1.1. Şizofreni Kavramı

Şizofreni, bireyleri günlük hayatta ‘normal’ olarak adlandırdığımız alışlagelmiş davranış ve tutumlardan uzaklaştıran, algıda zaman zaman düşüklük yaratan, bireyin iç dünyasının somut dünyaya, halüsinasyon ve sanrılar eşliğinde yer etmesine ve sosyal hayattan uzaklaşmasına sebep olan, gerçeklik algısında kırılma yaşadığı ve bu yüzden de dış dünya ile bağlantısını azaltmasına sebep olan ruhsal bir hastalıktır. Şizofreni, herkes tarafından varlığı kabul edilmiş bir hastalık olsa da her bireyde kendine has şekillerde ortaya çıkması, her bireyde tedavinin farklı seyretmesi ve farklı sonuçlanması nedeniyle meslek profesyonellerini sıkça ikileme düşüren ve tanı koymada uzlaşma sağlanması zor bir hastalık olarak tıp tarihinde yerini almıştır. Bu ikilemlerin önüne geçmek adına da bugün dünyanın her yerinde uzmanlar şizofreni tanısı koymak için aynı ölçütlerden faydalanırlar. Tıp tarihi göz önüne alınınca yaşanan ikilemler de baz alındığında bu ölçütler son derece olumlu olmuştur. Çünkü şizofreninin tanı süreci için salt bir belirtinin öne sürülebilmesi ve tek bir belirtinin de tanı koymak için yeterli olmasından kaynaklı olarak birden çok semptomu içine alan semptomlar grubunun, bireyin yaşam pratiklerini belirli bir dönem aralığındaki tesiri baz alınarak teşhis konulabilmektedir. Günümüzde, dünya genelinde ruhsal hastalığın tanımlanmasında iki ölçüt kullanılmaktadır; ilki Amerikan Psikiyatri Birliği’nin DSM-V’i, diğeri ise Dünya Sağlık Örgütü’nün ICD-10’udur. Bu iki ölçütte de şizofreni tanısı, meslek profesyoneli tarafından gözlem yapıp ve bireyin hastalık öyküsü alındıktan sonra konulabilmektedir. Bu durumun temel sebebi ise şizofreninin başka hastalıklardan farklı olarak biyolojik ya da fiziki bir bulgusunun olmamasıdır (Yıldız,2018 :25-27).

Şizofreni hemen her toplumda ruhsal hastalıkların en çok görünen türüdür (Öztürk, 1997: 176). Günümüzde şizofreni sıklıkla Kişilik Bölünmesi veya Çoklu Kişilik Bozukluğuyla karıştırılsa da aslında Bleuler şizofreni için iki yahut ikiden fazla kişiliğin aralarındaki değişimden ziyade; tek bir kişiliğin kendi içinde ve zihinsel yapıda bir kırılma veya bölünme sonucunda zihinsel işlevin bozulması olarak tanımlar (Jacobs, 2008:19). Yıldız ise şizofreniyi farklı yoğunluktaki sanrı, varsanı, iletişim çözümleri, dağınık ve katatonik davranışların oluşturduğu taşkınlık(pozitif) belirtileri ve istek ve hazda yaşanan azalma durumu, duygularda ve düşüncelerde yüzeyselleşmek gibi yoksunluk (negatif) semptomlar ile gözlemlenen bir bozukluk olarak tanımlamıştır. (Yıldız, 2019:7)

Şizofreni, bireyin sahip olduğu kimliğine ve bireyselliğine ait olan bilincin bozulmasına yol açan bir hastalıktır. Şizofreni tanısı almış birey en öznel ve en mahrem düşüncelerinin bile zaman zaman başkaları tarafından yönetildiği, başkaları tarafından okunduğu, çalındığı veya bilindiği hissine kapılabilir ki bu da hastanın tüm dış dünyanın kendisiyle ilgili olduğu düşüncesinden kaynaklanmaktadır. Düşüncenin oluşumunda duraklamalar, donuklaşmalar, başka bir düşünceye ani geçiş yapmayalar sıkça yaşanır (Bourgeois, 2016:41).

Şizofreni tanısı almış bireylerin kavramsal mantıkları, olağan attettiğimiz mantık gibi belirli sınırlarla çizilmemiştir. Bu yüzden kavramlar arası geçiş hızlı olur ve birey tek bir özellik yüzünden bir kavramın başka bir kavrama ait olduğunu düşünebilir. Örneğin; şizofreni tanılı birey kendisini bir kuş, kedi, kaplan yahut devlet büyüklerinden ya da tarih kahramanlarından biri zannedebilir ve bu bağlantıyı kurabilmeleri için o varlıkla aralarında tek bir ortak özelliğin olmasını yeterli görebilmektedir. ‘Aslan kükre, ben de kükreyebilirim o halde ben aslanım, Napolyon’un burnu güzelmiş benim de güzel o halde ben Napolyon’um, Mesih’in omzunda işaret olurmuş benim de omzumda çok fazla tüyler var bu bir işaret ben Mesih’im’ gibi düşünceler geliştirebilirler. İnsan dış dünyadaki her şeyi anlamlandırırken bunu o zamana kadar hayat deneyimleriyle oluşturduğu mantıksal çerçevenin içinde gerçekleştirmektedir. Örneğin; saksıdaki çiçek kurduğunda çiçeğin ya güneşe fazlasıyla maruz kalmaktan yahut susuz kalmaktan kurumuş olabileceği şeklinde fikir yürütebiliriz ancak şizofreni tanılı bireyler anlamlandırma süreçlerini mantık çerçevelerinden ziyade his dünyalarıyla gerçekleştirirler. Çiçek solmuşsa bunun kötü niyetli birileri tarafından yapıldığını ya da onu sevmeyen birileri tarafından kasıtlı olarak çiçeğin solmasını sağlayacak bir şeylerin yapıldığını düşünebilir. Aslında buna tamamen mantık çerçevesinden uzaklaşma durumu denemez. Mete, bu durumu şöyle açıklamıştır; şizofreni tanılı bireyler için bu dünya kendilerine aldırmandan var olmayı sürdüren bir dünya değil, dışarıya yayılmış kendi iç dünyalarıdır (Mete, 2018:23-26).

Şizofreni tanılı bireylerin dil kullanımının yanı sıra zaman ve mekan algısı da değişime uğramaktadır. Dış dünyayı algıladıkları kavramlar bireyselleştikçe dil de bireyselleşmeye başlar. Bu bireyselleşmeden kasıt kelimelerinin anlamlarındaki kaymalar ya da değişimler gibi örneklendirilebilir ve neticesinde sosyal hayatta iletişim kopukluklarına neden olabilmektedir. Zaman kavramı ise çoğunlukla geçmiş ve gelecekte uzaklaşmış şimdiki zaman içinde kalmıştır fakat tam anlamıyla soyutlanma da mevcut değildir. Şizofreni tanılı birey geçmişte yaşadığı bir olayı metaforlaştırabilir. Özellikle şizofreni atakları sırasında daha önce deneyimledikleri kaygı ve korkular bellek dışına itilir. Gelecek kavramı ise daha uzak bir kavram olmakla beraber şizofreni tanılı bireyler en fazla sanrılarla birlikte başlarına az sonra gelebilecek kötülüklerin korkuları eşliğinde gelecek düşüncesi taşımaktadırlar. Örneğin; biri peşimde ve birazdan bana saldırarak, karşımda oturan kişi birazdan bana vuracak v.s. gibi düşünceler sıklıkla akıllarındadır. Bunlara ek olarak da gerçek dışı sesler ve görüntüler (halüsinasyonlar) de görebilirler. Sesler dışarıdan biri konuşuyor gibi yahut hastanın içinden konuşur gibi duyduğu sesler ile benzerlik gösterebilir. Tüm bunlar zihnin yarattığı olgulardır ve daha nörolojik vakalarda koku, tat alma, ya da dokunma gibi öteki duyarların da dahil olduğu algı bozuklukları yaşanabilmektedir.

1.2. Tarihsel Çerçevesi

Tarihsel süreçte şizofreniye benzer belirtileri kendine konu edinen ilk yazılı belge M.Ö.1550 yılında Eski Mısır’da Eber Papirüsü’nde bulunan ‘Kalplerin Kitabı’dır. Bu kitap ruhsal hastalıkların hepsinin ya biyolojik temelli olduğunu yahut da şeytanlar gibi dini imgelemelerin sebep olduğu kanaatindeydi. M.Ö.400 yılında ise Hipokrat ruhsal hastalıkları

tıbbi bir problem olarak ele almıştır ve bu problemlerin vücut sıvısındaki dengesizliklerden kaynaklandığı öne sürmüştür. Aynı dönemin filozoflarından Platon ise iki tür delilik olduğunun ve bunların birinin bedensel ötekinin de kutsal delilik olduğu tezini savunmuştur. Kutsal delilik içinde olan insanlardan, şairlerin ve peygamberlerin çıktığını çünkü bu gruptaki insanların dönem normlarının dışında olduğunu savunmuştur (Mete,2018: 45-46).

Eski çağlarda doğa karşısında ilkel insan genellikle korku ve güvensizlik duyguları içinde kalmaktaydı. Anlamlandıramadığı olguları açıklamak amacıyla ve bu olgulardan kendilerini koruyabilmek adına, doğa üstü güçlerle bu olguları açıklayarak kendilerini savunma yoluna gitmişlerdir (Özdemir, 2019:34). Bu konuya en somut örneklerden biri de Ortaçağ Avrupasında yaşanmış ve günümüz kriterlerinde şizofreni tanısı alabilecek bireylere türlü işkenceler yapılmış hatta 1497 yılında Jacop Sprenger ve Henrich Instoris isimli iki rahip tarafından yazılan *Malleus Malleficarum* (*Şeytanın Çekici*) isimli kitap tıpkı bir ceza yasası gibi kullanılıp bu kitap on yedinci yüzyıla kadar da geçerliliğini korumuştur. On yedinci yüzyılda Wilis, on sekizinci yüzyılda Pinel, Haslam ve Man gibi bilim insanlarının ismini koyup tanımlayamadıkları ruhsal hastalığın da şizofreni olduğu kabul edilir. 1800’lü yıllara gelindiğinde ise şizofreni hastalığından *Erken Bunama* ya da *Hebefreni* olarak bahsedilmiştir (Mete,2018: 45-48).

Şizofreni kavram olarak tarih sahnesine ilk olarak Bleuler ile 1911’de girmiştir. Bu kavram on yıldır mevcut olarak kullanılan Kraepelin’in ‘*demans prekoks*’un (erken bunama) yerine geçmiştir. Kavram etimolojik açıdan Yunanca Schizo’dan gelir ki anlamı da ‘bölünme, yarıлма’dır. Bleuler şizofreni hastalığının öteki hastalıklardan ayrılmasının en önemi ayrıntısının bu ruh bölünmesi olduğunu öne sürer. Kavramın doğuşundan bu yana tanımda neredeyse hiç değişiklik yapılmamıştır (Bourgeois, 2016:7-17).

1.3. Belirtileri

Şizofreni, tanımsal sınırlamaların içinde kalamayacak kadar esnek, değişken ve günümüzde dahi pek çok yönden gizemini korumaktaysa da hastalığın genel belirtileri de bu denli farklılık ve esneklik gösterir. Şizofreni tanılı bireylerin bazılarında belirtiler klinik düzeyde iken bazılarında ise belirtiler hafif geçebilir hatta kimi bireylerde belirtilerin hepsi varken kimisi pek azına sahiptir. Leader, şizofreni tanısının koyulmasında belli bir belirtinin tek başına bir anlam ifade etmediğini vurgular. Aslolan kişinin o belirtiliyle ilişkisi ve belirtinin kendisi için taşıdığı anlamı dile getirme şeklidir (Leader, 2011:24).

Şizofreninin ortaya çıkışı her zaman kolaylıkla gözlemlenemeyebilmekle beraber aniden de gerçekleşebilirliği mevcut vakalarda görünürlüğünü sürdürmektedir. Hastalık meydana gelmeden önce depresyon, uyku rutininde aksamalar, öz bakım mekanizmasının yetersizleşmesi, anksiyete, dikkati toplamada zorlanma, kaygı, şaşkınlık gibi belirtiler birkaç hafta, ay ya da birkaç yıl boyunca sürebilmekte bu durum bireyin hastalığa yatkınlığına göre değişkenlik gösterebilmektedir (Kocal vd., 2017: 260). Şizofrenin yaygın olarak belirtileri genç yetişkinlikte ortaya çıkar ve ömür boyu etkisini sürdürür (Sawa ve Snyder, 2002: 692).

Bleuler, 1922 yılında yayımlanan kitabı '*Erken Bunama ve Şizofreniler Grubu*'nda 'schizophrenia' teriminin 'erken bunama' terimi yerine kullanılmasını önermiştir. Bleuler'e göre Şizofreninin dört ana belirtisi vardı. Bunlar:

- Otizm (bireyin gerçek dünya ile bağlantısını koparıp içsel dünyasına dönüşü),
- Ambivalans (birbirine karşıt olan duyguların aynı anda bireyde varlığını sürdürmesi),
- Çağrışım çözülmesi (bireyin çağrışımlarındaki düzenin bozulması),
- Anormal tepkilerdir (normallik atfettiğimiz davranışların dışı davranışlar yahut davranışlarda küntleşme/tepkisizlik/eylemsizlik hali).

Bleuler'in öne sürdüğü bu görüşte çağrışım çözülmesinin önemi öteki maddelerden daha fazlaydı çünkü ona göre bu belirti şizofreni tanılı bireylerin tümünde ve hastalığın her döneminde mevcut olan bir belirtiydi. Ancak 1960'lı yıllara gelindiğinde ortaya konan çalışmalar gösterdi ki çağrışım çözülmesi birçok hastalıkta daha mevcuttu ve hatta hiçbir ruhsal hastalığı olmayan bireylerde de ani heyecan durumlarında çağrışım çözülmesi yaşanmaktaydı. Şizofreni hastalığına tanı koyma konusundaki bir diğer görüş ise Kurt Schneider'in 'birinci sıra belirtiler'dir. Bu belirtiler arasında; bedenin dış güçler tarafından etkilendiği inancı, düşüncelerin aklından çalınması ya da bir başkası tarafından aklına zorla düşünce koyulması, boşluktan sesler duyma, kendi düşüncelerini bir başkası söylüyor gibi yahut kendi sesiyle söylendiğinin duyulması mevcuttur (Mete, 2018:48-49).

Arieti şizofreni hastalığını 'erekbilimsel bir gerileme' olarak yorumlamıştır. Onun görüşüne göre şizofreniyi öteki hastalıklardan ayıran özelliği çatışmaların içeriğinden ziyade çatışma biçimleridir. Kullandığı gerileme sözcüğü ise evrimsel açıdan daha ilkel işlevsel biçime dönmeyi ya da ona başvurmaya tanımlar ve şizofrenik gerilemenin dört temel ögesi olduğunu vurgular. Bu ögeler; kavramların somutlaştırılması, paleolojik düşünce, zihnin simgeleştirme işlevinin bozulmasıyla beraber simgelerin yitirilmesi ve hareketsel işlevlerde bozulmadır (Arieti, akt: Gençtan, 2003:122).

1980'li yıllara gelindiğinde Amerikan Psikiyatri Derneği tanı ölçütlerini Bleulerci anlayıştan Kreapelinci anlayışa çevirmiştir. Kreapelinci anlayışla birlikte algı, düşünce ve davranış bozukluklarını ön plana alan bir şizofreni kavramı öne çıkmıştır. Bu dönemin bir diğer önemli gelişmesi, Crow'un pozitif ve negatif belirtiler olmak üzere şizofreniyi iki alt tipe ayırmasıydı. Tip-I; toplum geneline normal olarak kabul edilen davranışların dışında davranışlara sahip olma, örneğin, sesler duyma, gerçeklikle desteklenemeyen inançlar geliştirme ve tuhaf davranışlarda bulunma gibi pozitif belirtilere sahiptir ve ilaç tedavisine iyileşme yönünde cevap verebilen, beyin yapısında görünür değişikliklere yol açmayan şizofreniyi tanımlarken Tip-II ise; bireyin duygu, düşünce, davranış dünyasında kaybettiği yetileri kapsayan negatif belirtilerin egemen olduğu ve ilaçlı tedavinin olumlu yönde iyi yanıt vermediği buna ek olarak da beyin boşluklarında genişlemelerin görüldüğü şizofreniyi anlatmaktadır (Mete, 2018:50- 51).

DSM-V tanı kitabına göre bireye şizofreni tanısı konabilmesi adına öncelikli olarak sanrı, varsanı, darmadağın konuşma ölçütlerinden en az birine (bu üç belirti daha öncelikli olmak üzere) bunlara ilaveten yoğun raddede dağınık ve katatonik davranışı, silik(negatif) semptomların tamamı olan beş kıstastan en az iki kıstasına en az bir aylık bir süredir haiz olması beklenir. Şizofreninin başlamasında itibaren tanı alan bireyin öz bakım mekanizmasının, sosyal işlevsellik seviyesinin, sosyal becerilerinin hastalığın başlangıcından önceki seviyeden daha da azalması muhtemel çıktılardandır. Kronik ruhsal bozuklardan biri olan şizofreninin semptomları kendisini en az altı ay süresince göstermeli ve tanı ölçütlerini de en az bir ay süresince içermesi gerekmesinin yanı sıra gözlemlenen bu sorunlar herhangi bir madde kullanımı ile ilgili olmamalıdır (DSM-V, 2013:49-50).

Duyusal algılarda bozulma hastalığın öncül belirtilerinden biridir. Şekiller, renkler, cisimler genellikle eskisinden daha dikkat çekici ve incelenecek daha çok detayları olan bir hale gelebilir ya da cisimleri 2 boyutlu, olduğundan daha büyük ya da daha küçük halde gözlemlene deneyimlenmeye başlanabilir, kendi sesini farklı algılama, vücut uzuvlarını olduğunda farklı algılama aktifleşebilir. Yaygın olarak hastalığın ilk evrelerinde duyularda artış gözlemlenir ve hastalığın ilerleyen evrelerinde duyumsama azalmaya başlayarak küntleşme meydana gelir (Yıldız, 2018: 39-41).

Şizofrenide sanrılar ve varsanılar sıklıkla görülen semptomlardandır. Sanrılar, gerçeklikle veya mantıkla bağı olmayan inançlar olarak tanımlanır, birey davranışsal olarak sanrılardan etkilenebilir yahut etkilenmeyebilir, bu durum sanrının şiddetine bağlı olmakla beraber gerçek yaşamdan ne denli uzakta olup olmadığı ile ilgilidir. Varsanılar ise herhangi bir dış uyarıcı olmaksızın var olmuş yanlış algıyı tanımlar ve bu algılar işitme, duyma, koklama, tatma, görme gibi duyulardan biriyle ya da birden fazlasıyla birlikte tanı alan birey tarafından deneyimlenebilir (Mete, 2018: 53-59). Sanrılar bireyin birlikte yaşadığı toplumun üyelerince kabullenilmeyen düşüncelerdir. Bu düşünceler ne kanıtlarla ne de tutarlı açıklamalarla şizofreni tanılı birey tarafından değiştirilemezler. Hatta bu düşünceler bireyin gündelik yaşamını değiştirerek bireyi farklı davranışlara sürükleyebilir. Sanrılar sürekli olabileceği gibi değişkenlik de gösterebilir. Bazen çok kapsamlı bazen de çok dağınık olabilirler. Sanrısız düşünce davranışlar üzerinde ne denli etkili ne denli ısrarcı ve toplumun kabul edilegelmiş değerlerinden ne denli uzaksa o kadar şiddetli olduğu söylenebilir.

Şizofrenide hezeyanlar, sanrılar ve davranıştaki sapmalar (katatonik gibi) artı belirtiler hastanın yaşamında açıkça görünür şekilde olmasına rağmen eksi belirtiler duyguların sığılığı, düşüncelerin fakirleşmesi, küntleşme ve ahedoni (zevk alma duygusunun yokluğu) gibi işlevlerin yokluğu ile tanımlanır. Eksi belirtilerin baskın olduğu hastalarda insan ilişkilerinde aksaklıklar gözlemlenir. (Gençtan, 2003:126). Yıldız şizofreni tanısında kullanılan pozitif ve negatif belirtilerinin daha farklı kullanılması gerektiğini öne sürmüştür. Ona göre pozitif kelimesi içinde olumluluğu kapsar oysaki bu belirtiler fazlalık öne sürülerek adlandırılmıştır bu yüzden pozitif belirtiler yerine *taşkınlık belirtileri*, negatif kelimesiyle anlatılmak istenen olması beklenen bir olgunun olmaması yani eksilmeyi anlattığı için *yoksullaşma belirtisi* olarak anlatılır. Şizofreni tanısı alan kimi bireylerde taşkınlık kimisinde ise yoksunluk belirtisi daha belirginken bazısında ise ikisi birlikte

gözükabilir. Kimi zaman da bu iki belirti arasında belirli dönemlerde geçişler yaşanabilir. Yoksunluk belirtileri beynin işlevselliğindeki azalma ile ortaya çıkar. Taşkınlık belirtileri ise beyin işlevselliğindeki aşırılaşmayı ya da çarpıtmayı gösterir (Yıldız,2018: 32-39).

Şizofreni çoğunlukla ergenlikten sonra görünen bir hastalıktır. İlk psikoz döneminin erkekler için başlama yaşı 20’li yaşların başyken kadınlar içinse sonudur. Kadınlarda 25-30 yaşlarında, erkeklerde ise 18-25 yaş aralığında görülme ihtimali yüksektir. Daha ileri yaşlarda şizofreniyi geliştiren bireyler genelde kadınlar olup daha çok halüsinasyon ve şüphecilikle birlikte ortaya çıkmaktadır (Bourgeois, 2016: 56; Mete, 2018:84-85).

Hastalık süreci her bireyde farklılık gösterir. Kimi bireyde hastalığın belirtileri hep stabilken kimisinde ise ataklar ve durgunluklarla birlikte hastalığın seyri dalgalanma içindedir. Şizofreni tanısı alan bireyin hastalığın başlamadan önceki işlevsellik düzeyine dönmesi oldukça güçtür. Hastalığın ilk zamanlarında negatif belirtiler daha çok görünürken hastalığın ilerleyen süreçlerinde yerini ağırlıklı olarak pozitif (taşkınlık) belirtilerine bırakır. Şizofreninin ortaya çıktığı ilk dönem hastalık belirtileri aslında tedavinin olumlu ya da olumsuz sonucu hakkında bilgi verebilir.

Şizofreni tanısı konulduktan sonraki sürecin olumlu olduğu gösteren etkenler; hastalığın aniden ve 25 yaş sonrasında başlaması, tanı almış bireyin cinsiyetinin kadın olması (cinsiyeti erkek olan bireyle şizofreni için daha riskli hasta grubudur), hastalığın ortaya çıkmasında bir tetikleyicinin etkin rol alması, hastalık öncesi bireyin toplumsal uyumunun ve sosyal işlevselliğinin yerinde olması, tanı alan bireyin hastalığı anlayabilecek iç görüye sahip olması ve nörolojik ya da yapısal bir beyin bozukluğuna (mental retardasyon v.s) sahip olmaması, hastalık başladığında hızlıca antipsikotik ilaçlarla tedaviye başlanmış olması, tanı alan bireyin ailesinde şizofreni hastalık geçmişinin bulunmaması, tanı alan bireyin hastalığının farkında olup, tedaviye uyumlu olması ve sağlık profesyonelleriyle uyum içinde tedavi sürecini yürütmesi, hastane yatış ve yatışlardaki kalış süresinin az olması, tedavi boyunca sağlık profesyonelleriyle ortak bir iş birliği içinde olunması, bakım verenlerin kendilerini ve bakım vermekte olduğu şizofreni tanısı almış bireyin sosyal hayattan geri çekilmemesi olarak sıralanabilir. Hastalığın gidişinin olumsuz yönde olduğunu gösteren faktörler arasında ise; hastalığın belirgin olmayan bir şekilde başlaması ve herhangi bir tetikleyicinin olmaması ve bu yüzden geç fark edilip tedaviye geç başlanması, tanı alan bireyin ailesinde şizofreni geçmişi bulunması ve bireyin hastalık oluşmadan önceki sosyal işlevselliğinin kötü olması, sosyal izolasyon yaşaması, tanı almış bireyin hastalık belirtilerinde yakınmaması ve bu belirtileri benimsemesi, tedaviye uyumunun olmaması, şizofreni tanısı almış bireyin bakım verenleri tarafından tedaviye olumsuz yaklaşılması ve sağlık profesyonelleri ile iş birliği içine girilmemesidir (Akbulut, 2009:8-10).

Şizofreni hastalığı her bireyde farklı sebeplerden meydana geldiği gibi farklı sonuçlar yaratıp tanı alan her bireyde gözlemlenen özellikleri birbirinden farklı kılabilmiştir. Bu da klinik psikiyatriyi şizofreni hastalığını alt tiplerine bölme gerekliliğine itmiştir. Ancak bu durum şizofreninin farklı evrelerinde şizofreni tanısı almış bireyin hastalık sürecinde bulunduğu evrede dahi değişik alt tiplere girmesi açısından fayda sağlanamamış bir yöntem olduğundan zamanla bu yöntemden uzaklaşma gerçekleşmiştir.

Şizofreninin alt tiplerini ele alacak olursak bunlardan ilki kişinin hareketsiz tıpkı bir heykel gibi kaldığı katatonik davranış sergilediği *Katatonik Tip*, erken yaşlarda görülen kişinin kendi iç dünyasına kapanıp kendi kendine konuştuğu, güldüğü, yersiz jest ve mimik kullandığı tipi kapsayan *Hebefrenik (Deorganize)Tip*, daha ileri yaşlarda başlayan, hastanın düşünce içeriğindeki bozulmayla meydana gelmiş ve sıkça kötülük göreceği sanrıların yaşandığı *Paranoid Tip*, şizofreninin alt tiplerinden sadece birkaçına örnek oluşturabilir (Mete, 2018: 62-64).

Katatonik tip şizofrenide her türlü hareket yeteneği aniden kesilir, tanı almış birey belirli bir (genelde bu belirlilik bireyin isteği dahilinde değil katatoniye giriş zamanındaki hareketine göre şekillenen) beden durumundan çıkamaz, hiç hareketsiz saatlerce yahut günlerce öylece kalabilir, bakışlar donuklaşır, jest ve mimikler kullanılmaz, dış dünyanın tehditlerine karşı tepkisizleşilir, yaşamlarına devam edebilmeleri için başkalarına muhtaç hale gelirler. Bazı Katatoni tipleri dışardan gelen uyarıcı tarafından verilen beden durumunu göre beden şeklini değiştirebilirken kimi Katatoni tiplerinde ise dış uyarıcılara direnç mevcut olmasına rağmen beden değişime karşı koyar. Arieti katatonide de sanrılar, hezeyanlar mevcut olabildiğini fakat birey iletişim kuramadığı için bunun ancak Katatoniden çıktıktan sonra anlaşılabilirdiğini öne sürer (Arieti, 2015:87). Bu durum Katatoniye girilse de bilincin yerinde kalması ile alakalıdır.

Hebefrenik (Deorganize) Tip şizofrenik belirtiler gösteren bireyler hastalık öncesinde de çocukluk süreçlerinde düş kurmaya eğilimli ve çocuk oyunlarına pek katılmak istemeyen, din, felsefe ve siyaset konularıyla aşırı ilgili kişilerdir. Belirtileri ise somut bir neden olmaksızın gülme, kendi kendine konuşma, benzer sözcüklerin yinelenmesi, yer yer ağlama ve öfke nöbetleri, sanrı ve hezeyanlar, saldırganlık olarak öne çıkar. Şizofreninin en sık rastlanan tipi olan Paranoid Tip dönem dönem ilerleyerek gelişir. En belirgin ilk belirtiler artan kuşkuculuk ve bununla birlikte doğan insan ilişkileri kurmada güçlülüdür. Kuşkuculuk arttıkça kendini hezeyana çevirir ve alınganlıkları, korkuları artmaya başlar. Sıklıkla çevresinde insanların onun hakkında konuştuğunu, yemeğine zehir atıldığını, televizyonun ya da radyonun onun adına yayın yaptığını, aklından geçen fikirlerin başları tarafından alındığını dile getirir. Bu yersiz inanışlar artarak devam ederek mantık dışı bir hal alır ve bireyin bu inançları keskinleşerek düşünceleri değiştirilemez hale gelir. Şizofreni tanısı almış birey bütün bu olanlara bir anlam aramaya başlar ve kendisinin diğerlerinden daha üstün, daha zeki, daha güzel hatta olağanüstü bir birey olduğu için bunların yapıldığını düşünür ve büyüklük (granduer)hezeyanları kendini göstermeye başlar. Böylece bireyin paniklemiş iç dünyası da yerini huzura bırakmış olur ve gerçeklik arayışı tümünden yitirilir (Genctan, 2013:119-122). Şizofreni tanısı alan bireyleri birbirinden ayıran alt tipleri DSM-IV'e kadar kabul görmüşse de DSM-V ile günümüzde şizofreniyi alt tiplerine sınıflandırma görüşünden uzaklaşmıştır.

Ruppert, ruhsal bozuklukların anlaşılmasının bu denli güç olmasının sebebini bu bozuklukların kökenlerini bulmadaki güçlük olduğunu tanımlamıştır. Bunun nedeni kişinin yaşamında acı çektiği herhangi bir duruma sebebiyet verecek uygun bir etki bulamamamız yahut bu durumu bağdaştırabileceğimiz belirgin bir olayın olmaması ya da ortaya çıkan

semptomlar ile durumun ciddiyeti arasında mantıklı bir orantı bulmanın oldukça zor olmasıdır (Ruppert, 2014:21).

1.4. Etiyolojisi

Şizofreninin nedeni olarak birden çok etken mevcuttur. Bundan dolayı olası her neden direkt olarak hastalık sebebi olmaktan ziyade risk faktörü olarak ele alınmalıdır. Bu durum ruh sağlığı literatüründe ‘çoklu nedensellik’ olarak karşımıza çıkar. Yıldız şizofreninin risk faktörlerini kabaca ‘doğuştan’ ve ‘sonradan’ olarak iki kümede ele almıştır. *Doğuştan* kavramındaki çerçeve ebeveynlerden gelen kalıtsal özellikleri, bireyin ana rahminde maruz kaldığı etkileri, doğum esnasında meydana gelen komplikasyonları kapsar. *Sonradan* kavramı ise bireyi doğuştan etkileyen faktörler dışında sonradan meydana gelmiş veya ortaya çıkmış etkenleri kapsar. Bu etkenler yaşamdaki olayları, deneyimleri, kullanılan ilaçları vb. kapsayan bir kümedir (Yıldız, 2018: 77-78).

Şizofreninin başlama yaşı, tedavinin başlaması ve tedavinin gidişatı cinsiyetler arasında da anlamlı farklılık göstermektedir (Szymanski vd.,1992: 701-702). Bu farklılığın öne sürülen biyolojik temelli alt yapısını ise cinsiyet kromozomlarının, kadın ve erkeğin beyin gelişim hızı farklılıklarının ve hormonların şizofreninin psikotik belirtilerinin üstündeki etkisidir. Ancak farklı araştırmalar şizofreni hastalığının cinsiyet farklılığının, biyolojik temelli olmasından ziyade sosyal temelli olduğunu da düşündürmektedir. Araştırmalar şizofreniye karşı erkekleri evliliğin koruduğuna dair bulgular sunmuştur. Bunun sebebi ise evli erkeklerin bekar erkeklere göre belirtilerinin başlama aşamasındayken çevresinde belirtileri fark edecek birileri olması böylece tedaviye ulaşımın uzun sürmemesi olarak açıklanmıştır. Tüm bu süreçler biyolojik temelli alt yapı kadar sosyal yapının da önemini vurgulamaktadır. (Üçok, 2008: 4-5).

Şizofreninin sebeplerini arayan psikodinamik teoriler her ne kadar günümüze kadar birçok değişiklik gösterse de ilk olarak anne-bebek arasındaki ilişkinin bozulması, bozulmuş aile ilişkileri, hayatın erken dönemlerinde yaşanan travmatik bir olayın bireyi şizofreniye daha yatkın kıldığını öne sürmüştür. Psikanalitikçilere göre bunun sebebi bozuk bir kendilik hissinin, travmanın, gelişim ve aile kalıplarındaki zorlukların bireyin gerçeklikten kopmasına sebep olacak bir kaygıya iteceğine inanmalarıdır (Faustman, 2008:74-75).

Şizofreniyi temeline alan araştırmalarda, şizofreninin birden fazla değişkenin beraberce yarattığı etki ile meydana geldiği görüşünde ortaklaşmıştır. Bu görüş dahilinde bireylerin şizofreni için kalıtımının yatkın olabileceği ancak bu yatkınlığın başka değişkenlerle etkileşime girmediği müddetçe kendini göstermeyeceği savunulur. Şizofreninin ortaya çıkmasında çoğunlukla stres yatkınlık modeli kullanılır. Stres Yatkınlık Modeli şizofreni teşhisi alan bireylerin şizofreniyi geliştirmek adına biyolojik yatkınlığı olduğunu kabul eder ancak bu yatkınlığın stres tarafından tetiklenerek şizofreniye dönüşebileceğini savunur (Os ve Allardyce , 2009:1477; Duman ve Bademli, 2013:464).

Farmakolojik çalışmalar, genetik analizler ve beyin görüntüleme araştırmaları şizofreni ile ilgili genetik sapmaları ortaya koyan dopamin, glutamat ve serotoninin içinde bulunduğu

nörotransmitlerin merkezi bir rol oynadığına dair bulgular ortaya koymuştur (Sawa ve Snyder, 2002:692).Şizofreni hastalığında bilişsel seviyelerdeki azalma ve bozulma, dopamin seviyesinin alın yumrusunda ve bazı kabuk bölgelerinde azalması; taşkınlık belirtileri göz önüne alındığında ise dopaminin kabuk-altı ve limbik bölgede artması ile ilişkilendirilmektedir (Yıldız,2018:83).

Bu ilişkisel yaklaşımlar dopamin hipotezinin doğumuna sebep olmuştur. En eski biyolojik teori olan dopamin hipotezine göre bazı bireylerin ince metabolik beyin anormallikleri sonucunda kendi kendine LSD-benzeri ‘halüsinojenik’ bir madde metabolize ettiklerini böylelikle şizofreni geliştirdiklerini öne sürmektedir. Bu teori uzun yıllarca sayıca az doğru kanıtla desteklenmiştir. Biyolojik sebeplerden sayılan bir diğer teori de dopamin ile ilgilidir. Dopamin beyinde üretilen bir kimyasaldır. Bazal ganglion olarak adlandırılan beynin merkezine yakın bir bölgedeki dopamin sistemleri, ince motor koordinasyon ve hareketlerin kontrolünde hayati önem taşımaktadır. Bu bölgede meydana gelen dopamin sistemlerinde herhangi bir bozulma insanların titremesiyle ve hareketlerini kısıtlamasıyla sonuçlanan Parkinson hastalığına sebep olur. Buna ek olarak dopamin nöronları duygu, planlama, davranışları düzenlemede hayati önem taşımaktadır. Beyindeki dopamin resöptörlerinin sayısı birden fazladır ve şizofreni hastalığının görülen semptomlarına göre verilen ilaçlarla reseptörlerden bir ya da birkaçı devre dışı bırakılır. Bunun sonucunda şizofreni belirtileri azalır ancak hastanın hareketlerinde durağanlık, katılık ya da titremeler meydana gelebilir. Fakat dopamin ile ilgili bulgular hastalığı tek başına açıklamakta yetersiz kaldığı için hastalığın tam nedeni olmaktan ziyade destekleyici bir veri olarak kabul edilir. Çünkü şizofreni hastalığını bir dopamin hastalığı olarak tanımlamak hastalığı oldukça basite indirirse de dopamin hipotezi şizofreniyi açıklamada oldukça faydalıdır. Ancak şizofreni hastalığı baz alındığında şizofreni tanısı almış bireyin dopamin sisteminin neden bozulduğuyla ilgili sorular hala belirsizliğini korumaktadır (Faustman, 2008:74-79).

Şizofreni tanısı almış bireylerin ve kontrol grubu arasında yapılan nöro-görüntüleme çalışmalarıyla bu alanda net bir ayrışma elde edilememiştir. Çeşitli türlerde yapılan araştırma bulgularında ise şizofreni tanısı almış bireylerle bu tanıyı almayan bireylerin beyin bölgeleri farklılık gösterebilmektedir. Şizofreni tanısı almış bireylerde hipokampus daha küçük olabilmekte ve beyin hücrelerinde anormal hücre yönelimi de görünebilmektedir. Anormal beyin hücre yönelimi ise beynin kendini organize etmesinde bozukluğa yol açması ile bilinir. Nöro-görüntüleme çalışmalarıyla birlikte şizofreni tanısı alan bireylerin beyninin normal bir şekilde gelişmediğine yahut bir tür hasar veya travma geçirdiğine dair kanıtlar sunsa da hastaların doğum sonrasında yaşantılarında kafada hasara sebep olabilecek herhangi bir olay yaşamadıkları bilinmektedir. Bu durum bizi gebelik sırasında ya da doğum anında yaşanan komplikasyonlara iter. Gebelikte aşırı derecede iş yapma ya da doğum anında yaşanan zorluklar bebeğin hipoksi (oksijen yoksunluğu) yaşamasına sebebiyet verebilir. Yapılan çalışmalar şizofreni hastalarının diğer ruhsal hastalıkları yaşayan bireylere kıyasla doğum ile ilgili komplikasyonlarının nerdeyse iki kat daha fazla olduğunu ortaya çıkarmıştır (Faustman, 2008: 80-92; Mete, 2018: 101-113).

Her ne kadar dopamin hipotezini destekleyen farmakolojik tedaviler şizofreni tanılı bireyin hastalığının yoğunluğundan bir azaltma yaşatıp, bireyde dikkat dağınıklığını azaltıp algısal yetenekleri geliştirse de bu teorinin birçok kusuru da mevcuttur. Dopamin sistemlerinin bloke edilmesi pozitif semptomların azalmasına rağmen hastalığın semptomlarını tam olarak hafifletmez ayrıca dopamin reseptörleri dopamin hipotezinde savunulan rolünden daha da karmaşık roller içermektedir. Örneğin azalan dopaminergik aktivite şizofreni tanılı bireylerde sıklıkla gözlemlenen bilişsel bozukluğa katkıda bulunabilmektedir (Freedman, 2003: 1739).

Şizofreni tanısı almış bireyin genetik durumu, doğum öncesi ebeveynlerde virüse maruz kalma (net bir kanıt olmamakla beraber) ve obstetrik doğum komplikasyonları şizofreninin biyolojik sebepleri olarak sıralanabilir. Şizofreni hastalığının genetik ile ilgili olduğunu kesin olarak söylemek, hastalığın gelişiminde çevresel etmenlerin etkisini düşünecek olursak oldukça güçtür. Bu hastalığın ailesel alt yapısı ve devinimsel olduğu her ne kadar bilinse de ailesinde yüksek oranda şizofreni tanılı birey bulunan bireylerin birçoğu şizofreni tanısı alsa dahi şizofreninin temel belirtilerine bile sahip olmayabilirler. 1960 ve 1970’li yıllarda Danimarka’da evlat edinilmiş bireylerin 500 adet üvey ve öz akrabaları ile yapılan çalışmalar birçok soruya cevap olmuştur. Evlat edinilen bireylerin bazıları yetişkinliğe doğru şizofreni geliştirmiştir, şizofreni geliştiren bireylerin biyolojik akrabalarını inceleyen araştırmacılar, biyolojik akrabaların evlat edilen akrabalara göre şizofreni oranının daha yüksek olduğunu ve görülmüştür. Bu bulguyla beraber şizofreni hastalığında genetik faktörün önemini açıklığa kavuşturmuşsa da gelişen teknoloji ile başlanan genetik linkaj çalışmaları genetik faktöre biraz daha şüpheli yaklaşılmaya gerektiğini hatırlatmıştır. Genetik linkaj(bağlantı) çalışmalarında, şizofreni hastalığının yüksek oranda görüldüğü ailelerde bile nadiren görülebilir ve karşılaşılan bu az sayıdaki vaka miktarı ya da birden çok genin birbirini etkilemesi varsayılırsa bu hastalığın sebebini bir gene bağlamak oldukça zor olduğu sonucuna varılmıştır. Genetik, her ne kadar üstünde durulması gereken bir belirti olsa da şizofreniyi tek başına açıklamakta yetersiz kalmaktadır (Faustman, 2008: 83-85).

Eldeki bulgular çoğunlukla şizofreninin doğum öncesi ya da doğum sırasında yaşanan olaylarla bağlantısı olduğunu vurguladığı halde şizofreni hastalığının sıklıkla hayatın genç yetişkinlik döneminde görülmesi hala psikiyatri araştırmacılarının nedenini bulamadığı bir sonuçtur. Bu konuyla ilgili Irwin Feinberg (1983/1984), şizofreninin başlangıcının yaşamın ikinci on iki yıllık dönemine kadar gerçekleşmemiş olan beynin gelişme süreçleriyle ilişkisi olduğunu öne sürmüştür. Doğumda olan herhangi bir sorun bireyin çocukluğunu geride bırakana dek bir sorun yaratmayabilir ancak ergenlikle beraber beyinde yaşanan değişimler hastalığın ortaya çıkışını tetikleyebilmektedir. Ergenlikle birlikte şizofreni başlangıcındaki insanın beyin gelişimi bizi iki hipotezi düşünmeye iter. Bunlardan ilki; beynin programlı olan normal gelişimdeki bir hatanın şizofreni hastalığını dışa vurmasıdır ki bu hata genetik kökenli olabilir bu da bizi genetiğin sinir gelişimi genetiği ile bağlantılı olabilir görüşüne iter. Bir diğer hipotez ise; ergenlikteki normal beyin gelişiminin erken beyin hasarlarıyla bir bağlantısı olabilirliği. Her iki görüş hala netlik kazanamamakla beraber gizemini korumaktadır. Şizofreni hastalarının çocukluk görüntülerinin filminin incelendiği bir çalışmada, ileride şizofreni hastalığı geliştirecek çocukların kardeşlerine oranla daha az

pozitif duygu durumuna sahip olduğu fark edilmiştir. Bu da demek oluyor ki şizofreni hastalığının ergenliğe gelmeden önce de çeşitli semptomlar olarak dışavurumu sağlanmaktadır (Faustman, 2008:89-91).

Bu risk faktörlerine ek olarak şizofreninin olası risk faktörlerini ele alan çalışmalar göstermiş ki; doğum mevsimi, yoksulluk, medeni durumu, kent yaşamı ve madde kullanımı da şizofreniye yakalanma riskini arttırmaktadır. Kuzey yarım kürede Kasım-Nisan arasında, Güney yarım kürede ise Haziran- Eylül arasında doğanların şizofreniyi geliştirme riskinin daha yüksek olduğu, bu sonuç ile de soğuk havalarda viral enjeksiyonların geç etkilerine, beslenmedeki yetersizliğe ve buna bağlı beyin gelişiminde gecikme yaşandığı aksine sıcak mevsimde ise beyin gelişimin daha avantajlı olduğu ile ilişkilendirilmektedir (Güler, 2014: 7-10). Kent yaşamının da şizofreniyi geliştirme riskinin arttırdığı (Read ve Hammersley, 2005:76-77), bir diğer çalışmada bekar erkeklerin evli erkeklere oranla şizofreniyi geliştirme riskinin neredeyse 2 kat fazla olduğu (Çetin ve Ceylan, 2009:97), bir başka çalışma ise madde kullanımının şizofreni riskini arttırdığını ancak kent yaşantısının şizofreniyi geliştirmeye yönelik negatif ya da pozitif etkisinin kanıtlanmadığını aktarmaktadır (Jablensky vd., 2011:208).

Özetle, şizofreninin ortaya çıkmasında tek bir nedenden ziyade birden çok sebep etkili olabilmektedir. Bu nedenle her etken olası risk faktörleri olarak kalıtsal aktarım, beynin ileti taşıyıcılarında yaşanan sorunlar, doğuştan ya da sonradan oluşan sinir-gelişimsel sorunlar ve beyin yapısındaki değişimler ele alınabilir. Bu etkenlerden birinin ya da daha fazlasının etkin olabilmesi sonucunda ise şizofreni, tam olarak tanı almaya yetmeyecek çeşitli belirti kümesi ile aktif olabilir, belirtilerden sadece biri ya da birkaçı görülebilir ya da şizofreni hastalığının tam olarak tüm klinik belirtileri ortaya çıkabilir.

1.5. Tedavi Süreci

APA tarafından yayımlanan *Şizofreni İçin Pratik Rehber* ‘şizofreniyi iyileştiren bir tedavinin olmadığını ancak kötüye gidişi yavaşlatıp, ölüm oranının düşürebileceği’ tespiti ile başlar (Bourgeois,2016: 111). Gabbard ise semptomların tanı alan her bireyde değişiklik göstermesi nedeniyle tedavilerin de değişiklik gösterdiğini öne sürerek net bir şizofreni tedavisi olmadığını aktarmıştır (Gabbard,1990:188).

Şizofreni hastalığının tedavisi kendine iki amaç edinmiştir. Bu amaçlar ya hastalığın semptomları gidermek ya da hastalığı tamamıyla ortadan kaldırmak ve bununla birlikte bireyin sosyal işlevsellik kazanımını arttırmaktır. Hangi tedavi yönteminin seçileceği ise hastalığın hangi aşamada olduğuyla doğrudan ilgili bir süreçtir. Eğer hasta mani (atak) döneminde ise sanrı ve varsanılar neticesinde yaptığı davranışlarla kendini ve çevresindeki bireyleri riske atabiliyorsa öncelikli tedavi hastalığın getirdiği semptomları ortadan kaldırmaya yönelik olacaktır. Bunu izleyen süreçte ise tanı alan bireyin tam olarak şifa halini bulmasını amaçlayan bir tedaviye yönelim oluşur. Şizofreni, planlanan tedavisinin bir düzen içinde sürekli devam etmesine ve iyilik hali için uzun süreye ihtiyaç duyulan bir hastalıktır. Bunun sebebi hastalığın birden çok tetikleyicisinin olması bu nedenle bu

kompleks yapının çözülmesinin zaman almasıdır. Alevlenme başlamadan önce belli başlı bazı işaretler şizofreni tanısı almış bireylerde kendini göstermeye başlayabilmektedir. Bunlar uyarıcı işaretlerdir ve tanı alan her bireyde farklılık göstermektedir. Alevlenme, tedavi sürerken bile meydana gelebilen bir dönemdir. Bu yüzden dikkatle devam eden tedavi programında fark edilen uyarıcı işaretler ile tedavi süreci yenilenip, ilaç dozları yeniden ayarlanır. Bu işaretler genelde şizofreni tanısı almış bireyin birlikte yaşadığı bireyler tarafından ya da eğer hastalığının farkında ve muhakeme yeteneği yerinde olan bir birey ise kendisi tarafından da fark edilebilmektedir. Sıklıkla karşılaşılan uyarıcı işaretlere; iştah azalması, sinirlilik hali, şiddet eğilimi, unutkanlıkta artma, uyku bozulması, yoğunlama güçlüğü, anlamsız konuşmalar, alınganlık, şüphecilik, belirli alanlara takıntı derecesine ilgi artışı, sanrı ve halüsinasyonlar, toplumdan çekinme olarak örnek verilebilir. Tüm bu belirtiler yokken var olabilir ya da varken artış göstermiş olabilir. Bu durum da olası bir atak dönemi habercisidir (Yıldız, 2018: 124-127). Şizofreni tanısı almış bireyin ilk mani atağından sonra alevlenmeyi önleyici tedaviye en az 2 yıl, birden fazla yaşanan atak durumunda ise alevlenmeyi önleyici tedaviye en az 5 yıl devam etmelidir. Alevlenme tedavisine uymayan bireylerin %80'i 2 yıl içinde yeniden atak geçirebilmektedirler (Care4today Mental Health Solutions, 2013: 4).

Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar psikoz giderici etkisinden dolayı *antipsikotik* olarak adlandırılır. Kullanılan antipsikotikler birinci kuşak antipsikotik ve ikinci kuşak antipsikotikler olarak iki gruba ayrılırlar. Birinci kuşak (tipik) ilaçlar klasik antipsikotik ilaçlardır ve şizofreni tedavisinde kullanılan en eski ilaçlardır. İkinci kuşak (atipik) ilaçlar ise son yıllarda kullanılmaya başlanan ilaçlardır. Bu ilaçlara atipik denmesinin sebebi birinci kuşak yani tipik ilaçların yarattığı yan etkilerin bu ilaç grubunda daha az ya da hiç görülmemesidir. İki ilaç grubu da ülkemizde aktif bir şekilde kullanılmaktadır. Bu ilaçlar draje ya da tablet halinde oral kullanılır. İlaç kullanmak istemeyen hastalar için ise ilaçların sıvı hali mevcuttur ve genellikle meyve suyu gibi içeceklerin içine eklenerek tanı alan bireyin kullanması sağlanır. Her gün ilaç kullanmayı tercih etmeyen hastalar için de belirli periyotlar halinde depo iğneler bulunmaktadır. Bu iğneler tedaviye karşı direnç gösteren hastalar için ilaç kullanımlarını takip etme açısından önem arz eder. Birinci kuşak psikotik ilaçların pozitif (taşkınlık) belirtileri gidermede negatif (yoksunluk) belirtileri gidermesinden daha etkilidir. İlaçların doz uygulaması her bireyde değişiklik gösterir, uygun dozu bulmak için düşük dozda ilaçlı tedaviyi başlanıp, ruhsal durum ve klinik bulgular göz önüne alınarak bireye özgü doza ulaşılır. İlaçların etkileri de tıpkı kullanımında olduğu gibi şizofreni tanılı her bireyde değişiklik göstermektedir. Bu etkiyi görmek günler, haftalar hatta aylar alabilir (Yıldız, 2018: 96-102). Günümüzdeki tedavi süreçlerinde hafif psikozlara sahip tanılı bireyler için dahi antipsikotik ilaçlar kullanılması yeğlenmektedir. Antipsikotik ilaçlar hastane yatışlarını ve ilaçlı tedavi süresini daraltan ilaçlardır. Antipsikotiklerin kullanımında geç kalmak şizofreni tanısı alan birey için negatif etkiler yaratır. Bu negatif etkilerden birinin tanı alan bireyin atak dönemine girmesidir. Tanı alan bireylerin atak döneminde geçirdiği dönem uzadıkça, atak dönemi sonrası iyilik haline geçildiğinde atak öncesi döneme göre işlevsellik haline dönmesi de o kadar zorlaşmaktadır (Booth, 2008: 179).

Şizofreni tedavisinde kullanılan ilaçlar henüz hastalığın net bir sebebinin bulunmamasından dolayı hastalığı tamamen iyileştirmekten ziyade belirtileri gidermektedir.

Hem birinci kuşak hem ikinci kuşak antipsikotik ilaçlar akut psikozda pozitif semptomlar üstünde etkiliyken, ikinci kuşak ilaçlar negatif belirtiler ve bilişsel bozulmalar üstünde daha büyük etkiler sağlarken, yan etki olarak birinci kuşak ilaçlara göre daha düşük hareket bozuklukları yaratması nedeniyle tercih edilmektedir. Ancak ilaç seçimine bireyin ilaçlara verdiği tepkisinin gözlemlendiği bir süreç sonrasında karar verilmektedir (Freedman, 2003: 1746)

Antipsikotik ilaçlar vücuttaki sinir uçlarının etrafında koruyucu bir kalkan oluşturarak etki sağlarlar. Uygun doz bulunursa oluşan bu kalkan sinir uçlarından normal miktarda sinir sinyalinin geçebileceği kalınlığı oluşturur. Şayet doz çok yüksek ise bu kalkan fazlasıyla kalınlaşır ve sinyal geçişlerini engeller. Bu durumda Parkinson hastalığına benzer yan etkiler oluşabilir ki buna da ‘ilaca bağlı parkinsonizm’ adı verilir. Eğer doz çok düşükse ya da ilaç hiç kullanılmamışsa sinir uçlarından normal akıştan fazla sinyal geçişi sağlanır bu da hastalığın belirtilerini yaratır ya da yok olmuşsa belirtilerin yeniden başlamasına sebep olur. Kullanılan ilaçların katkısıyla sinir uçlarından gelen sinyali azaltmanın yanı sıra hastanın yaşadığı stresin azalmasıyla da sinir uçlarından geçen sinyaller de azalma gösterir (Care4Today Mental Health Solutions, 2013: 8-12).

Tedavi sürecinde kullanılan ilaçlar fayda sağladığı kadar vücudun olağan düzenini de bozmakta yani yan etkilere sebep olabilmektedir. Bunun yanı sıra da ilaçlarını uzun süredir kullanan ve herhangi bir yan etkiyi yaşamayan bireyler de bulunmaktadır. Olası yan etkilerin çoğu önlenabilir ya da giderilebilir ancak onları fark etmek ve tanımak gereklidir. Bu yan etkiler genellikle; distoni (ani kas kasılması), parkinsonizm (kaslarda katılaşma, hareketlerin yavaşlaması, titreme), akatizi (kasların huzursuzluk hali, hastada içsel bir gerginlik ve buna bağlı sürekli hareket etme isteği), diskinezi (düzensiz kas kasılması), sedasyon (uyuşukluk hali), metabolik belirge (birbiriyle ilişkili olan farklı beden işlevlerinin ortak bir düzenek ile bozulması sonucunda oluşan sendrom), epilepsi nöbetleri, ağız kuruluğu, görme bulanıklığı, kabızlık, idrar tutukluğu, salya gelmesi, kilo alımı, cinsel işlev bozukluğu ,adet düzensizliği, kan basıncı düşüklüğü, kalp atım hızında değişme, ışığa duyarlılık, alerjik tepkiler, kan değerlerindeki değişimler, karaciğer hasarı olarak gözlemlenir (Freedman, 2003: 1743-1746; Yıldız, 2018).

Antipsikotik ilaçlara ek olarak neredeyse şizofreni tanısı alan her bireyin tanıdığı bir ilaç grubu daha vardır. Bu ilaçlar antipsikotiklerin yan etkilerini gidermek için kullanılır. Bunların en sık kullanılanı biperiden (Akineton), bornaprin (Sormodren) ve difenhidramindir (Benadryl). Biperiden genelde motor tip yan etkiler üzerinde kullanılır, kas sertleşmeleri bu ilacın kullanılacağı bir yan etkidir. Bu ilaçlar tedavinin ilk aşamasında ya da yan etkileri ortaya çıkınca kullanılabilir. Bu ilaçları kullanan bireyde hafif uyuşukluk hissinin yanı sıra keyif verdikleri için antipsikotiklere göre şizofreni tanılı bireylerce daha çok kullanılmaktadır. Antipsikotik ilaçların terki ve yalnızca bu ilaçların kullanımı tedavi süresini olumsuz etkilemektedir. Yan etkiler tedavi sürecini oldukça riske atan faktörlerdir. Tedaviye katılım isteği yeterince iyi olmayan hastaların ilaveten yan etkilerle uğraşmaları

onları tedavi sürecinden daha da uzaklaştıracağı, tedaviye olan inanç ve motivasyonlarını düşürebileceği için uygun doz ve ilaç seçimi oldukça hassasiyetle yapılmalıdır. Şizofreni tedavisinde kullanılan bir diğer yöntem ise EKT olarak bildiğimiz elektrikli konvülsif tedavidir. Amaç kişide sara nöbeti doğurmaktır. Kafa derisinden elektrotlar yardımıyla düşük şiddetli elektrik akımı beyne verilerek sara nöbetinin doğması sağlanır. Bu uygulama yaygın olarak şizoaffektif bozukluğun ve ağır çöküntünün tedavisi sırasında kullanılır. Sık görülen yan etkisi ise geçici bellek bozukluğudur. Bu tedavi türü ilaca yanıt alınamadığı durumlarda ya da yoğun intihar düşünceleri, katatoni, saldırganlık gibi belirtiler yüzünden ilacın etkisinin beklenemediği durumlarda tercih edilen tedavi seçeneğidir (Yıldız, 2018: 104–114). EKT öncelikli olarak hayati tehlike içeren depresyon tedavisinde kullanılan bir tedavi yöntemidir ve bu grubun içindeki bireyler üstünde yarar sağlayabilmektedir. Kullanım süresi oldukça uzun olan antidepresan ilaçların yüksek dozlarına kıyaslandığında sonuç daha hızlıdır (Booth, 2008: 180).

Antipsikotikler ve onların yan etkilerini gidermeye çalışan ilaçlara ek hastalık süreçlerini yaşayan bireylerde sıklıkla görülen depresyon için antidepresanlar, atak dönemlerinde görülen şizoaffektif semptomlar için lityum karbonat ya da valproik asit gibi duygudurum düzenleyiciler, yoğun aksiyete ya da uyku bozuklukları için benzodiazepinler ile tedaviye destek verilmektedir (Freedman, 2003: 1747).

Leucht ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ilaç kullanmanın hastalığın nüksünü yedi ile on iki ay arasında engelleyiciliği plesabodan daha etkili olduğu ancak bu durum hastalığın tekrarlamayacağı demek olmadığı, ilaç kullanmayı bırakmak da hastalığın derhal yineleneyeceği anlamına gelmemekte ancak ilaç kullanmayı sürdüren hastaların taburculuktan sonraki bir yıl içinde tekrar hastane yatış riski ilaç kullananlara göre daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (Leucht, 2012). Şizofreni hastalarının yarısından fazlası ilaç almayı kesme eğilimi gösterebilmektedir (Yıldız, 2018:123). Genel olarak tedaviye uyumsuzluğun sebepleri; psikoaktif madde kullanımı, iç görü eksikliği, hastalığa bağlı etmenler, ilaca bağlı etmenler, şizofreni tanısı alan bireye ilişkin etmenler, tedavi ekibi ile ilgili etmenler, aileye ilişkin etkenler, çevresel etkenler ve sosyal destek eksikliğidir (Üstünsoy Çobanoğlu vd., 2003).

Bir diğer tedavi yöntemi olan aile tedavisi; toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinden kaynaklı tanı alan bireyin bakım sorumluluklarını üstlenen aileye baş etme stratejilerini geliştirmede, aile destek sistem örüntüleri geliştirmede kullanılan bir tedavi şeklidir (Çölgeçen , 2021: 133).

Booth tedavi süreçlerinde oldukça başarılı olarak bilinen ilaçların dahi tanı alan bireylerin sınırlılıklarını görmesine katkı sağlamadığını, bu ilaçların bireyin temel ihtiyaçlarını sağlamadığını ya da bireylerin sosyal destek ağlarını güçlendiremediğini aktarmıştır. (Booth, 2008:183). Bu da demek oluyor ki ilaçların tek başına sağladığı fayda, şizofreni tanılı bireyin sosyal hayata adaptasyonunda ve sosyal işlevselliğinde yetersiz kalabilmektedir. Ne tek başına sosyal destek sistemi ne de ilaçlar bu hastalık için bütüncül şifayı sağlayamamaktadır. Şizofreni tanısı almış bireyin güçlü ve zayıf yönlerini görüp bu yönler üzerinden gerçekçi bir tedavi planı şekillendirmek sağlık profesyonellerinin ekip

alışması ile mümkün olacaktır. Günümüzde birçok noktada soruların yanıtsız kaldığı bu alanda daha esnek ve daha geniş perspektiften bakmak gerçekleştirilecek tedavi planlarında meslek profesyonellerine yarar sağlayacaktır.

1.6. şizofreni Tanılı Bireyin Bakım Vereni Olmak

1950 yılında ilk antipsikotik ilaç olan Klorpromazinin keşfiyle birlikte şizofreni için bakım veren kavramı da önem kazanmaya başlamıştır. Bu dönemden sonra pek çok yeni ilaç keşfedilmiş ve psikiyatrik hastanelerin sayısının azaltılmasına dair politikalar izlenerek toplum destekli bir tedavi başlamıştır. Bu her ne kadar tanı alan bireyi sosyal hayata adapte etmek adına pozitif bir adım olsa da bu durum bakım verme deneyimi az olan aileleri aniden birincil bakım veren rolüne bürümüştür (Kokurcan vd., 2015: 678). Ruh sağlığı hizmetlerinin işlevlerinin pek çoğu günümüzde geçmiş zamanlarla kıyaslandığında bakım verenlerin sorumluluğuna daha çok dahil edilmiştir (Demirbaş ve zel Kızıl, 2017: 001; Richieri vd., 2011: 192). Hasta bakım vereni bakıma ihtiyaı olan bireyle birlikte yaşayıp ya da gün için zamanının çoğunluğunu ona ayırıp, temel ihtiyaçlarını karşılayan, tıbbi, fiziksel bakımını yapıp, tedavi sürecini takip eden akrabalar ya da arkadaşlar olarak tanımlanabilir (Dökmen,2012:4). Hastayı destekleyen ve genellikle en çok bakımı sağlayan hasta yakını, temel bakım veren olarak isimlendirilmektedir. Araştırmalar hasta bakım verenlerinin genellikle kadınların ve de annelerin üstlendiğini göstermektedir (Bademli vd., 2017; Arslantaş ve Adana, 2011).

Chakrabarti vd. (2005:334) şizofreni ve bipolar duygulanım bozukluğu tanısı almış iki tanı grubunun bakım verenleri ile yaptığı çalışmada; hasta bakım verenlerin büyük çoğunluğunu eşler ya da ebeveynler oluşturmaktadır. Bu durumun üstünde toplumun ve tedavi sistemlerinin aileyi ve bilhassa ebeveynleri ruhsal hastalık tanılı bireylerin bakım sorumlulukları konusunda tüm yükleri üstlenmeleri gerektiğine dair tutumlarının etkisi olduğu düşünülmektedir (Greenberg vd.,1993:379).

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin bakımı hem ruh sağlığı profesyonelleri hem de bireyin yakınları tarafından gerçekleştirilmekte ve bu bakım verme süreci içerisinde birden çok yük barındırabilmektedir. Hastalığın akut (atak) dönemlerinde hasta yatışının gerçekleşmesiyle bakım verme işlemi ruh sağlığı profesyonelleri tarafından gerçekleşmekte de hasta yakınlarının bakım verme süreci, ruhsal hastalık tanılı bireyi hastane yatışına götürmeden önce bireyin evde bakımının imkansız hale gelmesine kadar devam etmektedir. Hastane yatışı ve durumun iyiye gitmesi ile gerçekleşen taburcu sonrasında da hasta yakınları bakım verme sürecine devam etmektedir. Bu süreç sabit bir zaman dilimine ait olmamakla birlikte molaları ya da tatilleri de yoktur çünkü bakım verenin ihtiyaç halinde orada bulunması gerekir (Angermeyer vd., 2006: 158).

Bakım verme işi genelde tercih edilmeksizin birdenbire gelişen ağır bir sorumluluk ve önceden planlanamayan bir pratiktir. Hastalığın belirsizliğinden kaynaklı bakım veren ve bakımı alan birey arasındaki ilişki dinamikleri farklı ve değişken durumları kapsar. Aileler/ bakım verenler bir yandan bakım verdikleri bireyin deneyimlediği pratikleri anlamdırmaya

çalışırken öteki taraftan da fiziksel, duygusal ve ekonomik gibi çoklu sorunlara karşı çaba içindedirler (McCaan vd., 2009: 381).

Bakım veren kavramını şizofrenide psiko-sosyal rehabilitasyon kavramı kapsamaktadır. Bakım veren: ruhsal hastalık tanısı almış bireyin temel bakım ihtiyaçlarını karşılayan, sosyal destek sistemini sağlayan ve güçlendiren ve hastaya hastalık döneminde bilgi aktarımını ve yardımını sağlayan kişi olarak tanımlanır. Bakım veren kişi tanı alan bireyin başat ihtiyaçlarını gidermek, tedavi sürecini gözetmek gibi sorumluluklara iyerdir. Primer bakım veren ise bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişidir ve genellikle şizofreni tanılı bireyin primer bakım verenleri aile üyeleridir. Alanyazında da bakım veren sorumluluğu üstlenen bireylerin medikal tedavi ile psiko-sosyal iyileştirme sürecinde bir köprü görevi gördüğü belirtilmektedir (Şengün, 2007:23).

Şizofreni tanılı bireyler hastalıkla birlikte gelen tüm bilişsel ve fiziksel bozukluklara ek olarak sosyal hayata adapte olmakta zorlanma yaşamakta ve bunların yanı sıra ekonomik olarak bağımlı hale gelmekte, sosyal işlevselliğini yerine getirememekte, öz bakım mekanizmasında gerilemeler yaşamasının sonucunda yalnız yaşamaları oldukça zor olabilmekte ve aile ya da bakım veren desteğine ihtiyaç duyabilmektedirler. Özellikle hastalığın ileri evrelerindeki bireylerin yalnız yaşamaları riskli olmakla beraber, bireyin tedaviye uyumu az ise tedavi sürecini olumsuz etkilemektedir. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ev dışında yaşam faaliyetlerinin kısıtlılığı nedeniyle bu bireylerin hastaneden taburcu sonrası büyük oranda aile yanında yaşadıklarını ileri sürmektedir (Tel ve Ertekin Pınar, 2013:146).

Hastalığın ortaya çıkmasıyla birlikte değişen yaşam koşulları hastanın ailesiyle yaşamasına sebep olmasının sonucu aile üyelerinin hasta bakımından kaynaklı yeni bir sorumluluğu doğmaktadır. Genellikle aile üyelerinden birisi bakım verme işini üstlenmektedir. Bakım verme işi bakım veren kişinin hayatının merkezi haline gelmesi ve bakım sunma sorumluluğunun artması ile bakım sunma, bakım alma ilişkisi bakım veren bireyin yaşamını zorlamakta, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir sorumluluğa dönüşmektedir (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013:463-464). Şizofreni, bakım verenlerine önemli derecede bakım yükü bindiren bir ruhsal hastalıktır (Kate vd., 2013:380). Caqueo-Urizar ve arkadaşlarının (2009) yaptığı çalışmada gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki hasta bakım verenlerinin aile yaşantısının eski düzenini kaybetmesi, yeterli desteği alamaması, hastalığın tedavi sürecinin düzeni gibi birçok etmen yaşam kalitesinin bozulmasına sebep olduğu saptanmış özellikle gelişmekte olan ülkelerde hasta bakım verenlerinin yaşantısı en çok ekonomik nedenlerden sekteye uğradığı saptanmış ancak yaşanan sorunlar çoğunlukla sadece ekonomik boyutta kalmamaktadır.

Erkan (1991) ebeveynlerin engelli bir çocuğa sahip olduklarını ilk öğrendiği anda yaşadıkları çaresizliğin, ümitsizliğin, şokun, üzüntünün bir süre sonra yerini sosyal çevreden dışlanma korkusunun aldığını öne sürmüştür (Erkan,1991 akt: Özşenol vd., 2003:162). Bunun nedeni ise çocukları hasta ya da engelli olan ebeveynlerin, hastalıktan ya da engelli çocuktan önceki yaşam aktivitelerinin, aile dinamiklerinin, kendilik algılarının, ebeveyn rollerinin ve hatta dünyaya bakış açılarının değişmesidir (Dökmen, 2012:7). Engelli bir

çocuğa sahip ailelerin çocuğunun durumuna uyum sürecinin uzamasının yanı sıra çocuğun bakımı, eğitimi, tedavisi gibi konularda karşılarına çıkan engeller aileyi de hem maddi hem manevi olarak yardım almak zorunda bırakabilmektedir (Özşenol vd., 2003:162).

Tüm bunlara ek olarak sadece bakım verme sürecinin yanı sıra bakım verilen bireyin hastalığının aşaması da bakım verenlerin üstünde etkilidir. Yapılan çalışmalar bakım alan hastanın şiddetli depresyonunun bakım vericilerin yükünü arttırdığı ortaya çıkmıştır (Chai vd., 2013). Afrika’da yürütülen benzer bir çalışmada ise; bakım verilen bireyin hastalığının şiddeti arttıkça ve sosyal işlevselliği azaldıkça bakım verenin yükünün yedi kat arttığı saptanmıştır (Inogbo vd., 2017: 3-4).

Bakım verme yükünün boyutları şu şekilde gruplandırılabilir (Arslantaş ve Adana, 2011: 258-259);

1. Direkt bakımla ilgili işler: Bu işler tanı alan bireylerin başat ihtiyaçlarını içine alır.
2. Direk bakımla ilgili olmayan işler: Bu kategori ev halkının tanı alan bireyin bakım – verme sorumluluğu dışındaki işlerinden meydana gelecektir.
3. Hastanın duygusal ihtiyaçları ile uğraşmak: Aile üyeleri kendilerini hastaların kaygılarıyla ve acılarıyla uğraşmaya adanmak zorunda hissedebilirler.
4. Diğer yaşam rollerinde bakım vermenin sonuçları: Hastaya bakım vermek bakım verenler için diğer yaşam rollerinin merkezinde yer alabilir. Bu durum bakım verenlerin bakım sorumlulukları nedeniyle kendilerinin doyumlu bir yaşam sürdürebilmeleri için gerekli ihtiyaçlarını ertelemelerine neden olabilir.

Şizofreni hasta bakım verme sürecinin uzun ve yıpratıcı koşulları gereği bakım verenin bakım verme işi hayatının merkezine oturmakta ve yaşam koşullarını değiştirmekte bununla birlikte ekonomik, sosyal ve psikolojik sorunlara da neden olabilmektedir.

1.7. Şizofreni Hasta Bakım Verenlerinin Yaşadıkları Sorunlar

Ruh sağlığı hastalıklarından herhangi birinin tanısını alan bireylerin yakınları; tanı alan bireyin hastalığından kaynaklı talepleri, ihtiyaçları öte taraftan ise toplum tarafından yaşadıkları baskı, toplumsal destek sistemlerinin işlevsiz kalması gibi sebeplerden dolayı içinde bulundukları bu durumdan oldukça zorlandıklarını belirtmektedirler (Özdemir, 2019: 33).

Ruh Sağlığı sektörü çoğunlukla ruhsal hastalık tanılı bireyin tedavisi odaklı hizmeti öncül yaptığından, tanılı bireyin aile yaşamı, sosyal ve ekonomik durumu gibi dinamikleri göz ardı edilebilmektedir. Göz ardı edilen bu süreçler hastanın bakım verenine ve ortak yaşamını paylaştığı diğer bireylere önemli bir yük oluşturmakta ve yüksek stres ve depresyona dönüşebilmektedir (Chai vd., 2018:2).

Ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin aileleriyle ilgili bilimsel çalışmalar ilk kez 1950’li yıllarda Amerika Birleşik Devletlerinde bir grup sosyal bilimcilerle kendini göstermiştir. Bir birey ruhsal hastalık tanısı aldığı anda aile dinamiklerinde yaşanan değişim bu araştırmalarla ortaya konmaya başlanmış ve zamanla yapılan çalışmalar literatürü genişletmiştir. Mills tarafından 1962 yılında şizofreni tanılı bireylerin hasta yakınlarıyla yapılan çalışmalarda akrabaların hepsi için tanı alan birey endişe kaynağı olarak belirtilmiş, Waters ve Northover tarafından, 42 şizofreni tanılı bireyin akrabalarının birçoğu tarafından sosyal utanç, rahatsızlık hissi, korku, aile içi gerginlik gibi sorunlar yaşadıklarını bildirmişlerdir (Waters ve Northover,1965).

Engelli çocuğa sahip anneler ile yapılan bir çalışmada yaşanan sorunlar yüzdelik sıralamalarına göre çoktan aza sırasıyla (Danış, 2006:100);

- Stres
- Ağır bakım yükünün vermiş olduğu bıkkınlık,
- Geleceğe dair net planlar yapamama
- Ulaşım sorunu
- Aile içi iletişim sorunları
- Toplumsal dışlanma
- Ekonomik sorunlar
- Serbest zaman değerlendirme sorunu
- Sağlık sorunları
- Psikolojik sorunlar
- Eşin ailesi ile yaşanan sorunlar
- Komşuluk ilişkilerinde yaşanan sorunlar şeklindedir.

Şizofreni ve bipolar duygu durum bozukluğu tanılı bireylerin bakım verenlerinin yaşadıkları zorluklar nedeniyle sosyal işlevsellikleri önemli ölçüde tehlikeye girmektedir (Chakrabarti vd.,2005: 334; Kate vd., 2013: 380).

Şizofreni tanısı alan bireyle birlikte bakım verenlerin yahut ailelerin yaşadığı zorluklar sıklıkla (Akbulut, 2009; Attepe Özden, 2015:16; Şengün,2007);

- Şizofreni tanısı almış bireyin sosyal işlevselliğinin ve hayatta kalma becerilerinin azalması ile temel bakım ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çekmesi ve zorunlu olarak bu ihtiyaçlarını sağlayacak birine ihtiyaç duyması,
- Hastalıkla birlikte öz bakım ve iletişim becerilerinin gerilemesi, düşünce dağınıklığı sebebiyle şizofreni tanılı bireyin sosyal hayattan kendini çekmesi,
- Şizofreni tanılı bireyin tedaviye uyum sağlamak istememesi,
- Tedavi sürecinin uzun olması,
- Sıklıkla tekrarlanan hastane yatışlarıdır
- Ailenin diğer üyelerinde depresyon, öz saygı ve özgüven kaybı,

- Aile yaşamındaki çatışmalar
- Hastalık tanısı ile birlikte ailede duyulan üzüntü, gerginlik ve kaygı gibi duygusal yükler,
- Tedavi sürecinin ve şizofreni tanılı bireyin kişisel ihtiyaçları için yapılan maddi harcamalar olarak görülmektedir.

1.7.1. Ekonomik Sorunlar

Şizofreni tanılı bireye sahip ailelerin yaşadığı sorunlardan olan ekonomik sorunlar ailenin yoksullaşması riski ile sonuçlanabilir. Kronik bir psikiyatri tanısı bireyi ekonomik özgürlüklerinden alıkoyabildiği gibi bireyin yanı sıra bakım verenini de bakım vermenin doğasındaki zorluklar yüzünden iş hayatından alıkoyabilmektedir.

Bakım vermenin maliyeti yüksektir, sadece bakım verilenin ihtiyaçlarının maliyetlerinden ziyade verimlilik ve gelir kaybıyla ilgili maliyetleri de içermektedir (Kamil ve Velligan, 2019: 158). Yapılan araştırmalarda bakım verme sırasında bu sorumluluğu alan eşlerin iş hayatında ve aile yaşantılarında sorumluluklarını yerine getirmede sorun yaşadıkları saptanmıştır (Babaoğlu ve Öz, 2003:25). Bakım verenlerin bakım verme sürecinden kaynaklı; iş sırasında konsantrasyon kaybı ve sosyal ilişkilerdeki yeteneklerinin azalmasıyla birlikte çalışabilirlik yetenekleri azalmakta ve bu da temel bir maddi kayba sebep olmaktadır (Koschorke vd., 2017: 71-72). Hasta bakım verenlerinin tedavi sürecinde yaşadığı ekonomik sorunların başlıcaları; işe gidemediği gün sayısının fazla olması ve bununla birlikte iş hayatını zedelemesi, tedavi ile ilgili masrafların fazlalığıdır (Bademli ve Duman, 2013:464). Maddi sorunlar aile dinamiklerini olumsuz etkileyebilir. Hem şizofreni tanısı almış bireyin çalışabilirlik düzeyinin değişkenlik göstermesi (hastalığın seviyesine göre bazı dönemler hiç çalışamaması, kısmi çalışması) hem de bakım veren tarafından sunulan bakım verme mesaisinin sınırının olmayışının tam zamanlı çalışmasını engellemesinden kaynaklanabilmektedir (Caqueo-Urizar vd., 2017:3).

Şizofreni hastalığının fizyolojik belirtileriyle tanı almış bireyin, iş hayatında yeterli verimlilikte çalışamaması ve tedavi boyunca sıklaşan hastane ziyaretleri nedeniyle bireyler iş hayatında uzaklaşmaktadır. Gerek hasta bakım vereninin gerekse tanı almış bireyin iş hayatından geri çekilmesi bilhassa ekonomik kazanç sağlayan bireyin hastalığa yakalanmasıyla ailede yaşanan gelir kaybı, aile yapısındaki ekonomik dengeleri bozmaktadır. Bu denge durum bozukluğuna ilaveten uzun tedavi süreleri ve tedavi masrafları ise hasta bakım verenlerine ciddi ekonomik sıkıntılar yaşayabilmektedir. Bunlara örnek iş hayatından kopmayla birlikte bireylerin temel bakım ihtiyaçlarını dahi karşılayamama duruma gelmesidir.

Çalışma hayatı bireyin sadece ekonomik kazanç sağladığı bir yer olmanın yanı sıra aynı zamanda çalışma hayatında kurduğu ilişkiler neticesinde bireyin bir sosyalleşme alanıdır. Çalışma hayatından kopuş beraberinde gerek ekonomik yetersizlikten ev dışı aktivitelerden

zorunlu azalma gerekse çalışma hayatından uzaklaşmasıyla gerekmedikçe ev dışında zaman geçirmeme ile sosyal hayattan kopuşu da getirmesi hususunda risklidir.

1.7.2. Sosyal Sorunlar

Şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda bakım veren üzerindeki yükün yaşam kalitesini hasara uğrattığı saptanmıştır (Fadden vd., 1987; Kate vd., 2013). Bu hasarın ilişkili olduğu değişkenler; değişmekte olan roller, hastalığın seyri, sosyal ya da ekonomik desteğin yoksunluğu ve aile yaşamındaki aksaklıklar ile bakım veren üzerinde yarattığı yüküdür (Caqueo-Urizar vd., 2009: 2). Şizofreni tanısı alan bireylerin toplumdan bir dönüt olmaksızın da sosyal geri çekilme yaşadıkları gözlemlenmektedir (Çölgeçen ve Çölgeçen, 2019: 34).

Bakım sürecinde, hastanın ailesinde değişen dinamiklerle birlikte çatışmalar meydana gelmekte, toplum tarafından tanı alan bireye yahut bireyin ailesine yönelik ayrımcılıklar ve damgalama hatta bazen aile içinden de damgalanmalar yaşanmakta ve bunların neticesinde sosyal izolasyon ve duygu-durum bozuklukları ortaya çıkmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011). Ruhsal hastalığa sahip bireyler ve aileleri hastalıkla baş etme süreçlerinde toplum tarafından damgalanmaya maruz kalmaktadır. Şizofreni hastalığının kendisinden kaynaklı ya da tedavi için kullanılan ilaçların bazılarının yan etkileri sebebiyle şizofreni tanılı bireyler diğer insanlarca dikkat çeken görünüme ya da davranışlara sahip olabilmektedir. Toplumun bu davranış ve görünümlere dikkati arttıkça bu kişilere yönelik tutumları da değişmektedir. Farklılıkları ayırıştırma tutumu genellikle toplum tarafından şizofreniye yönelik bilgi eksikliğinden yahut ön yargılardan meydana gelmektedir. Şizofreniye yönelik yapılan damgalama eğilimi şizofreni tanılı bireylerin ve yakınlarının toplumdan uzaklaşmasına, sosyal ilişkilerinde azalmasına ve sonuç olarak sosyal izolasyona sebep olmaktadır (Kıvırcık vd., 2004:113-114).

Çam ve Bilge (2013:97), ruhsal hastalık tanısı alan bireyler arasında damgalanmadan en çok şizofreni tanılı bireylerin etkilendiğini aktarmıştır. Damgalama toplum tarafından bir kişiye, bir olaya yahut bir topluluğa karşı değer kaybettirici, aşağılayıcı, hor görücü bir tavır ya da davranış sergilemektir. Damgalamanın kökeninde ise ayrımcılık ve dışlanmayı beraberinde getiren ön yargı mevcuttur. Ruhsal hastalık tanılı bireylerin damgalanması ve toplum kaynaklarından uzaklaştırılması, ruhsal hastalık belirtilerinin korkutucu ve anlaşılabilir olarak görülmesinden kaynaklanmaktadır. Ruhsal hastalığa sahip bireylerin hastalık öncesinden sahip oldukları tüm kişilik özellikleri toplumca yok sayılmakta yerine sıkça ‘deli’ damgası gelmektedir. Özten vd. (2006) damgalanmaya maruz kalmış ruhsal hastalığa sahip bireylerin ve ailelerinin tedavi süresince evde tecrit edilmiş bir şekilde yaşamayı tercih etmeye yönelediklerini öne sürmüşlerdir. Çünkü bu damgalanma süreci ruhsal hastalığa sahip bireylerin kendilerine yapılan damgalamaları ve kalıp yargılamaları kabullenmesine bunların neticesinde içselleştirilmiş damgalanma yaşamasına neden olabilmektedir. Hastalığın ilk aşamasından bu yana çevresinin verdiği tepkilerin farkında olan birey bu

tutum ve davranışları benimseyebilmekte, benlik saygısında azalma yaşayabilmektedir (Avcil vd., 2016: 176-182).

Damgalanma dünyanın her yerinde yaşanmaktadır. Çin’de şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleriyle yapılan çalışmada, bakım verenlerin yaşadıkları damgalanma nedeniyle tanı alan aile üyelerinin bilinmesinin istenmediğini, bu durumdan utanç duyduklarını, bu yüzden sosyal izolasyon yaşadıklarını (Wong vd., 2018), Hindistan’da yürütülen benzer bir çalışmada ise bakım verenlerin şizofreni tanısı almış aile üyelerinin ifşasından korktuklarını, durumun öğrenilmemesi için çaba sarf ettiklerini, tanı alan bireyle ilgili çevrelerine bilgi vermek zorunda olduklarında ise genel bilgiler verdiklerini, ifşa edilmenin aileyi ve tanılı bireyi saygı görmekten yoksun bıraktığını, kötü davranıldığını, sürekli eleştirilip suçlandıklarını, sosyal dışlanma yaşadıklarını belirtmişlerdir (Koschorke vd., 2017: 71). Öte taraftan damgalanmanın öznel olarak bireyin algısına göre değişebileceği, bazı ailelerin damgalayıcı olarak nitelendirdiği bir davranışı bir başka ailenin damgalayıcı olarak değerlendirmeyebileceği ileri sürülmüştür (Magaña vd., 2007: 379; Greenberg vd., 1993: 206).

Şizofreni tanılı bireyin yaşadığı damgalanmasına ek olarak şizofreni tanılı bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamak adına zamanının büyük kısmını onun yanında harcayan hasta bakım verenlerinin de damgalanma yaşaması kaçınılmaz olmaktadır. Bu damgalanma sonucunda şizofreni tanısı almış bireylerin yakınları kendilerini sıklıkla bir suç işlemiş gibi suçlamakta, yaşadıklarının neden onların başına geldiğini kendilerine sormakta ve toplumun damgalaması ile savaşılmaktadır. Yaşanan tüm bu süreçler şizofreni ile yaşayan bireyin ve ailesinin toplumdan kendini geri çekme davranışı geliştirmesine ve sosyal izolasyon yaşamasına temel sağlamaktadır. Sosyal izolasyon, sosyal fonksiyonların gelişimini bozmakta ve şizofreniye neden olabilmektedir. Şizofreni tanılı bireylerin şizofrenik belirtileri başlamadan daha önce bile zaten sosyal izolasyona eğilim gösterirler ve şizofrenik belirtilerle birlikte yaşanan damgalanma, ayrımcılık ve hastalığın mevcut süreçleri ile birlikte sosyal izolasyon şiddetlenir (Kocahan vd., 2010: 109-110).

1.7.3. Psikolojik Sorunlar

Ailede engelli bir bireyin yaşamıyla beraber (doğum ya da tanı ile başlaya süreç) aile üyelerinin düşüncelerinde ve davranışlarında, yaşam deneyimlerinde olumsuz etkilere sebep olabilmekte bunlar genelde dışarıya; şok, inkar, suçluluk, kızgınlık, anksiyete, kaçınma, öz saygıda azalma, kendine güvende azalma ile görünebilmektedir (Işıkhani, 2005:41). Yapılan bir araştırma (Gökcan, 1996) engelli bir çocuğa sahip annelerde çocuğunun engel durumunu öğrendikten sonra sinir bozuklukları ve bazı psikosomatik rahatsızlıkların görüldüğü saptanmıştır. Şizofreni tanısı almış bireylerin ailelerinin hastalığın tedavi süresi boyunca yoğun stres altında oldukları ve tüm ailenin hastalıktan etkilendiğinin anlaşılması ile 1970’li yıllardan itibaren şizofreni tanısı alan bireylere bakım veren aileler üzerinde çalışmalar artış göstermiştir. Bu çalışmalarda şizofreni hastasına bakım veren aileler için pek çok stresör tanımlanmaktadır. Çalışmalarda hastalığın ailenin yaşam tarzına ek olarak rutinlerinin

bozmasının ve hastanın durumunun her an kötüleşeceği beklentisinin en sık karşılaşılan stresörler olduğu görülmüştür (Loukissa,1995).

Yapılan araştırmalarla; şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinde ruh sağlığı problemleri görülme olasılığının %56,7, depresyona yakalanma oranlarının %40 olduğunu saptanmış ve kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin bakım verenlerinde ruhsal hastalığa yakalanma riskinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir (Sintayehu vd.,2015; Magaña vd., 2007; Thunyadee vd., 2015: 415-416). Yoğun kaygı ve depresyonun bakım verme mesaisi ile doğru, boş zaman aktiviteleri ve eğitim düzeyi ile ters orantılı olduğu ortaya konmuştur (Macneil vd., 2009: 83).

Şizofreni tanılı bireyin bakım verenlerinin psikolojik sıkıntılar yaşadıkları ve refahlarının olumsuz etkilendiği ortaya çıkmış ve bu etkiler somatizasyon, depresyon, kişilerarası duyarlılık, anksiyete ve obsesif- kompulsif semptomlar olarak kendini göstermiştir (Mitsonis vd., 2012: 334-335). Şizofreni hastalığının bireye özgü olan tedavi ve iyileşme koşullarının yarattığı belirsizlik, şizofreni tanılı bireyin bakım verme sorumluluğunu alan kişilerin yaşamına dair alacağı kararları zorlaştırabilir. Karar verme süreci zorlaşan ya da karar veremeyen birey kaygı, korku, öfke, çaresizlik, gerginlik-sinirlilik ve depresyon gibi olumsuz duygular yaşamaya başlar. Tedavinin uzun bir zaman dilimini kapsaması ile hastada ve hasta bakım verenlerinden ümitsizlik ve çaresizlik hissinin arttırarak depresyona sebep olabilmektedir (Öz, 2001:63-64).

Şizofreni tanısı alan bireyin aileleri çoğunlukla karışık duygular içine girer ve ne yapacaklarını bilemezler. Hastayı ve hasta yakınlarını en çok belirsizlik duygusu tedirgin etmektedir. Ruhsal hastalık tanısı alan kişilerin aileleri ile yapılan çalışmalarında ailelerin stres, anksiyete, korku, çaresizlik, ümitsizlik, utanç, suçluluk gibi duygular yaşadıkları sonucuna ulaşılmıştır. Şizofreni bakım verenlerin yaşadıkları yükün şiddeti arttıkça (hasta bireyin negatif semptomlarının artışı ya da davranışsal bozukluk artışı, hasta bireyin bakım verene bağımlı hale gelmesi gibi) ruhsal sağlık durumları da kötüleşmektedir. Madianos ve arkadaşlarının yaptığı çalışma ise göstermektedir ki hasta bakım verenlerinin yaşadıkları ruhsal sağlık sorunlarının nedenlerini sosyal aktivitelerin değişimi, damgalanma korkusu ve ekonomik güçlükler oluşturmaktadır (Madianos vd., 2004:413).

Tüm bu iç içe geçmiş birbirini etkileyen sorunlar bütünü hasta bakım verenlerinde tükenmişlik sendromu ve depresyon gibi hastalıklara sebep olabilmektedir. Settineri vd. bakım verenlerin ihtiyaç duydukları yardımı alamadıklarında, ekonomik açıdan yetersiz kaldıklarında yahut bakım verme sürecinde ellerinden gelenin fazlasını yapmaya çabaladıklarında ya da sosyal hayatlarına zaman ayırdıklarında kendilerini bakım verdiği bireylere karşı suçlu hissettiğinde tükenmişlik sendromunun meydana gelme riskinin artış gösterdiğini aktarmıştır. ‘Tükenmiş’ bakım verenler anksiyete, stres ve depresyon yaşayabilir. Görünen semptomlar stres ve depresyonun semptomlarıyla benzer olup; sosyal çevreden uzaklaşma, aile ilişkilerinden uzaklaşma, daha önce zevk aldığı aktivitelerde ilgi kaybı yaşama, umutsuzluk ve çaresizlik hissi, hüznün, rutinlerde değişim (iştah kaybı, uyku düzeni bozulması, kilo değişimleri, hazımsızlık, baş ağrısı (İnci, 2006), sıkça hastalanma,

yorgunluk, gerginlik ve bazen kendine ya da hastaya zarar verme eğilimi görülebilir (Settineri vd., 2014: 36-37).



2.BÖLÜM: ŞİZOFRENİ HASTA BAKIM VERENLERİNDE TÜKENMİŞLİK VE SOSYAL DESTEK SİSTEMLERİ

2.1. Tükenmişlik

2.1.1. Tükenmişlik Kavramı

Tükenme kavramı Freudenberger (1974) tarafından gönüllü sağlık çalışanları arasındaki yorgunluk, işi bırakma isteği ve hayal kırıklığı olarak öne sürülmüştür (Freudenberger, 1974:159-160). Duygun (2001:8) ise Freudenberger'in tükenmişlik kavramını başarısız olma, yıpranma, enerji ve güç kaybı veya karşılanmayan istekler sonucu bireyin iç kaynaklarında tükenme durumu olarak açıklamıştır.

Tükenmişliğin tarihsel gelişimi incelendiğinde öncelikli olarak 1970'li yıllarda Amerika'da ortaya çıktığı görülür. Tükenmişlik üstüne ilk yazılar sağlık sektöründen çalışmakta olan insanlara yardım etme odaklı meslek gruplarındaki deneyimlerden ve sosyal servislere gelen olaylardan inceleme yapılarak ortaya konmuş, ilk makaleler Maslach ve Freudenberger tarafından yazılmış olup araştırmalar, gözlem, alan incelemesi ve röportajlara dayanmıştır. 1980'li yıllara gelindiğinde ise gözleme ek olarak tükenmişlik alanında deneysel incelemeler artmaya başlamış ve ölçekler geliştirilmiştir. Bu ölçeklerden en çok uygulananı Maslach Tükenmişlik Envanteri olup çoğunlukla sosyal servis çalışanlarının tükenmişliğini ölçmede kullanılmıştır. 1990'lı yıllara gelindiğinde ise tükenmişlik araştırmaları sadece sosyal hizmet odaklı olmaktan çıkıp farklı meslek gruplarını da kapsayan ve istatistiki araçların kullanıldığı araştırmalar haline gelmiştir (Sarıkaya, 2007:9). Maslach (1986) tükenmişlik envanterine göre tükenmişlik bilhassa problem deneyimleyen ve ruh hali mutsuz olan bireylerle olağandan fazla zaman geçirerek alaka göstermekten dolayı kronik duygusal gerginliğe karşılık bireyin çıktısı olarak tanımlanmıştır (akt: Işıkhani, 2016:370).

Tükenme, bireyin tanımladığı pek çok kaynakların tükenmeye yüz tuttuğu ve yaşamın olağan süreçlerinde bireyin duygu durumunun mutsuz ve umutsuz olması olarak tanımlanabilmektedir. Bu süreçleri deneyimleyen birey kendini bir çaresizlik içinde hissederek bu çaresizlikten kurtulmak adına çabalamayı da bırakmış durumdadır. Yani tükenme bireyin yaşama karşı herhangi bir çaba göstermeyecek kadar kendini yorgun ve tükenmiş hissetmesidir (Yurtseven, 2018:13).

Shiron'a göre tükenmişlik bireyin enerjisini sağlayan etmenlerin tükenmesidir (Shiron'a akt: Işıkhani, 2016:373). Figley (1998) ise tükenmişliğin bireysel odaklı tanımlanmasına ek olarak daha geniş bir boyut olan ailede de ele almış ve bireyin tükenmişliğini, "uzun süren, duygusal olarak zorlayıcı durumların yol açtığı fiziksel, duygusal ve zihinsel bir yorgunluk durumu" ile tanımlamıştır (Figley, 1998 akt: Kurt, 2010:21).

Tükenmişlik iş yaşamında aktif olarak insanla ilgilenen meslek gruplarında ve ağır sorunlar yaşayan birey ve ailelerde daha sık gözlemlenebilir. Tükenme kavramı her ne kadar çalışma hayatıyla birlikte anılsansa da bireyin içinde bulunduğu ve bireye hizmet sağlayan bütün sosyal alanlarda aktif olarak gözlemlenebilmektedir. Tükenmişlik bireyin yaşamına ve geleceğe dair isteklerinde azalma, sorumluluklarını yerine getirebilmesi için kendinde olması

gereken güç ve motivasyonda azalmaya ek olarak yorgunluk ile kendini gösterir. Yoğun olarak bireyin içinde çıkamayacak kadar çaresiz kaldığı sorunlarda çözüm yolu uzadıkça görünür. Çünkü çözüm yolunda birey uzunca bir zaman harcamasına rağmen karşılığını alamamış ve çözüm için ihtiyacı olan kaynakları artık tüketmiştir. Bu kaynaklar kendisinden ya da dışarıdan sağlanan kaynaklar olduğundan kimi zaman birey bu kaynaklara ulaşmada imkanlarının dışında çaba harcarsa dahi sonuç alamamaktadır. İşte tüm bu çabalara rağmen içinde kalınan çaresizlik bireyde çözüme dair inançta azalmaya ve tükenmeye sebep olmaktadır (Kaçmaz, 2005: 29; Gündüz, 2005: 152-153).

Tükenmişliğin nedenleri 2 grupta incelenir. Bunlar bireysel tükenmişlik nedenleri ve örgütsel tükenmişlik nedenleridir. Tükenmişliğin nedenleri farklı birçok değişkeni kapsamasından dolayı hangi faktörün ya da faktörlerin tükenmeye sebep olduğunu bulmak bu sendromun önüne geçmedeki en önemli adım olarak görülebilir. Genel olarak; mükemmeliyetçi ve kaygılı, sosyal hayattan tecrit edilmiş, sosyal işlevselliğini yerine getiremeyen bireylerde daha fazla gözlemlenebilir (Ardıç ve Polatçı, 2009: 23-24).

Bireysel koşullar temelli tükenmişliğe sebep olan başlıca nedenler;

- Demografik özellikler,
- Nevrotik kişilik özelliğine sahip olmak,
- Anksiyete seviyesi yüksek bir birey olmak,
- Bireyin öz saygısının düşük olması,
- Kişilerarası ilişkilerde aşırı hassasiyetli tutma sahip olmak,
- Bireyin kariyerinde bulunduğu noktadan memnun olamaması,
- Sosyal destek ve aile destek sistemlerinden uzak olmak,
- Bireyin tatil, egzersiz gibi kendine zaman ayırması gereken aktiviteleri yapamaması,
- Çevre tarafından bireye yüklenen beklentilerin fazlalığı olarak sıralanabilir (Göktepe, 2016:32).

Örgütsel tükenmişlik ise çalışan ile çalıştığı örgütün uyum ya da uyumsuzluğunu ifade eder. Aşırı iş yükü, çalışılan kuruma aidiyet hissi, yapılan çalışmalara karşılık verilen düşük ödüller, kişinin işi üzerinden kontrolü, çalışılan kurumun adalet kavramı, çalışanın kişisel değerleri çalışanın örgütü ile arasındaki tükenmişliğe bakıldığında incelenen altı kavramdır (Maslach, 2001 akt: Sarıkaya, 2007:26). Tükenmişliğin belirtileri farklı görüşlerde ve farklı alt sınıflarda incelenmiştir. Yaklaşımlar genel olarak ele alındığında belirtiler davranışsal, fiziksel ve psikolojik belirtiler olarak ele alınır.

Tükenmişlikte ortaya çıkan başlıca belirtiler; psikofizyolojik belirtiler, psikolojik belirtiler ve davranışsal belirtiler olarak 3 başlıkta toplanır (Kaçmaz,2005:30):

- **Psikofizyolojik belirtiler** çoğunlukla; yorgunluk, solunum bozukluğu, enerji azalması, kronikleşen soğuk algınlığı, uyku bozuklukları, tekrar eden baş ağrıları, gastrointestinal bozukluklar, kilo kaybı, psikosomatik hastalıklar olarak görünür.

- **Psikolojik belirtiler** ise kronikleşen sinirlilik hali, duygusal bitkinlik, çabuk öfkelenme, zaman zaman bilişsel süreçlerde güçlükler, anksiyete, huzursuzluk, sabırsızlık, öz saygıda azalım, değersizlik hissi, karar vermede zorluk, güven duygusunda azalma, pasiflik, insanlardan kaçınma, gibi belirtileri kapsar.
- **Davranışsal belirtiler**; sıkça hataya düşme, sorumlulukları erteleme ya da yarım bırakma, sosyal ilişkilerde bozulma gibi belirtilerle gözlemlenir .

Duygun, Maslach ve Jackson tükenmişlik belirtilerini duygusal belirtiler, davranışsal belirtiler, somatik belirtiler ve savunma belirtileri olarak dört alt başlıkta toplamıştır (Duygun, 2001: 8-9);

- **Duygusal belirtiler**; depresyon, düşük öz saygı, şüphe, yalıtılmışlık duygusu, öfke, kötümserlik, mutsuzluk, kaygı, unutkanlık ve düşünceleri toparlayamama gibi belirtileri kapsar.
- **Davranışsal belirtiler**; ilaç-alkol kullanımı, olaylara tepkilerde aşırılışma, sabırsızlık, öfke patlamaları, rahat olamama, sorumluluklarını yerine getirmek istememe, kurallar karşısında esnek olamama, evlilik/aile çatışmaları, içe kapanıklık, iletişimde yüzeysel olma ve intihar girişimleri olarak örneklendirilir.
- **Somatik belirtiler**; yorgunluk, uykusuzluk, migren, baş ağrısı, ülser, sırt ve boyun ağrısı, kilo kaybı, nefes daralması, üriner sistem problemleri, sık hastalanma ve konsantrasyon bozuklukları gibi fizyolojik belirtileri kapsar.
- **Savunma belirtileri** ise; inkar etme, suçlama, mantığa bürünme, yansıtma ve yer değiştirmedir (Yer değiştirme, bireyin deneyimlediği duygu ve dürtünün asıl nesnesinden bir başka nesneye yön değiştirmesi).

Tükenmişliğe ele alan yaklaşımların çoğu bu sendromu aşamalı bir yapıda ele alırlar. Bu aşamalı bakış açısı hem sendromun incelenmesini kolaylaştırırken hem de bireyin hangi aşamada olduğunu bulması ile birlikte tedaviye uygun alt yapı hazırlar. Bu aşamalar kendi arasında birbirlerini etkileyebilir ve bir aşamada alınan karar ondan sonra gelecek diğer tüm aşamaları etkileyebilir. Işıkhani (2002:17) tükenmişliği bir süreç olarak tanımlayıp bu sürecin her döneminin farklı özelliklerine göre değerlendirilmesinin erken tanı ve önleme çalışmaları için önemini vurgulamıştır. Ergin ise (1992) tükenmişliği anlama yolunda evrelerin bir kolaylaştırıcı olduğunu belirtmiştir ancak tükenmenin, kişinin bir evreden ötekine geçtiği kesikli bir süreçten ziyade, süreklilik arz eden bir olgu olduğunu öne sürmüştür.

Skovholt, tükenmişliği anlam tükenmişliği ve bakım tükenmişliği olarak ikiye ayırmıştır. Bakım alanında çalışan bireylerin, başkalarına yardım etmekten kaynaklı ruhi kazanç sağladıklarının ancak işlerinin anlamının yok olduğu anda bireyde varoluşsal krizleri tetikleyebileceğini bunun sonucunda da bakım tükenmişliğinin gelişeceğini belirtmiştir. Anlam tükenmişliği ise başkalarına bakım verme isteğinin azalmasıyla yapılan işin anlamını kaybetmesi ve verim düşüklüğü süreçleriyle birlikte kişisel tükenmeyi tetikleyen bir tükenme olduğunu belirtmiştir (Skovholt akt: Işıkhani, 2016: 371-372).

Turan&Yılmaz (2007:446) Maslach'ın kendi tanımını ilerleyen yıllarda genişlettiğini ve duyarsızlaşmanın bir parçası olarak tükenmişliği ele aldığını belirtmiştir. Maslach duyarsızlaşmanın bir sonucu olarak bireylerin diğer insanlardan uzaklaşmaya başladıklarını bilhassa bireylere yardımcı olmaya kendine hedef alan mesleklerde çalışanların, hizmet sağladıkları bireylere sanki insan değilmiş sadece bir nesneymiş gibi davrandıklarını gözlemlediği belirtmiştir. Tükenmişlik Maslach' a göre 3 boyutta ele alınır. Bunlar duygusal tükenme, duyarsızlaşma ve kişisel başarı boyutudur (Maslach, 1982; Maslach ve Lackson, 1986 akt: Kaçmaz, 2005:29);

- **Duygusal tükenme** bireyin ruhsal olarak yıpranma duygusunu yaşaması olarak ifade edilir (Naktiyok ve Nur Karabey: 2005:183). Örmən (1993) bireyin yaşadığı duygusal tükenmenin tükenmişlik sendromunun başlangıç noktası ve merkezi olduğunu belirtip, bireyin yaşadığı aşırı psikolojik ve duygusal yüklenmeden kaynaklandığını öne sürmüştür. Yorgunluk hissi, bedensel belirtiler, huzursuzluk, kaza riski, yüksek anksiyete, depresyon ve aşırı alkol alımı bu boyutta sıktır.
- **Duyarsızlaşma** bireyin hizmet sundukları kişilere karşı duygudan yoksun bir davranış ve tutum sergilemesi, karşısındaki bireyi bir nesne olarak algılamasıdır.
- **Kişisel başarı boyutu** bireyin sorunlar karşısında kendini yetersiz görme ve sorunlarının üstesinden gelememe olarak tanımlanır. Bu durum bireyin motivasyonunu düşürür ve bireyi çaresizlik düşüncesine iter. Bir bireyde tükenme, duygusal tükenme ve duyarsızlığın artıp, kişisel başarı ve başarı duygusunu düşmesi ile ortaya çıkmaktadır

Fawzy vd. ise tükenmeyi Edelwich ve Brodsky Tükenmişlik Modeli ile 4 evrede ele almıştır (Fawzy vd. akt: Kaçmaz, 2005:30);

1.Evre: Şevk ve Coşku Evresi (Enthusiasm): Bu evredeki bireyde yüksek bir umutluluk, gerçekçi olmayan beklentiler ve enerjide artma gözlemlenir. Kişi için uykusuzluğu, gergin çalışma ortamları bile yaşamının öteki sorumlulukları ve kendisine zaman ayıramamasının önüne geçmiştir.

2.Evre: Durağanlaşma Evresi (Stagnation): Bu evrede istek ve umutlulukta azama olur. Kişi üstlendiği sorumluluğu (iş, hasta bakımı v.s) yerine getirirken karşılaştığı zorlukları, daha önce umursamadığı noktaları daha fazla umursamaya ve rahatsız olmaya başladığı bölümdür.

3.Evre: Engellenme Evresi (Frustration): Başka insanlara yardım etmek için çalışmaya başlayan bireyin, sistemleri, insanları, olumsuz çalışma koşullarının değiştirmenin zorluğu ile yüzleşir. Yoğun bir engellenmiş duygusu yaşamaya başlar.

4.Evre: Umursamazlık Evresi (Apathy): Bu evrede duygusal kısırlaşma ve kopma, derin bir inançsızlık ve umutsuzluk gözlemlenir. Kişi sorumluluğunu sadece zorunluluklar yüzünden yerine getirir, iş doyumundan uzaklaşmıştır. Sorumluluklar bireyi sıkıntı ve umutsuzluğa sürükleyen bir alan olmuştur.

2.1.2. Şizofreni Tanılı Bireylerin Bakım Verenlerinde Tükenmişlik

Kronik hastalık tanısı alan bireylerin bakım veren yakınlarında tükenmişlik sık görülmektedir. Kronik fiziksel hastalık tanısı almış bireylerin dışında psikiyatrik hastalık tanısı alan bireylerin yeti yitimi, sosyal alanlardaki yetersizliği tanı almış bireyin ailesinin üzüntüsünü ve çaresizliğini arttırabilmekte bunun sonucunda aile sosyal izolasyonu tercih edebilmektedir. Bu da fiziksel hastalık ve psikiyatrik hastalıklardaki bakım veren tükenmişliğini etkilemektedir (Duygun, 2001). Yapılan çalışmalarda; şizofreni tanısı almış bireylerin hastalıklarının şiddetli geçmesi, bakım verenlerin ruhsal sağlığını bozduğu ortaya çıkmıştır (Lee vd., 2006: 549; Mitsonis vd., 2012: 335; Lai ve Thomson, 2011: 103).

Şizofreni tanılı bireye bakım verenlerin hayatı, hastalık süreciyle birlikte bütünüyle değişime uğramaktadır. Bireyin ihtiyaçları göz önüne alınarak yaşanan bir hayat örüntüsü içinde bakım verenlerin maddi ve manevi istek ve ihtiyaçları ertelenmekte ya da gerçekleşmemektedir. Bakım veren sıklıkla kendini ya da şizofreni tanılı bireyi içinde bulundukları durum için suçlamakta, bakım vermekte kendisini eksik hissetme, bu süreçlerde yalnızlaşma ve sosyal izolasyon gerçekleşmekte, ümitsizlik sıkça artmakta bunların neticesinde bakım verenlerin hızlı bir tükenme sürecine girişleri hızlanmaktadır.

Şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin de şizofreni hastalığının yorucu ve değişken tedavi süreci göz önüne alındığında sıklıkla tükenmişlikle yüz yüze geldiği görülmektedir. Hastalığın sürecinin uzaması, yinelenen yatışlar, damgalanma vb. sebepler hasta yakınlarının daha fazla yük altına girmesine neden olmaktadır (Gülseren vd., 2010: 208).

Hastalık birdenbire meydana geldiğinden tanı alan bireyin beraber yaşam sürdüğü ailenin sisteminin ve ilişkilerinin etkilendiği bir krizi doğurur. Fiziksel ve duygusal yaşantılar, tanı alan bireyin kaybından duyulan endişe, aile içinde bireylerin rollerinin farklılaşması ve düzenlenmesi, maddi sıkıntılar hastalığın süreciyle birlikte kendisini gösterir. Bu sebepten şizofreni, hem tanı alan bireylerin hem bakım veren aile üyelerinin etkilendiği bir ruh sağlığı bozukluğudur (Barrowclough ve Tarrier, 1992: 317-320).

Bireyin tanı alması ile başlayan süreci, hastaya primer bakımının kim tarafından verileceği arayışının sonuç vermesi takip eder. Bakım veren bireyler için bakım verme ve tükenmişliğin yaşandığı sürecin başlangıç noktası şizofreni tanısının konulmasına eşlik eden tutumlarıdır. Şizofreni tanısı alan bireylerin bazıları ve aile üyeleri için bir uzman tarafından şizofreni tanısı konulmaması tanının inkârı adına bir rahatlayış, bir tür kurtuluştur. Tanı konulan hastaların yakınları tanı alan bireyde geçmişe göre bir değişiklik olduğunun farkına varmış, yaşadıkları bu deneyimi yadsımak ya da üstünü örtmek ve dışarıya üzgün, korkmuş ya da öfkeli görünmemek adına yeterince çaba ve enerji sarf etmişlerdir. İnkâr gibi bir davranışı olmayan bireyler ise teşhisin konulması sırasında zaten yaşanan deneyimi anlamlandırabilmektedir. Buna ek olarak tanı almanın insanları sıkça tedirgin eden tarafı ise hastalığın, kişinin sosyoekonomik statüsüne, eğitim düzeyine, genel sağlık ve sağlamlık durumuna, ahlaki karakterine veya başka herhangi bir

değişkene bakmadan herhangi bir kimsenin başına gelebilme olasılığıdır (Ell, 1996:176-177).

Tel ve Ertekin Pınar'ın (2013:151) yaptığı çalışmada ruhsal hastalığa sahip bireylerin temel bakım verenlerinin tükenmişlik yaşadığı, duygusal tükenme ve kişisel başarıda düşüşler yaşadıkları, tükenmişlik arttıkça depresyonu da beraberinde getirdiği ortaya çıkmıştır. Benzer bir çalışma olarak; Güney Amerika'da ayakta tedavi gören şizofreni tanılı bireylerin birincil bakım verenlerinin tükenmişlik düzeyleri incelenmiş ve kişilik özellikleri, sosyal destek ve klinik değerler (atak döneminin tekrarlanma sıklığı, pozitif semptomların düzeyi vb.) gibi değişkenlerin bakım verenlerin tükenmişliğinin üstünde anlamlı bir etkisi olduğu saptanmıştır (Grandon vd., 2008: 335). Settineri ruhsal hastalık tanılı bireylerin bakım verenlerinin bakım veren yükünün bakımının kişilik özellikleri ve ruh hali ile doğrudan bağlantılı olduğu düşüncesinin yapılan çalışmalarla doğrulandığı aktarmıştır (Settineri vd., 2014: 31).

Ailede tükenmişlik kavramı; aile içindeki bir ferдин herhangi bir sorunla başa çıkma sürecinde bireyin ve ailedeki diğer tüm üyeleri etkilenmesini açıklar. Aile üyelerinden birinin yaşadığı travma ile onun bakım verenleri de 'ikincil travmatik strese' maruz kalırlar. İkincil travmatik strese uzun süre maruz kalan aile bireyleri ise 'ikincil travmatik stres bozukluğu' yaşamaya başlarlar ki bu durumun bir sonucu olarak duygusal tükenmişlik yaşanmaya başlanır (Göktepe, 2016:94).

Tükenmişlik bir tür stresle baş edememe durumudur (Sarıkaya, 2007: 8). McCranie ve Brandsma' nın (1988) yürüttükleri çalışmada tükenmişliğin aşırı stresin sonucunda ortaya çıktığını belirlemişlerdir (McCranie ve Brandsma, 1988 akt:Kutsal ve Bilge, 2012:285). Bakım verenlerin yaşadıkları streslerin birçoğu bakım vermenin doğasından kaynaklı olduğunu öne sürülmüştür. Bir taraftan bakım veren olmanın getirdiği görev ve sorumluluklar öte taraftan ise sosyal destek, benlik kaygısı ve sorunlarla başa çıkma becerileri arasındaki dengeyi sağlamak tükenmişliği ortaya çıkardığını belirtilmiştir (Işıksan, 2004:62). Perlmutter (1996) şizofreni hastalığının sadece tanı alan bireyi değil aynı zamanda da yakınlarını da etkilediğini, davranış, düşünce ve duygulardaki bozulmaların ailenin bütün üyeleri tarafından hissedilecek bir etkisi olduğunu, bu etkinin tanı alan bireyin hastalığının hangi aşamasında olduğuyula da ilgili olduğunu belirtmiştir. İlk psikotik atağı gözlemleyen bir ailenin şaşkınlık ve endişe düzeyi yüksek iken, yedinci kez hastane yatışı gerçekleştiren bir ailede de bezginliğin düzeyinin yüksek olduğunu, tüm bunlara ek olarak da sıklıkla utanç ve suçluluk duygusu yaşadıklarını öne sürmüştür (Perlmutter, 1996 akt: Gülseren,2002:144). Yapılan araştırmalar davranışsal sorunları olan bireylerin bakıcılarının, fiziksel sorunları olan bireylere göre daha fazla tükendiğini göstermektedir (Ducharme vd., 2015; Donaldson vd., 1998).

Şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin tükenmişliği ele alındığında bakım verenlerin şizofreni tanılı bireyin bakımı ve tedavi süreçleri için kullanmaya çalıştığı kaynakların azalımı ya da bu kaynaklara ulaşamaması bakım verenler tarafından yetersizlik hissi nedeniyle anlam tükenmişliğine sebep olmaktadır. Bu duruma ek olarak bakım vermedeki istek ve verim azalması ile kişisel tükenme yaşayabilmektedirler. Tüm

bu stresli ortam bakım verenleri destek arayışına itmektedir. Bakım veren birey, stres yönetimini ve sorunlarla başa çıkma mekanizmalarını geliştirmek adına sosyal desteğe ihtiyaç duymaktadır.

2.2. Sosyal Destek

2.2.1. Sosyal Destek Kavramı

Sosyal destek herhangi bir zor durumda olan ya da stres altındaki kişilere eş, aile ve arkadaşları gibi yakın çevresi tarafından aktarılan maddi ve manevi yardımlar bütünüdür (Hinson Langford vd., 1997:95). Haskan Avcı ve Yıldırım sosyal desteği; bireyin içinde bulunduğu ortam tarafından deneyimlediği dürüst ve empatik tepki, ilgi, güven, sevgi, saygı, takdir edilme, bilgi edinme, maddi yardım gibi kişisel, sosyal, psikolojik ve de ekonomik nitelikli her türlü yardım olarak, Beels ise hastalığın gidişatını olumlu yönde etkileyen fakat net olarak ne oldukları bilinmeyen çevresel etkenler olarak tanımlarken (Haskan Avcı ve Yıldırım, 2014:160; Beels, 1981:60), Abay Alyüz (2019: 972) ise bireyin sahip olduğu bir güç olarak açıklamıştır. Heller vd. gerçekleştirilen bir eylemin sosyal desteği içermesi için yapılan aktivitenin alıcısının tarafından bu aktivite itibar arttırıcı olarak algılanmayı ya da strese yönelik kişilerarası yardım sağlamayı içermesi gerektiğini belirtmiştir (Heller vd., 1986: 467).

Sosyal destek bireyler arasında kurulan temasta insanları, yoğun stresin negatif tesirlerinden sakınan mekizmalar şeklinde açıklanabilir. Sosyal desteğin kapsamında kişilerin problemlerinin aşılmasında destekleyici yaklaşımın yanı sıra, maddi yardım, çözüm yolları arayışı ve stresörlerin azaltılmasını hedefleyen yardım bulunmaktadır. Weiss (2000 akt: Işıkhani, 2007: 19-21) ise sosyal desteği 6 tür sosyal bileşeni açıklayarak ele almıştır:

- **Bağlılık:** Bağlılık gereksinimi duygusal yakınlık ve koruma hissi kazanan bireyden elde edilir. Bağlantı ilintisinin yetersizliği yalnızlıkla ve bireyin duygusal olarak soyutlanması ile sonuçlanabilir.
- **Sosyal Bütünlük:** Sosyal bütünlük bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre ile ilişkisi, bütün ile kendi arasındaki kurduğu bağ ile açıklanır ki bu bileşenin eksikliği de yalnızlık ve sosyal açıdan soyutlanma ile sonuçlanabilir.
- **Endişe ya da Korkudan Kurtarma:** Bu bileşen bireyin kabiliyetlerinin ve imkanlarının kabullenilmesi ile ulaşılabilir olur.
- **Beslenme Fırsatı:** Toplumda ya da yakınındaki insanların refahına yönelik alınan sorumluluklar olarak tanımlanabilir.
- **Güvenilir İşbirliği:** Bireyin içinde bulunduğu bütün koşullarda yardım alabileceği temaslardan ortaya çıkan bileşendir.

- **Rehberlik:** Bu bileşen bilirkişi raporu sunabilen, güvenilir kişilerle kurulan ilişkiler sonucunda doğar.

Ardahan (2006:68-69) sosyal desteği tanımlamaya yönelik 3 ayrı görüş olduğunu öne sürmüştür. Bu görüşlerden ilkinin sosyal desteğin ilişkide bulunan kişi sayısı olarak açıklarken, ikinci görüş ise ihtiyaç anında bireye destekte bulunabilecek kişi sayısı olarak ele alır. Bir diğer görüş ise bireyin sosyal ilişkilerinin nicelikten ziyade niteliğinin önemini vurgulayıp bireyin görüştüğü kişi sayısından daha önemlisi güven duygusunu geliştirebildiği, sırlarını anlatabildiği bireylerle kurduğu bağın sosyal desteği oluşturduğunu öne sürmüştür.

Sosyal desteği tanımlamada kullanılan yollar değişkenlik gösterse de temel çıkarım sosyal destek sistemleri aktif olan bireylerin sosyal destek sistemleri aktif olmayan bireylere göre daha sağlıklı bireyler olduğudur. Sosyal desteğin varlığının nesnel koşullarla algılanmasının aksine bireyin kişisel değerlendirilmesinden doğan şahsi bir deneyim olduğunu yani özünde kişiliğin bir işlevi olduğu yaygın bir görüştür. Sosyal destek kavramı ele alındığında bu kişisellik perspektifinden, bireyin var olan sosyal destek sistemi kadar önemli olan bir diğer kavram ise algılanan sosyal destek kavramıdır. Bu kavram var olan sosyal destek ağının, bu ağ içinde olan birey tarafından ne kadar fark edildiği ve bireye ne kadar etkisi olduğu ile ilgilidir. Bireyin içinde bulunduğu sosyal çevre ve ailesi tarafından aldığı tüm destekler sosyal destek ağı içinde yer alır. Ancak bu ağ, desteği alan birey tarafından görünmez olabilmektedir. Birey sosyal çevresinden destek alsın bile içinde bulunduğu durum şartları nedeniyle kendine kimsenin değer vermediğini, kimsenin onun sorunlarıyla ve hatta onunla ilgilenmediğini düşünebilir. Bu yüzden algılanan sosyal destek kavramı bireyin kişilik özellikleriyle ve muhakeme yeteneği ile yakından ilişkilidir. Buchanan bazı bireylerin kriz dönemlerinde olsun ya da olmasın herhangi bir çevreden destek alma ya da bu desteği arama yeteneğine sahip iken bazı bireylerinse sosyal destek sistemlerine sahip olsalar da bunu kullanma konusunda isteksiz olabildiğini neticesinde sosyal destekten yoksun kaldıklarını düşünebildiği belirtmektedir. Bu da demek olmaktadır ki sosyal desteği alan bireyin kişisel özelliklerinin ve kişiye sosyal desteğin sağlanıp sağlanmadığına dair bağlamaları açıklamak adına daha fazla bilgiye, bilinen ve bilinmeyen etmenler üstüne ölçüm sağlayacak yeni ölçeklere ihtiyaç vardır (Buchanan, 1995: 69-71). Sosyal destek literatürü, sosyal desteğin her bireyde farklılık gösterdiğini, bunun ise ‘bağıllık ve bağlanma gereksinimlerinin kişiler ve durumlar arasında değişkenlik gösterdiğin ele almaktadır (Starker, 1986: 487- 488).

Algılanan sosyal destek bireylerin kendine atfettiği genel değeri ifade eder. Öteki bireyler tarafından saygı gördüğünü, sevildiğini, anlaşıldığını, ihtiyaç duyduğunda destek alabileceğini, ilişkilerinden yeterince doyum alabileceğini bilen birey tarafından algılanan sosyal destek daha yüksektir. Algılanan sosyal destek, kişilik özelliklerine kıyasla mizaç ve tutumdan daha çok etkilenir (Ardahan, 2006:70). Eylon (2002:110-111) ihtiyaç duyulan sosyal desteğin tipinin kişi, zaman ve koşula göre değişiklik gösterdiğini, farklı olan her sosyal destek kaynağının bireye farklı bir fayda sağladığını, farklı kaynaklar aynı

desteği sağlasa bile bireyin bu duruma farklı tepkiler göstereceğini belirtmiştir. Algılanan sosyal destek, kişinin içinde bulunduğu sosyal ağın kişi için destekleyiciliğinin yeterliliği hususunda bireyin izlenimidir (Sorias, 1988 akt: Kutsal ve Bilge, 2012:286).

Hogue, insanların yaşamında önemli bir yer tutan, ihtiyaç anında bireye maddi, bilişsel ve duygusal yardım sağlayan kişilerarası ilişkilerin tümünü sosyal destek sistemleri olarak tanımlar. Bu tanımlamada maddi destek bireyin günlük sorumluluklarını gerçekleştirirken başka biri tarafından aldığı desteği; duygusal destek bireyin bir gruba ait olma, sevgi, saygı, empati, ilgi gibi gereksinimlerini; zihinsel(bilişsel) destek ise bireye yakın çevresinden ya da meslek profesyonelleri tarafından sunulan, bireyin kendini tanımasına, benlik değerini bulmasına yardım eden destekleri karşılar (Hogue, 1985 akt: Ardahan, 2006:69).

Duyan (2001) ise sosyal destek kaynaklarını formel ve informal olarak ikiye ayırmıştır. Resmi kurum ve kuruluşlar, yasal çerçevede kurulmuş sivil toplum örgütleri ve gönüllü kurumlarca sağlanan destek formel desteklerdir. Informel destek kaynakları ise yakın ilişkide bulunduğumuz bireyler ya da herhangi bir şekilde destek olmaya çalışan diğer bireyler tarafından sağlanan desteklerdir (Duyan, 2001 akt: Işıkhan,2007:19). akır ve Palabıyıklu (1997) yürüttüğü çalışmada informal destek kaynaklarının oluşturduğu destek ağının bireyin sağlığı üzerinde olumlu etkiye sahip olduğunu belirtmişlerdir (akır ve Palabıyıklu ,1997:16). House (1981 akt: Işıkhan,2007:23) ise sosyal desteğin kaynaklarını; aile ve akrabalar, arkadaşlar, komşular, sosyal evre (yöneticiler, meslektaşlar, iş arkadaşları, yardımcı elemanlar vb.), toplumsal evre (hizmet birimleri, kendi kendine yardım birimleri, dini kurumlar vb.), profesyonel meslek elemanları olarak sıralamaktadır.

Hasta bakım verenleri ise bakım verme sürecinde çoğunlukla yalnızdırlar ve destek alma konusundaki bilgileri genellikle ya yetersiz ya da bu bilgiler bakım veren tarafından uğraştırıcı bulunabilmektedir.

2.2.2 şizofreni Tanılı Bireylerin Bakım Verenlerinin Sosyal Destek Sistemleri

Hasta bakım verenlerin yaşadıkları sorunların her biri ya da bir bütün olarak hepsi bakım verenlerde tükenmişliğe sebep olabilmekte, bilhassa damgalanma ve sosyal izolasyon kaynaklı yaşadıkları sorunlar yüzünden sosyal hayatları zedelenmektedir. Tükenmişlik sendromu için her ne kadar psikolojik tedavi yolları sağlansa da bu tek başına yeterli gelmeyebilmektedir. Hasta bakım verenin bu sendromla baş etme mekanizmalarından biri de sosyal destek sistemleridir.

Bir sosyal ağın içinde olmak bireylere düzenli bir şekilde olumlu deneyim ve topluluk içinde istikrarlı ve ödüllendirilmiş rollerle birlikte bu tür bir destek birey tarafından öngörülebilirlik, öz saygı ve istikrarlılığın öğrenilmesini sağlar (Cohen ve Wills, 1985: 311).

Kronik ruhsal hastalıklara sahip bireylerin hastalıkla birlikte bilişsel süreçleri zarara uğramakta ve yeti kaybı yaşamakta, bu süreçler de onlara sosyal ve ekonomik açıdan kayıplar yaşatmaktadır. Hastalık tanılı bireyler ne aile içindeki rolleri ne de toplumsal rolleri yerine getiremedikleri için devamlı olarak aile bakımına ya da desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Bademli ve Çetinkaya Duman,2013:79). Magliano vd. (2005) şizofreni tanılı bireylerin yakınlarının fiziksel hastalıklara sahip olan bireylerin yakınlarına oranla duygusal desteğe ulaşmada daha büyük zorluk yaşadıklarını öne sürmüştür.

Bakım vermeden kaynaklı sorun yaşama ile bakım verenin aldığı ilişki güçlü olmakla beraber bakım verenler aile ve arkadaşlarına, dostluğa, yalnız olmadıklarını hissetmeye, bilgi ve eğitim, maddi, sosyal ve duygusal desteğe ihtiyaç duymaktadırlar. Bunun yanı sıra da sağlık profesyonellerinden hastalık süreci boyunca ilgi ve destek beklemekte, tedavi sürecinde yalnız olmadıklarını hissetmek istemektedirler (Dökmen, 2012:5).

Sorias 1988 ve 1992 de yürüttüğü çalışmalarda sosyal destek sistemlerinin stresin oluşumunu önleyici olabileceğini, stresin var olduğu durumlarda ise içinde bulunulan olayların algılanış şeklini değiştirebildiğini, bireyin zorluk anlarından ona yardımcı olduğunu ve başa çıkma yollarını olumlu etkilediğini belirtmiştir (Sorias akt: Ardahan, 2006:70). Işıkhani (2007:16) sosyal desteği hem yardım eden bireyin hem sosyal desteği alan bireyin üstünde olumlu etki bırakan bir mekanizma olduğunu ileri sürmüştür. Maldonado vd. yürüttüğü çalışmada ailelerin etkili bir şekilde baş etme yöntemlerini kullandığında ve sosyal destekleri arttığında daha etkili bakım sağladıklarının bilgisine ulaşmışlardır (Gutiérrez-Maldonado vd., 2007 :899). Köroğlu ve Hocaoglu'nun yürüttüğü araştırmada ise şizofreni tanılı bireylerin ve şizofreni tanılı bireye sahip olan ailelerin tedavi süresi boyunca maddi ve manevi birçok sorunla karşılaşmakta olduğu ve bu sorunları çözmek için desteklenmeye, toplum ve sağlık profesyonelleri ile de işbirliği içinde olamaya ihtiyaç duymakta oldukları sonucuna ulaşmıştır (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017:174). Işıkhani (2005:50)'ın yürüttüğü çalışmada engelli bir çocuğa sahip annelerin yaşadığı psikolojik ve duygusal sorunları aynı durumdaki diğer ailelerle paylaştıkları verisine ulaşmıştır. Bu da göstermektedir ki aileler kendileri ile aynı sorunları yaşayan ailelere karşı kendilerini daha yakın hissetmekte ve 'güvenli alan' hissi yaşayıp paylaşımlarını arttırmaktadır. Bu durum bize bireylerin kendilerini ait hissettiği noktada daha kolay bir şekilde duygusal paylaşım yaşadığına işaret etmektedir.

Husain vd. düşük sosyal desteğin daha yüksek depresyonla ilişkisi olduğunu ortaya koymuştur (Chai vd., 2018: 2). Hong Kong'da yapılan bir araştırmada; sosyal desteğin şizofreni tanılı bireylerinin bakım vericilerindeki bakım yükünü belirleyen en önemli etken olduğunu ortaya koymuştur (Chien vd., 2007: 1151).

Bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin artması ile ruh sağlığı üzerinde olumlu etkisi de artış göstermektedir (Lee vd., 2006: 549). Sosyal desteğin artışı bakım vermenin olumsuz etkilerini ve depresyon olasılığını azaltmış, bakım verenin yaşam doyumu artmış, bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek gerek sağlık durumları gerek aile ve sosyal yaşantıları üzerinde olumlu etkisi olduğu sonucuna ulaşılsa da Smerglia vd.'nin yürüttükleri çalışmada bakım verenlerin önemli bir çoğunluğunda sosyal desteğin olumlu

bir etkisi olmadığı, verilen sosyal desteğin de bakım verenlerin ihtiyaçlarını karşılayamadığını bildirmişlerdir (Smerglia vd., 2007:205). Bir başka çalışma, yapılan araştırmalara atıfta bulunarak bakım verenlerin mevcut sosyal ağları tarafından destek almadıklarında çatışmalar yaşayabildiklerini ve bu çatışmaların bakım veren üzerinde sosyal ağın yokluğundan daha zararlı olabileceğini ileri sürmüşler ve kendi çalışmalarında sosyal ağın büyüklüğünün bakım vermeye katkısının oldukça az olduğu sonucuna varmışlardır, burada önemli nokta sosyal ağ kısmının işlevselliğidir. (Chang vd., 2001: 44-58).

Chakrabarti vd. (2005) yürüttüğü çalışmada bakım verenlerin en yaygın baş etme yönteminin sağlık profesyonellerinden, aile destek sistemlerinden ya da sosyal destek sistemlerinden yardım istemek olduğunu ortaya koymuştur. Bu yönetime sığınma sebepleri ise bakım verenlerin yaşadıkları zorlu süreçlerde bu sistemlere güvenebileceklerini düşündüren mekanizmanın algılanan sosyal destek olduğu düşünülmektedir ki Lazarus ve Folkman insanların stresle başa çıkmada en çok kullandığı stratejinin sosyal destek olduğunu ileri sürmüştür (Lazarus ve Folkman 1984, akt: Chakrabarti vd., 2005: 334-335). Hindistan yapılan bir çalışmanın sonucu da bu savı destekler nitelikte olup şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin problemle karşılaştıklarında başa çıkmak mekanizmalarından en çok sosyal desteği aradıkları saptanmıştır (Aggarwal vd., 2009). Şayet bakım verenler sosyal destek sistemine ulaşamamışsa en etkisiz baş etme yöntemi olarak boyun eğici davranışlar sergilediklerini bildirmişlerdir (Magliano vd., 2002).

Dyson 'ın (1997) yılında yürüttüğü çalışmada akrabalar tarafından sağlanan sosyal desteğin engelli çocuğu olan ebeveynleri rahatlattığı, onlar tarafından kabul görmenin ebeveynler üzerinde içinde bulundukları durumu kabullenme aşamasında katkı sağladığını ortaya koymuştur. Sadece geniş ailede değil çekirdek ailede de kabul görmek ve bakım verenin desteklenmesi büyük önem arz etmektedir. Bayhan vd. yaptığı çalışmada eğitim düzeyi yükseldikçe bakım verme konusunda eşler arasında sorunlar yaşandığı bunun ise eğitim düzeyi arttıkça eşlerin birbirinden beklentilerinin artması olabileceği öne sürülmüştür. Engelli bireyin ailede kabulü için ailenin geçirdiği aşamalarda çiftler birbirini suçlayabilmekte ve yaşanan bu durumdan önce de temeli sağlam olmayan ilişkilerde aile içi sorunlarda artış artabilmektedir. Eşlerin bu sorunların üstesinden gelmesinde aile destek sistemlerinden aldıkları yardım ve destek katalizör görevi görmektedir (Dyson, 1997 akt: Baykoç Dönmez vd., 2001:40-41).

3.BÖLÜM: ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ VE BULGULARIN ANALİZİ

Araştırmamız iki ana kısımdan meydana gelmektedir. İlk kısımda şizofreni, şizofreni bakım verenleri olmak, tükenmişlik, sosyal destek konuları hakkında literatür taraması yapılırken kapsarken ikinci kısımda ise araştırmanın yöntemi bulunmaktadır.

3.1. Yöntem

Bu araştırma şizofreni temel bakım verenlerinin tükenmişlik düzeyleri ve sosyal destek ilişkileri arasındaki ilişkinin ortaya konmasını amaçladığından nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama modeli olarak kullanılmıştır. Nicel araştırma pozitivist bir sosyal bilim anlayışına dayanır, ölçütleri veri toplama öncesinde sistematik olarak üretilmiş ve standartlaştırılmış olup ele aldığı kuramlar nedensel ve tümden gelimcidir (Neuman, 2020: 295-304). Nicel araştırmada kullanılan tarama modellerinden ilişkisel tarama modeli;iki ya da daha fazla değişkenin birlikte değişimlerini varlığını ya da derecesini belirlemeyi amaçlamaktadır. Tarama yönteminin kullanıldığı araştırmalarda elde edilen ilişkiler gerçek bir neden-sonuç ilişkisi olarak yorumlanamasa da bir değişkenin koşullarının bilinmesi halinde diğer bir değişkenin durumunun kestirilmesinde yararlı olmaktadır (Karasar, 2012: 81-82).

3.2. Veri Toplama Araçları ve Tasarımı

Araştırmada veri toplama aracı olarak, şizofreni tanıılı bireylerin ve bakım verenlerin sosyo-demografik bilgilerini içeren Kişisel Bilgi Formu, şizofreni hasta temel bakım verenlerinin tükenmişlik düzeyini ölçmek amacıyla “Maslach Tükenmişlik Ölçeği”, algılanan sosyal destek düzeyini ölçmek amacıyla ise “Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği” kullanılmıştır.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Şizofreni tanıılı bireylerin yaşı, cinsiyetinin yanı sıra bakım veren bireylerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, bakım verme süresi, bakım alan bireye yakınlık derecesi, ailede aynı tanıyı alan bireyin bulunma durumu ve bakım veren bireyle bakım alan bireyin birlikte yaşama durumu hakkında bilgi toplayacak sorulardan oluşmuştur.

3.2.2. Maslach Tükenmişlik Ölçeği

Maslach Tükenmişlik Ölçeği (MTÖ), Maslach ve Jackson tarafından 1981 yılında geliştirilmiş olup ölçeğin orijinal formunda 22 madde bulunmaktadır ve bu maddeler Duygusal Tükenmişlik, Duyarsızlaşma ve Kişisel Başarı olarak üç boyutta toplanmaktadır. Duygusal Tükenmişlik boyutunda 9, Kişisel Başarı boyutunda 8 ve Duyarsızlaşma boyutunda 5 madde bulunmaktadır. Her bir alt ölçek ayrı ayrı

puanlanmaktadır. Duygusal Tükenmişlik ve Duyarsızlaşma alt ölçeklerinden yüksek puanlar ile Kişisel Başarı alt ölçeğinden alınan düşük puanlar, yüksek düzeyde tükenmişliğe işaret etmektedir. Her üç ölçekten alınan ortalama puanlar ise orta düzeyde tükenmişliği göstermektedir. Ergin (1992) tarafından Türkçe'ye çevrilen envanterde bazı değişikliklere gidilerek özgün formunda yedi dereceli olan cevap seçeneklerinin “0 hiçbir zaman”, “4 her zaman” olarak ölçeğin beş dereceli olarak düzenlenmesine karar verilmiş ve eğitici formunda da bu beş dereceli olan hali kullanılmaktadır (Kurt: 2010:46- 47).

Maslach Tükenmişlik Envanteri kronik psikiyatrik bozukluğu olan kişilerin bakım verenlerinde tükenmişliği değerlendirmede kullanılabilecek geçerli bir ölçektir. Ölçeğin ileride yapılacak çalışmalarda riskli grupların belirlenmesinde ve bu gruplara yönelik psikososyal müdahalelerin etkinliklerinin değerlendirilmesinde kullanılması önerilir (Özel Kızıl ve Yılmaz Polat, 2010).

Bu ölçeğin puanlaması ise Atar (2018)'in çalışmasında olduğu gibi hesaplanmıştır. Bu hesaplama göre;

- **Duygusal Tükenme** alt boyutu hesaplanırken; ölçekteki duygusal tükenmeyi hesaplamak adına oluşturulmuş olan 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 numaralı soruların puanları toplanmış olup; 21 puan ve altı düşük düzey, 22-30 arası orta düzey, 30 ve üzeri ise yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik olarak değerlendirilmiştir.
- **Duyarsızlaşma** alt boyutu hesaplanırken; ölçekteki duyarsızlaşma boyutu hesaplamak adına oluşturulmuş olan bulunan 5, 10, 11, 15, 22 numaralı soruların puanları toplanmış olup; 9 ve altı puan düşük düzey, 10-12 arası orta düzey ve 13 ve üstündeki değerler ise yüksek düzey olarak değerlendirilmiştir.
- **Kişisel Başarı Tükenmişliği** alt boyutu hesaplanırken ise; ölçekte bulunan 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 numaralı soruların puanları toplanmış olup; 27 ve üzeri düşük düzeyde kişisel başarı tükenmişliğini, 24-26 arası orta düzey kişisel başarı tükenmişliğini, 0-23 arası ise yüksek düzey kişisel başarı tükenmişliğini göstermektedir. Çünkü kişisel başarı puanını düşük olması kişisel başarı tükenmişliğinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir.

3.2.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Zimet ve ark.'ları tarafından 1988'de geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği 2001'de Eker ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. ASDÖ toplam 12 maddeden oluşan bir ölçektir. Her biri 4 maddeden oluşan desteğin kaynağına ilişkin 3 grubu içerir. Bunlar; aile, arkadaş ve özel bir insandır (diğer). Her madde 7 aralıklı bir ölçek kullanılarak derecelendirilmiştir. 3,4,8,11. maddeler aile desteğini; 6,7,9,12. maddeler arkadaş desteğini; 1,2,5,10. maddeler diğer desteğini gösteren maddelerdir. Bu çalışmada, her alt ölçekteki dört maddenin puanlarının toplanması ile alt ölçek puanı elde edilmiş ve bütün alt ölçek puanlarının toplanması ile de ölçeğin toplam puanı elde edilmiştir. Her alt

ölçeğin puanı 0-28 arasında; toplam puansa 0-84 arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar, 1995). Bizim çalışmamızda da benzer olarak her alt ölçeğin puanlamasında 15 ile 20 arasındaki puanlar orta seviye olarak değerlendirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Kapsamı ve Sınırlılıkları

3.3.1.Kapsam

İstanbul Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı bulunan Ümraniye Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Çekmeköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Beylerbeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Kadıköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Sancaktepe Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ayaktan hizmet almakta olan şizofreni tanısı almış bireylerin temel bakımını üstlenen yakınları oluşturmaktadır.

Araştırmaya katılan merkezlerin ve bakım verenlerin seçiminde ulaşılabilir/uygun örnekleme (Convenience Sampling) yöntemi kullanılacaktır. Araştırmaya kabul edilme kriterleri;

a) Bakım alan bireyler için;

- 18-65 yaş aralığında olması
- Klinik muayene ile en az bir senedir şizofreni tanısı olması
- Şizofreni dışında herhangi bir bakım gerektirecek hastalığının olmamasıdır

b) Hastanın Temel Bakımını sağlayan Yakınları için;

- En az bir yıldır hastanın birincil olarak bakım sorumluluğunu üstleniyor olması
- 18 yaşından büyük olması
- Profesyonel Bakım verme personeli olmaması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olması
- Bakım verenin sürekli yardımı ve bakımı gerektirecek tıbbi ya da psikiyatrik bir hastalığının bulunmaması
- Ailede bakım verenin sorumluluğunda başka bir sürekli yardım ve bakım gerektirecek tıbbi ya da psikiyatrik bir hastalığı olan birey olmamasıdır.

3.3.2.Sınırlılıklar

Bu araştırma Türkiye'de faaliyette olan on adet Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden biri olan T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin İstanbul'da bulunması ve hastanenin

bünyesinde beş adet Toplum Ruh Sağlığı Merkezi bulunması nedeniyle İstanbul seçilmiş olup çalışmadan elde edilen sonuçların genellenebilir olmaması sınırlılıklardan biridir.

2020 yılı ile ülkemizde aktif görülmeye başlayan Covid-19 pandemisi ile birlikte uzayan ilaç raporları ve kısmi kapanmalar ile evde geçirilen sürenin artması adına süreçler nedeniyle hastaların ve hasta yakınların toplum ruh sağlığı merkezlerine gelişi azalması bundan dolayı çalışmaya katılıma yaptığı etkisi bir diğer sınırlılığı göstermektedir.

Çalışmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayanması ve hasta yakınlarının okur yazarlık oranların düşük oluşu, çalışmaya katılım sayısını negatif yönde etkilemiştir. Gerek psikiyatri gerekse psikiyatrik sosyal hizmet alanındaki Türkçe literatürün az oluşu çalışmamızın sınırlılıklarından biridir.

Elde edilen bilgilerin toplanması için kullanılan iki adet ölçek ve bir adet sosyo-demografik form ile bulduğumuz değişkenler sınırlı olup sonuçlara etki edilebilecek diğer değişkenlerin durumunun incelenmemesi ve araştırma için verilen süre ile maddi olanakların kısıtlılığı da çalışmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.4. Veri toplama Süreci

Araştırmamız T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesine bağlı beş Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Nisan – Eylül 2021 tarihleri arasından İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü ve Başhekim onay süreçleri sonrasında hastaneye bağlı bulunan; Beylerbeyi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Ümraniye Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Çekmeköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi, Kadıköy Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Sancaktepe Toplum Ruh Sağlığı Merkez yöneticileri, hekimleri ve personelleriyle tarafımda görüşülerek çalışma hakkında bilgi verilmiş ve veri toplamak adına kullanılan formlar kurumlara bırakılarak, verilen süre bitiminde tarafımızca merkez ekipleri ile iletişime girilerek elden anketler elden teslim alınmıştır. Veri toplama süreci Mayıs 2021- Eylül 2021 ayları arasında tamamlanmış olup toplamda 200 şizofreni tanıli bireyin bakım verenine ulaşılmıştır.

Araştırma kapsamında toplanan verilerin analizi için SPSS 25.0 programı kullanılmıştır. Veri analizlerinin ilk aşamasında ölçeklere güvenirlik analizi ile normal dağılımın belirlenmesi için One Sample Kolmogorov-Smirnov analizi uygulanmıştır.

3.5.1. Bulgular

Tablo 1: Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarına İlişkin Güvenirlik ve One Sample Kolmogorov-Smirnov (K-S) Normallik Analizi

Ölçek	Alt boyut	Cronbach's Alpha (α)	K-S (p)
Algılanan Sosyal Destek Ölçeği	Aile	,910	,000
	Özel bir insan	,941	,000
	Arkadaş	,947	,007
	Toplam puan	,924	,000
Maslach Tükenmişlik Ölçeği	Duygusal tükenme	,924	,000
	Duyarsızlaşma	,605	,000
	Kişisel başarı	,799	,000

Tablo incelendiğinde, araştırmaya kapsamında kullanılan Algılanan Sosyal Destek Ölçeği aile, özel bir insan, arkadaş ve toplam puanının yüksek düzeyde güvenilir olduğu ($\alpha>,80$), Maslach Tükenmişlik Ölçeği duygusal tükenme alt boyutunun yüksek düzeyde güvenilir olduğu ($\alpha>,80$), duyarsızlaşma ve kişisel başarı alt boyutlarının ise orta düzeyde ($\alpha>,80$) olduğu görülmektedir. Araştırma kapsamında kullanılan her iki ölçeğin verilerinin normal dağılıma uygun olmadığı ($p<0,05$) görülmektedir. Veriler normal dağılıma uygun olmadığından dolayı non-parametrik analizler kullanılmıştır.

Ölçek puanlarının araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet, medeni durum, ailesinde veya yakınında şizofreni tanısı olan başkası bulunması, bakım yaptığı kişi ile birlikte yaşama durumu ve bakım yaptığı kişinin cinsiyetine göre karşılaştırılmasında Mann Whitney U analizi kullanılırken, yaş grupları, eğitim durumları, bakım yaptığı bireye bakım süreleri, bakım yaptığı kişiye yakınlık derecesi ve bakım yaptığı kişinin yaş grubu değişkenlerine göre karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H analizi kullanılmıştır. Ölçek puanlarının arasındaki ilişkinin incelenmesinde ise Spearman Korelasyon analizi kullanılmıştır.

Tablo 2. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının ve Bakım Verdikleri Şizofreni Tanılı Bireylerin Demografik Bilgilerine İlişkin Frekans ve Yüzdelik Dağılımlar

Değişken	Alt değişken	f	%
Cinsiyet	Kadın	103	51,5
	Erkek	97	48,5
Yaş grubu	20-29 yaş	29	14,5
	30-39 yaş	40	20,0
	40-49 yaş	48	24,0
	50-59 yaş	48	24,0
	59+ yaş	35	17,5
Medeni durumu	Evli	144	72,0
	Bekar	56	28,0
Eğitim durumu	İlkokul	109	54,5
	Ortaokul	28	14,0
	Lise	37	18,5
	Üniversite	26	13,0
Bakım yaptığı bireye bakım süresi	1-5 yıl	43	21,5
	6-10 yıl	60	30,0
	11-15	34	17,0
	16-20 yıl	20	10,0
	20+ yıl	43	21,5
Yakınızda başka şizofreni tanısı olan var mı	Evet	67	33,5
	Hayır	133	66,5
Bakım yaptığı kişiye yakınlık derecesi	Eş	42	21,0
	Anne-Baba	87	43,5
	Kardeş	46	23,0
	Diğer	25	12,5
Bakım yaptığı kişi ile birlikte yaşama durumu	Evet	162	81,0
	Hayır	38	19,0
Bakım yaptığı kişinin yaş grubu	17-26 yaş	25	12,5
	27-36 yaş	66	33,0
	37-46 yaş	46	23,0
	47-56 yaş	39	19,5
	56+ yaş	24	12,0
Bakım yaptığı kişinin cinsiyeti	Kadın	79	39,5
	Erkek	121	60,5

Araştırmaya katılanların %51,5'i kadın, %48,5'i erkek, %14,5'i 20-29 yaş grubunda, %20'si 30-39 yaş grubunda, %24'ü 40-49 yaş grubunda, %24'ü 50-59 yaş grubunda, %17,5'i 59+ yaş grubunda, %72'si evli, %28'i bekar, %54,5'i ilkokul mezunu, %14'ü ortaokul mezunu, %18,5'i lise mezunu, %13'ü üniversite mezunu, %21,5'i bakım yaptığı bireye 1-5 yıldır bakım yaparken, %30'u 6-10 yıldır bakım yapmakta, %17'si 11-15 yıldır bakım yapmakta, %10'u 16-20 yıldır bakım yapmakta, %21,5'i 20+ yıldır bakım yapmaktadır. Araştırmaya katılanların %33,5'inin yakınında başka şizofreni tanısı olan varken, %66,5'inin yakınında şizofreni tanısı olan yoktur. Katılımcıların %21'inin bakım yaptığı kişi eşi, %43,5'inin anne-babası, %23'ünün kardeşi, %12,5'inin diğer yakınıdır ve katılımcıların %81'i bakım yaptığı kişiyle birlikte yaşamaktadır. Araştırmaya katılanların

%12,5'inin bakım yaptığı kişinin yaşı 17-26, %33'ünün 27-36, %23'ünün 37-46, %19,5'inin 47-56, %12'sinin 56+ yaştır ve bakım yaptıkları bireylerin %39,5'i kadın, %60,5'i erkektir.



3.5.1.1. Araştırmanın Algılanan Sosyal Destek Ölçeğine Dair Bulguları

Tablo 3. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Alt boyut	X	SS
Aile	20,32	7,571
Özel bir insan	15,19	8,553
Arkadaş	16,30	8,953
Toplam puan	51,81	20,293

Her alt ölçeğin puanı 0-28 arasında; toplam puansa 0-84 arasında değişmektedir. Elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir. Araştırmamızda da her alt ölçeğin puanlamasında 15 ile 20 arasındaki puanlar orta seviye olarak değerlendirilmiştir. Tablo incelendiğinde, araştırmaya katılanların aile, özel bir insan ve arkadaş sosyal destek algısının orta düzeyde olduğu görülmektedir.

Tablo 4. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Cinsiyet	N	X	SS	U	p
Aile	Kadın	103	19,75	7,42	4464,0	,190
	Erkek	97	20,93	7,73		
Özel bir insan	Kadın	103	14,66	8,43	4606,5	,339
	Erkek	97	15,75	8,69		
Arkadaş	Kadın	103	15,64	9,18	4539,0	,261
	Erkek	97	17,00	8,70		
Toplam puan	Kadın	103	50,05	19,37	4470,5	,199
	Erkek	97	53,68	21,18		

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet değişkeni açısından ailelerine, özel bir insana, arkadaşlarına yönelik algıladıkları ve toplam algıladıkları sosyal destek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 5. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Yaş grubu	N	X	SS	χ^2	p
Aile	20-29 yaş	29	20,86	6,88	4,4	,360
	30-39 yaş	40	19,48	7,59		
	40-49 yaş	48	19,46	7,83		
	50-59 yaş	48	20,29	7,42		
	59+ yaş	35	22,06	8,03		
Özel bir insan	20-29 yaş	29	17,48	8,68	3,0	,556
	30-39 yaş	40	15,60	8,36		
	40-49 yaş	48	14,54	8,55		
	50-59 yaş	48	14,58	8,44		
	59+ yaş	35	14,54	8,97		
Arkadaş	20-29 yaş	29	18,79	8,70	5,7	,223
	30-39 yaş	40	17,50	9,14		
	40-49 yaş	48	14,31	8,82		
	50-59 yaş	48	16,65	8,41		
	59+ yaş	35	15,11	9,58		
Toplam puan	20-29 yaş	29	57,14	19,46	4,0	,404
	30-39 yaş	40	52,58	21,18		
	40-49 yaş	48	48,31	19,67		
	50-59 yaş	48	51,52	19,57		
	59+ yaş	35	51,71	21,85		

Araştırmaya katılan bireylerin yaş grubu değişkeni açısından ailelerine, özel bir insana, arkadaşlarına yönelik algıladıkları ve toplam algıladıkları sosyal destek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 6. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Medeni durum	N	X	SS	U	p
Aile	Evli	144	20,73	7,50	3529,5	,168
	Bekar	56	19,27	7,71		
Özel bir insan	Evli	144	14,60	8,56	3448,5	,111
	Bekar	56	16,70	8,42		
Arkadaş	Evli	144	15,29	8,95	3105,5	,011
	Bekar	56	18,89	8,50		
Toplam puan	Evli	144	50,63	20,26	3484,5	,136
	Bekar	56	54,86	20,24		

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durum değişkeni açısından ailelerine, özel bir insana yönelik algıladıkları ve toplam algıladıkları sosyal destek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), arkadaş sosyal desteğinde ise evli olan katılımcıların algılarının bekar olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 7. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Eğitim durumu	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
Aile	İlkokul	109	20,54	7,48	0,3	,968	-
	Ortaokul	28	19,07	9,50			
	Lise	37	20,57	7,30			
	Üniversite	26	20,38	6,21			
Özel bir insan	İlkokul	109	14,43	8,48	5,9	,119	-
	Ortaokul	28	13,96	8,91			
	Lise	37	16,03	9,32			
	Üniversite	26	18,50	6,64			
Arkadaş	İlkokul	109	14,69	8,74	10,9	,012	1<4
	Ortaokul	28	18,07	9,49			
	Lise	37	16,35	9,55			
	Üniversite	26	21,08	6,43			
Toplam puan	İlkokul	109	49,66	19,54	6,1	,105	-
	Ortaokul	28	51,11	23,46			
	Lise	37	52,95	21,87			
	Üniversite	26	59,96	15,93			

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumu değişkeni açısından ailelerine, özel bir insana yönelik algıladıkları ve toplam algıladıkları sosyal destek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), yapılan post hoc Mann Whitney U test sonucuna göre arkadaş sosyal desteğinde üniversite mezunu olan katılımcıların algılarının ilkokul mezunu olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 8. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verme Sürelerine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Bakım verme	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
Aile	1-5 yıl	43	18,63	8,01	11,9	,018	1<4, 1<5, 2<4, 2<5, 3<4
	6-10 yıl	60	19,52	7,23			
	11-15	34	19,35	8,36			
	16-20 yıl	20	23,60	6,65			
	20+ yıl	43	22,37	6,71			
Özel bir insan	1-5 yıl	43	16,53	8,36	2,9	,571	-
	6-10 yıl	60	14,15	8,14			
	11-15	34	14,88	8,08			
	16-20 yıl	20	16,90	9,27			
	20+ yıl	43	14,74	9,41			
Arkadaş	1-5 yıl	43	18,33	9,24	5,4	,250	-
	6-10 yıl	60	15,20	8,42			
	11-15	34	16,12	8,30			
	16-20 yıl	20	18,50	9,19			
	20+ yıl	43	14,93	9,62			
Toplam puan	1-5 yıl	43	53,49	21,68	4,5	,342	-
	6-10 yıl	60	48,87	19,65			
	11-15	34	50,35	19,46			
	16-20 yıl	20	59,00	21,69			
	20+ yıl	43	52,05	19,67			

Araştırmaya katılan bireylerin bakım yaptıkları bireylere bakım süresi değişkeni açısından özel bir insana, arkadaşlarına yönelik algıladıkları ve toplam algıladıkları sosyal destek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), yapılan post hoc Mann Whitney U test sonucuna göre aile sosyal desteğinde 16-20 yıl ve 20+ yıldır bakım veren katılımcıların algılarının 1-5 yıl ve 6-10 yıldır bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$), ayrıca 16-20 yıldır bakım veren katılımcıların algılarının 11-15 yıldır bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 9. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Hasta Dışında Ailesinde Ya Da Yakınında Şizofreni Tanısı Olan Başka Birisi Olma Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Başka tanısı olan	N	X	SS	U	p
Aile	Evet	67	20,10	8,02	4445,0	,978
	Hayır	133	20,43	7,36		
Özel bir insan	Evet	67	17,00	8,33	3635,0	,033
	Hayır	133	14,28	8,55		
Arkadaş	Evet	67	16,81	9,15	4197,5	,501
	Hayır	133	16,05	8,88		
Toplam puan	Evet	67	53,91	21,70	4010,5	,249
	Hayır	133	50,75	19,55		

Araştırmaya katılan bireylerin ailesinde ya da yakınında şizofreni tanısı olan başkası bulunması değişkeni açısından ailelerine, arkadaşlarına yönelik algıladıkları ve toplam algıladıkları sosyal destek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), özel bir insan sosyal desteğinde ise ailesinde veya yakınında şizofreni tanısı olan başkası bulunan katılımcıların algılarının ailesinde veya yakınında şizofreni tanısı bulunmayanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 10. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireye Yakınlık Derecesine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Yakınlık derecesi	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
Aile	Eş	42	20,33	7,46	1,2	,753	
	Anne-Baba	87	21,02	7,12			
	Kardeş	46	20,15	7,67			
	Diğer	25	18,16	9,03			
Özel bir insan	Eş	42	12,69	8,58	7,1	,067	
	Anne-Baba	87	15,01	8,19			
	Kardeş	46	17,50	8,09			
	Diğer	25	15,76	9,82			
Arkadaş	Eş	42	12,93	8,29	9,6	,022	1<2, 1<3, 1<4
	Anne-Baba	87	16,44	8,75			
	Kardeş	46	18,22	8,92			
	Diğer	25	17,96	9,70			
Toplam puan	Eş	42	45,95	17,81	6,1	,107	
	Anne-Baba	87	52,47	19,83			
	Kardeş	46	55,87	19,91			
	Diğer	25	51,88	25,06			

Araştırmaya katılan bireylerin bakım yaptıkları bireye yakınlık derecesi değişkeni açısından aile, özel bir insana yönelik algıladıkları ve toplam algıladıkları sosyal destek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), yapılan post hoc Mann Whitney U test sonucuna göre arkadaş sosyal desteğinde anne-babası, kardeşi ve diğer bireylere bakım veren katılımcıların algılarının eşine bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 11. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdikleri Bireylerle Birlikte Yaşama Durumuna Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Birlikte yaşama durumu	N	X	SS	U	p
Aile	Evet	162	20,24	7,63	2972,0	,739
	Hayır	38	20,66	7,41		
Özel bir insan	Evet	162	14,55	8,52	2385,5	,030
	Hayır	38	17,92	8,24		
Arkadaş	Evet	162	15,20	8,83	1889,5	,000
	Hayır	38	21,00	8,00		
Toplam puan	Evet	162	49,99	20,04	2172,5	,005
	Hayır	38	59,58	19,78		

Araştırmaya katılan bireylerin bakım yaptığı birey ile birlikte yaşama durumu değişkeni açısından ailelerine yönelik algıladıkları sosyal destek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), özel bir insana, arkadaşlarına yönelik algıladıkları ve toplam algıladıkları sosyal destek algısında ise bakım verdiği birey ile birlikte yaşamayan katılımcıların algılarının bakım yaptığı birey ile birlikte yaşayanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 12. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireyin Yaş Gruplarına Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Yaş grubu	N	X	SS	χ^2	p
Aile	17-26 yaş	25	17,64	7,15	8,7	,070
	27-36 yaş	66	19,88	7,77		
	37-46 yaş	46	22,28	6,61		
	47-56 yaş	39	20,23	8,05		
	56+ yaş	24	20,71	7,94		
Özel bir insan	17-26 yaş	25	14,88	8,49	1,4	,838
	27-36 yaş	66	14,32	8,22		
	37-46 yaş	46	15,22	8,87		
	47-56 yaş	39	16,13	8,58		
	56+ yaş	24	16,33	9,28		
Arkadaş	17-26 yaş	25	16,64	8,50	2,8	,585
	27-36 yaş	66	14,95	8,85		
	37-46 yaş	46	17,22	9,23		
	47-56 yaş	39	17,51	9,25		
	56+ yaş	24	15,92	8,92		
Toplam puan	17-26 yaş	25	49,16	21,83	2,8	,589
	27-36 yaş	66	49,15	19,38		
	37-46 yaş	46	54,72	20,69		
	47-56 yaş	39	53,87	20,28		
	56+ yaş	24	52,96	20,85		

Araştırmaya katılan bireylerin bakım yaptığı bireyin yaş grubu değişkeni açısından ailelerine, özel bir insana, arkadaşlarına yönelik algıladıkları ve toplam algıladıkları sosyal destek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 13. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireyin Cinsiyetine Göre Algılanan Sosyal Destek Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Cinsiyet	N	X	SS	U	p
Aile	Kadın	79	20,52	6,98	4758,5	,958
	Erkek	121	20,19	7,96		
Özel bir insan	Kadın	79	16,13	8,50	4290,5	,219
	Erkek	121	14,58	8,57		
Arkadaş	Kadın	79	15,87	8,87	4525,5	,523
	Erkek	121	16,58	9,03		
Toplam puan	Kadın	79	52,52	19,64	4610,0	,672
	Erkek	121	51,35	20,77		

Araştırmaya katılan bireylerin bakım yaptığı bireyin cinsiyet değişkeni açısından ailelerine, özel bir insana, arkadaşlarına yönelik algıladıkları ve toplam algıladıkları sosyal destek algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

3.5.1.2. Araştırmanın Maslach Tükenmişlik Ölçeğine Dair Bulguları

Tablo 14. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarına İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler

Alt boyut	X	SS
Duygusal tükenme	19,45	10,660
Duyarsızlaşma	4,76	3,778
Kişisel başarı	19,96	6,760

Duygusal Tükenme alt boyutu hesaplanırken; 21 puan ve altı düşük düzey, 22-30 arası orta düzey, 30 ve üzeri ise yüksek düzeyde duygusal tükenmişlik olarak, duyarsızlaşma alt boyutu hesaplanırken; 10-12 arası orta düzey ve 13 ve üstündeki değerler ise yüksek düzey olarak değerlendirilmiştir. Kişisel Başarı Tükenmişliği alt boyutu hesaplanırken ise; 27 ve üzeri düşük düzeyde kişisel başarı tükenmişliğini, 24-26 arası orta düzey kişisel başarı tükenmişliğini, 0-23 arası ise yüksek düzey kişisel başarı tükenmişliğini göstermektedir. Çünkü kişisel başarı puanını düşük olması kişisel başarı tükenmişliğinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir. Tablo incelendiğinde, araştırmaya katılanların algıladıkları duygusal tükenme ve duyarsızlaşma tükenmişlik düzeylerinin düşük, kişisel başarı tükenmişlik düzeylerinin ise yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 15. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Cinsiyetlerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Cinsiyet	N	X	SS	U	p
Duygusal tükenme	Kadın	103	20,69	10,65	4290,0	,084
	Erkek	97	18,13	10,57		
Duyarsızlaşma	Kadın	103	4,91	3,90	4838,0	,699
	Erkek	97	4,61	3,66		
Kişisel başarı	Kadın	103	19,82	6,02	4808,0	,646
	Erkek	97	20,10	7,50		

Araştırmaya katılan bireylerin cinsiyet değişkeni açısından algıladıkları duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişlik düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 16. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Yaş grubu	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
Duygusal tükenme	20-29 yaş	29	14,45	9,24	13,3	,010	1<3, 1<4, 4>5
	30-39 yaş	40	18,70	10,91			
	40-49 yaş	48	20,67	10,98			
	50-59 yaş	48	22,79	10,99			
	59+ yaş	35	18,20	9,14			
Duyarsızlaşma	20-29 yaş	29	3,55	3,16	6,3	,177	-
	30-39 yaş	40	4,83	4,37			
	40-49 yaş	48	5,33	4,19			
	50-59 yaş	48	5,44	3,64			
	59+ yaş	35	4,00	2,80			
Kişisel başarı	20-29 yaş	29	21,07	6,45	7,9	,094	-
	30-39 yaş	40	19,05	6,50			
	40-49 yaş	48	18,79	7,42			
	50-59 yaş	48	19,40	7,01			
	59+ yaş	35	22,43	5,50			

Araştırmaya katılan bireylerin yaş grubu değişkeni açısından duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişlik algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), yapılan post hoc Mann Whitney U test sonucuna göre duygusal tükenmede 40-49 yaş ile 50-59 yaş grubundaki katılımcıların algılarının 20-29 yaş grubundakiler anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$), ayrıca 50-59 yaş grubundaki katılımcıların algılarının 59+ yaş grubundakiler anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 17. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Medeni durum	N	X	SS	U	p
Duygusal tükenme	Evli	144	20,03	10,69	3562,5	,201
	Bekar	56	17,96	10,52		
Duyarsızlaşma	Evli	144	5,02	3,81	3453,5	,114
	Bekar	56	4,11	3,66		
Kişisel başarı	Evli	144	19,51	6,71	3389,0	,080
	Bekar	56	21,11	6,80		

Araştırmaya katılan bireylerin medeni durum değişkeni açısından algıladıkları duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişlik düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 18. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Eğitim Durumlarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Eğitim durumu	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
Duygusal tükenme	İlkokul	109	20,61	10,51	7,8	,051	-
	Ortaokul	28	19,14	11,61			
	Lise	37	19,97	10,28			
	Üniversite	26	14,19	9,72			
Duyarsızlaşma	İlkokul	109	4,81	3,54	8,7	,034	1>4, 2>4, 3>4
	Ortaokul	28	5,79	4,11			
	Lise	37	5,11	4,18			
	Üniversite	26	3,00	3,39			
Kişisel başarı	İlkokul	109	19,93	6,49	6,0	,111	-
	Ortaokul	28	17,71	6,72			
	Lise	37	20,16	7,46			
	Üniversite	26	22,19	6,48			

Araştırmaya katılan bireylerin eğitim durumu değişkeni açısından duygusal tükenmişlik ve kişisel başarı tükenmişlik algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), yapılan post hoc Mann Whitney U test sonucuna göre duyarsızlaşmada ilkökul, ortaokul ve lise mezunu katılımcıların algılarının üniversite mezunu olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 19. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verme Sürelerine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Bakım verme süresi	N	X	SS	χ^2	p
Duygusal tükenme	1-5 yıl	43	17,91	10,85	5,0	,287
	6-10 yıl	60	19,98	10,42		
	11-15	34	22,59	9,71		
	16-20 yıl	20	19,10	11,80		
	20+ yıl	43	17,93	10,86		
Duyarsızlaşma	1-5 yıl	43	4,33	4,26	4,1	,394
	6-10 yıl	60	5,03	3,67		
	11-15	34	5,56	3,97		
	16-20 yıl	20	5,05	4,07		
	20+ yıl	43	4,07	3,05		
Kişisel başarı	1-5 yıl	43	17,47	8,10	7,5	,113
	6-10 yıl	60	20,15	6,24		
	11-15	34	21,24	5,79		
	16-20 yıl	20	21,80	6,04		
	20+ yıl	43	20,30	6,63		

Araştırmaya katılan bireylerin bakım verdikleri bireye bakım süresi değişkeni açısından algıladıkları duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişlik düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 20. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Hasta Dışında Ailesinde Ya Da Yakınında Şizofreni Tanısı Olan Başka Birisi Olma Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Başka tanısı olan	N	X	SS	U	p
Duygusal tükenme	Evet	67	20,24	10,57	4199,0	,506
	Hayır	133	19,05	10,73		
Duyarsızlaşma	Evet	67	5,04	3,89	4167,5	,454
	Hayır	133	4,62	3,73		
Kişisel başarı	Evet	67	21,25	6,86	3641,0	,035
	Hayır	133	19,30	6,64		

Araştırmaya katılan ailesinde veya yakınında başka şizofreni tanısı olması durumu değişkeni açısından duygusal tükenmişlik ve duyarsızlaşma algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), kişisel başarı tükenmişlik algısında ise ailesinde veya yakınında başka şizofreni tanısı olmayan katılımcıların algılarının ailesinde veya yakınında başka şizofreni tanısı olanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 21. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdikleri Bireylerle Birlikte Yaşama Durumuna Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Birlikte yaşama durumu	N	X	SS	U	p
Duygusal tükenme	Evet	162	20,44	10,59	2180,5	,005
	Hayır	38	15,24	10,05		
Duyarsızlaşma	Evet	162	4,92	3,72	2609,0	,142
	Hayır	38	4,11	4,00		
Kişisel başarı	Evet	162	20,06	6,68	2968,0	,732
	Hayır	38	19,50	7,17		

Araştırmaya katılan bakım yaptığı birey ile birlikte yaşama durumu değişkeni açısından duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişlik algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), duygusal tükenmişlik algısında ise bakım yaptığı birey ile birlikte yaşayan katılımcıların algılarının bakım yaptığı birey ile birlikte yaşamayanlardan anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 22. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireye Yakınlık Derecesine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Yakınlık derecesi	N	X	SS	χ^2	p	Gruplar arası fark
Duygusal tükenme	Eş	42	20,69	9,92	8,0	,046	1>4, 2>4
	Anne-Baba	87	21,02	10,49			
	Kardeş	46	17,72	10,77			
	Diğer	25	15,08	11,19			
Duyarsızlaşma	Eş	42	5,26	3,84	3,1	,382	
	Anne-Baba	87	4,90	3,55			
	Kardeş	46	4,26	3,46			
	Diğer	25	4,40	4,95			
Kişisel başarı	Eş	42	19,43	6,35	0,7	,880	
	Anne-Baba	87	20,55	6,08			
	Kardeş	46	19,33	7,46			
	Diğer	25	19,92	8,39			

Araştırmaya katılan bireylerin bakım verdiği bireye yakınlık derecesi değişkeni açısından duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişlik algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), yapılan post hoc Mann Whitney U test sonucuna göre duygusal tükenmişlikte eşine ve anne-babasına bakım veren katılımcıların algılarının diğer bireylere bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 23. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireyin Yaş Gruplarına Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Yaş grubu	N	X	SS	x ²	p	Gruplar arası fark
Duygusal tükenme	17-26 yaş	25	24,00	6,87	14,7	,005	1>3,
	27-36 yaş	66	21,89	10,80			1>4,
	37-46 yaş	46	16,33	10,23			1>5,
	47-56 yaş	39	17,18	11,50			2>3,
	56+ yaş	24	17,67	10,49			2>4
Duyarsızlaşma	17-26 yaş	25	5,44	3,24	4,9	,302	-
	27-36 yaş	66	5,15	3,86			
	37-46 yaş	46	4,61	3,95			
	47-56 yaş	39	3,97	4,04			
	56+ yaş	24	4,58	3,30			
Kişisel başarı	17-26 yaş	25	17,16	4,88	7,2	,128	-
	27-36 yaş	66	20,45	6,90			
	37-46 yaş	46	21,09	6,95			
	47-56 yaş	39	19,69	7,64			
	56+ yaş	24	19,75	5,76			

Araştırmaya katılan bireylerin bakım verdiği bireyi yaş grubu değişkeni açısından duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişlik algısının istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı ($p>0,05$), yapılan post hoc Mann Whitney U test sonucuna göre duygusal tükenmişlikte 17-26 yaş ile 27-36 yaş grubundaki bireylere bakım veren katılımcıların algılarının 37-46 yaş ile 47-56 yaş grubundaki bireylere bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$), ayrıca 17-26 yaş grubundaki bireylere bakım veren katılımcıların algılarının 56+ yaş grubundaki bireylere bakım verenlerden anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ($p<0,05$) görülmektedir.

Tablo 24. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Bakım Verdiği Bireyin Cinsiyetine Göre Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Alt boyut	Cinsiyet	N	X	SS	U	p
Duygusal tükenme	Kadın	79	18,70	10,20	4409,5	,355
	Erkek	121	19,94	10,97		
Duyarsızlaşma	Kadın	79	4,44	3,75	4390,5	,329
	Erkek	121	4,98	3,80		
Kişisel başarı	Kadın	79	19,85	6,61	4751,5	,944
	Erkek	121	20,02	6,88		

Araştırmaya katılan bireylerin bakım verdikleri bireyin cinsiyet değişkeni açısından algıladıkları duygusal tükenmişlik, duyarsızlaşma ve kişisel başarı tükenmişlik düzeyinin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

3.5.1.3. Araştırmanın Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin ve Maslach Tükenmişlik Ölçeğinin İlişkisine Dair Bulguları

Tablo 25. Şizofreni Tanılı Bireylerin Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Maslach Tükenmişlik Ölçeği Puanlarının Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Duygusal tükenme	Duyarsızlaşma	Kişisel başarı	Aile	Özel bir insan	Arkadaş	Algılanan sosyal destek toplam
Duygusal tükenme	r	-						
	p							
Duyarsızlaşma	r	,644**	-					
	p	,000						
Kişisel başarı	r	-,447**	-,408**	-				
	p	,000	,000					
Aile	r	-,434**	-,375**	,406**	-			
	p	,000	,000	,000				
Özel bir insan	r	-,267**	-,308**	,201**	,424**	-		
	p	,000	,000	,004	,000			
Arkadaş	r	-,290**	-,256**	,150*	,340**	,642**	-	
	p	,000	,000	,034	,000	,000		
Algılanan sosyal destek toplam	r	-,372**	-,362**	,281**	,655**	,874**	,845**	-
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

**p<0,01; *p<0,05; Kişisel başarı ile pozitif ilişki negatif, negatif ilişki pozitif olarak yorumlanmaktadır.

Araştırmaya katılan bireylerin ailelerine yönelik sosyal destek algıları ile duygusal tükenmişlik ($r=-,434$; $p<0,01$), duyarsızlaşma ($r=-,375$; $p<0,01$) ve kişisel başarı tükenmişlik ($r=,406$; $p<0,01$) arasında negatif ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin özel bir insana yönelik sosyal destek algıları ile duygusal tükenmişlik ($r=-,267$; $p<0,01$), duyarsızlaşma ($r=-,308$; $p<0,01$) ve kişisel başarı tükenmişlik ($r=,201$; $p<0,01$) arasında negatif ve düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin arkadaşlarına yönelik sosyal destek algıları ile duygusal tükenmişlik ($r=-,290$; $p<0,01$), duyarsızlaşma ($r=-,256$; $p<0,01$) ve kişisel başarı tükenmişlik ($r=,150$; $p<0,05$) arasında negatif ve düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir. Araştırmaya katılan bireylerin toplam sosyal destek algıları ile duygusal tükenmişlik ($r=-,372$; $p<0,01$) ve duyarsızlaşma ($r=-,362$; $p<0,01$) tükenmişlik algıları arasında negatif ve orta düzeyde anlamlı ilişki olduğu, toplam sosyal destek algıları ile kişisel başarı tükenmişlik ($r=,281$; $p<0,01$) arasında negatif ve düşük düzeyde anlamlı ilişki olduğu görülmektedir.

3.5.2. Araştırma Bulgularının Yorumlanması

3.5.2.1. Sosyo-demografik Koşullara Göre Bulguların Yorumlanması

Çalışmamızda şizofreni tanısı olup bakım almakta olan bireylerin %60,5'i erkek olarak görülmektedir. Literatürde erkek hastaların sayısının fazla olduğu çalışmalar sıklıkla görülmektedir (Yazıcı vd., 2016; Cunkuş, 2016; Gündoğan, 2019). Danış'ın (2019) çalışmasında bakım alan bireylerin yoğunlukta olduğu yaş aralığı %43,9 ile 26-40 yaş aralığında, Rafiyah vd. (2011) yürüttüğü çalışmada ise %46,6 yüzdelik dilimle 25-34 yaş aralığında oldukları saptanmış ve bu oranlara benzer olarak bizim sonuçlarımızda da bakım alan bireylerin çoğunluk oluşturduğu %33'lük bir dilimi 27-36 yaş aralığındadır.

Literatürde bakım verenlerin Yaş ortalamaları Arslantaş vd. (2009) yürüttüğü çalışmada 54.6, Rüzgar (2021) ise bakım verenlerin yaş ortalamasını 49.8 olarak bulmuş ve Zaybak vd. (2012) ise bakım veren bireylerin %35'inin 38-47 yaş grubunda olduğunu saptamıştır. Çalışmamızda benzer sonuçlar elde edilip bakım verenlerin yaş aralığı iki farklı dilimde ağırlık gösterdiğini bunların yüzdelik diliminin %24 olarak eşit bir şekilde; 40-49 arası ve 50-59 arası olduğu bulgularımızda mevcuttur. Şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda bakım veren bireylerin medeni durumunun; Lowyck ve diğerlerinin (2004) yaptığı çalışmada %70'inin, Ceylan ve Çilli (2015) tarafından yürütülen çalışmada %69,6'sı ve Hancı vd. (2018) yürüttüğü çalışmada ise %85,5'i evli olduğu görülmektedir. Araştırmamızda da bakım verenlerin %72'lik bir diliminin medeni durumunun evli olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin eğitim düzeyleri incelendiğinde en fazla oranın ilkokul mezunu olduğu görülmektedir (Rüzgar, 2021; Karaağaç, 2016; Temel, 2019; Ak, Yavuz vd., 2012). Araştırmamıza katılan bakım veren bireylerin %54,5'i ilkokul mezunu, %14'ü ortaokul, %18,5'i lise mezunu, %13'ü ise üniversite mezunudur. Bizim çalışmamızın yapıldığı sahalar genellikle düşük sosyoekonomik koşullara sahip alanlar olduğu için mevcut bulgularda eğitim düzeyinin düşük olması beklenen sonuçlardandı.

Çalışmamızda Bakım verenlerin %51,5 i kadın, %48,5'i ise erkek olarak saptanmıştır. Bakım verenlerle ilgili yapılan çalışmalarda genel olarak kadın bakım verenlerin sayısının daha fazla olduğu çalışmalar mevcut olduğu kadar (Magliano vd., 2002; Creado vd., 2006; Thunyadee vd., 2015; Bilgen vd., 2020; Pazvantoğlu vd., 2014), cinsiyet oranlarının birbirine yakın olduğu çalışmalar da mevcuttur (Wijngaarden vd.,; Atar, 2018). Her ne kadar literatürde nadir olarak görülse de bakım verenlerin cinsiyet dağılımında erkeklerin sayısı daha yüksek olduğu araştırmalar bulunmaktadır (Aggarwal vd., 2009; Kate vd., 2013). Erkek bakım veren sayısının yüksek olduğu bu araştırmaların ikisinin de Hindistan'da gerçekleşmesi Hindistan, Sri Lanka, Endonezya, Samatra, Tibet ve Çin'in güney bölümünde anaerki düzenin günümüzde de yaşam sürdüğü göz önünde bulundurulduğunda oldukça anlamlıdır (Haviland, 2002: 316). Bakım verenlerle yapılan çalışmalarda erkek bakım veren sayılarının kadın bakım veren sayısına yakınlığı ya da daha fazla oluşu bakım alan bireyin hastaneye getirme gibi bir görevi erkeklerin yüklenmesiyle ilgilidir. Bakım verenlerin genellikle kadın olması ise toplumsal cinsiyet

rollerinin getirisi olarak açıklanabilir. Bu kavrama göre kadın ve erkek cinsiyetinin rollerini toplumsal normlar belirlemiştir ve bu yüzden toplumdan topluma oldukça değişkenlik göstermektedir. Ataerkil ve anaerkil toplum yapısı önemli bir yordayıcı olmaklar birlikte, Urhan (2016) kadının “eş, anne” erkeğin ise “eve ekmek getiren” kavramları ile özdeşleştiğini, dolayısıyla bu kavramlardan doğan beklentilerin varlığından söz etmiştir. Bakım verenlerin çoğunluğunun eşler olduğu çalışmalar da mevcut olsa da (Karaağaç, 2016; Ak vd., 2012) yoğun olarak tanı alan bireyin bakım verme işini ebeveynleri üstlenmektedir (Biegel ve Tracy, 1993; Grandon vd., 2008; Kaya, 2013; Hancı vd., 2018). Literatüre benzer olarak çalışmamızda bakım verenlerin %43,5’i tanı alan bireyin ebeveynlerdi. Bu durum bakım verenlerin yaşlarının neden 40 yaş üstünde aktif olarak toplandığını açıklamaktadır.

Şizofreninin belirtilerinin erken yaşta başlaması ve bireyin bu çağlarda aile yanında olması, tedavilerin uzun yıllar sürmesi nedeniyle tanı alan bireyler aile yanında yaşamlarını sürdürmektedirler (Karaağaç ve Çalık Var, 2019: 21; Wijngaarden vd., ; Inogbo vd., 2017; Ukpong, 2012; Uygur ve Esen Danacı, 2019; Cuijpers ve Stam, 2000; Cunkuş, 2016). Bizim çalışmamızda da bakım veren bireyin tanı alan bireyle aynı haneyi paylaşma oranı %81,0’dır. Bu durum hastalığın belirtileriyle tanı alan bireyin genelinin gündelik ihtiyaçlarını karşılayamaması, sosyal işlevsizlik yaşaması, ekonomik ve sosyal hayattan geri çekilmesi ile başkaları ile yaşama ihtiyacı duyduğu şeklinde açıklanabilir.

Araştırmamızda bakım verenlerin çoğunluğu oluşturan %30’luk bir dilimi bakım verdikleri bireye 6 ile 10 yıl arasında bakım vermekte, bu süreyi ise %21,5’lik yüzde ile 20 yıldan fazla bakım yılı ve yine eşit oranda 1 ile 5 yıl arası bakım verme yılı takip etmektedir. Şizofreni erken gençlik yıllarında başlayan bir ruhsal hastalık olduğu için bakım verilen sürenin uzun olması beklenen bir çıktıdır. Çalışmamızda literatürle benzer olarak %66,5’inin yakınında şizofreni tanısı almış herhangi bir başkası bulunmamaktadır (Durmaz, 2011; Şahin ve Uyanık, 2018). Bu sonuç hem koruyucu hem riskli bir olguyu içinde barındırmaktadır. Aynı tanıda bir başka bireyin varlığı tecrübe ve bilgi açısından pozitif bir etki yaratabileceği gibi bakım verenin üstünde daha fazla yük oluşturmamasından kaynaklı risk oluşturabilmektedir.

3.5.2.2. Algılanan Sosyal Destek Düzeyine Göre Elde Edilen Bulguların

Yorumlanması

Şizofreni tanılı bireylerin ve kronik rahatsızlığı bulunan bireylerin bakım verenleriyle yapılan çalışmalar aile desteğinin arkadaşlara ya da diğer destek gruplarına göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. (Shibre vd., 2012; Özkan Tuncay vd., 2015). Tuna ve Olgun tarafından yürütülen çalışmada (2010) ise inmeli hastalara bakım veren bireyler, en çok ailelerinden sonra ise arkadaş ve özel birinden sosyal destek algılamaktayken bizim araştırmamıza katılan bakım verenlerin sosyal destek algısı ise aile, özel bir insan ve arkadaş seçeneklerinde orta düzeyde bulunmaktaydı. Öte taraftan alan taramasında kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin bakım verenlerinin yarısı yetersiz aile desteği aldıklarını

algılamakta olduklarını bildirmişlerdir (Song vd.,1997). Bu durum bize algılanan sosyal destek düzeylerinin öznel olduğunu bu yüzden değişkenlik gösterdiğini göz önünde bulunduramamızı vurgulamaktadır. Buna ek olarak geleneksel aile yapısının kültürümüzdeki yeri göz önüne alındığında, aile destek sistemlerinin güçlü olması da beklenen bir sonuçtur.

Bakım verilen bireyin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı ve çalışma durumunun bakım vericinin algıladığı sosyal desteğe etkili olmadığı, eğitim durumunun ise etkili olduğu saptanmıştır (Karaaslan, 2013). Bizim çalışmamızda da bakım veren bireyler hakkında alınan bilgi yaş ve cinsiyet ile sınırlı olmakla beraber bakım vericilerin algıladıkları sosyal destek, bakım verdikleri bireylerin yaşı ve cinsiyetleri arasında farklılık göstermemiştir.

Sun vd. kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin bakım verenleriyle yaptığı çalışmada kadın bakım verenlerin algıladıkları sosyal desteğin bakım yükü ve depresyonla negatif yönlü bir ilişki kurduğunu ve kadın bakım verenlerin depresyona girme olasılığını daha yüksek bularak, kadının algıladığı sosyal desteğin az olduğunu ortaya koymuştur (Sun vd., 2019). Brown ve Harris'in (1978) İskoç kadınlarla yaptığı çalışmada ise sosyal destek sistemlerinin depresyona karşı koruyucu bir etmen olduğunu ancak sosyal destek sistemleri güçlü olan kadınların olmayanlara göre daha fazla anksiyete belirtisi gösterdiği gözlemlenmiştir. Bu olgu ile sosyal destek örüntülerinin bireyi desteklerken aynı zamanda etkisi altına aldığı ve anksiyete yarattığı söylenebilir. Coşkun ve Akkaş'ın (2009) engelli çocuğu sahip anneler ile yürüttüğü çalışmada ise annelerin algıladığı sosyal desteğin annenin yaş düzeyine göre anlamlı farklılaştığı sonucuna ulaşılmış ve annelerin yaşları arttıkça algıladıkları sosyal destek düzeyinin azaldığı saptanmıştır ancak bizim çalışmamızda bakım vericilerin yaşları ve cinsiyetlerinin algıladıkları sosyal destek düzeyinde anlamlı bir farklılaşma yaratmadığı saptanmıştır. Ancak bakım veren bireylerin medeni durumu, eğitim düzeyi, bakım verilen hasta dışında şizofreni tanısı olan birinin varlığı, bakım verdiği bireye yakınlık derecesi ve birlikte yaşama durumunun önemli yordayıcılar olduğuna ulaşılmıştır. Esmek (2007) yürüttüğü çalışmada medeni durumu bekar olan bakım verenlerin toplam algılanan sosyal destek puan ortalamalarının evlilerden biraz daha yüksek olduğu saptanmıştır. Raj ve diğerlerinin (2016) yürüttüğü çalışmada bakım verenlerin arkadaşlarından daha fazla destek algıladıklarında yaşadıkları sıkıntılarda azalma olduğunu doğrulamıştır. Çalışmamızda evli olan bakım verenlerin bekarlara oranla arkadaş sosyal desteği daha yüksek düzeyde olmasına karşın eşine bakım veren bireylerin algıladıkları arkadaş sosyal desteğinin ebeveyn, kardeş ya da diğer yakınlarına bakım verenlere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gözlemlenmiştir.

Bakım veren bireylerden üniversite mezunu olanlar ise ilkökul mezunu katılımcılara göre daha yüksek düzeyde arkadaş sosyal desteğini algılamaktaydı. Bunun sebebi yükselen eğitim seviyesi ile birlikte içinde bulunduğumuz sosyal çevrenin genişlemesi ile bağdaştırılmaya çalışılsa da Chang vd. (2001:58) yürüttüğü çalışmada sosyal ağın büyüklüğünün bakım veren bireylere katkısının oldukça az olduğunu ortaya koymuştur.

Sosyal destek ağının büyüklüğünden ziyade işlevselliği bakım verenlerin sosyal destek algısında önem arz ettiğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda bakım verdiği şizofreni tanılı birey dışında ailesinde ya da yakınında şizofreni tanılı başka bir bireyin bulunduğu bakım verenlerin özel bir insandan gelen sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bunun sebebi ise ailesinde aynı tanılı birinin oluşunun diğer aile üyeleri arasında da yüke neden olabileceği bu yüzden aileden alınabilecek sosyal desteğin azalabileceği ya da daha az algılanabileceği olarak yorumlanmıştır. 16-20 yıl arası ve 20+ yıl bakım veren bireylerin aile sosyal desteğini daha fazla algıladıkları da çalışmamızdan aldığımız bir diğer sonuç olarak bize uzun süren bakım yılları sonrası bireyin bakım verme işinin sorumlulukları sebebi ile toplumsal hayattan olası geri çekilmesine bu yüzden aile destek sistemlerine yönelmesi olarak yordanmıştır.

Şizofreni hastalarının bakım verenlerinde sosyal destek ile yük arasında negatif bir ilişki bulunmuştur (Kulaksızoğlu ve Cinemre, 2019). Tayland'da ise şizofreni tanılı bireylerle yapılan çalışmada bakım verenlerin yaşam kalitesinin sağlık durumu ve sosyal destek düzeyleri ile pozitif ilişkili olduğunu saptanmıştır (Lueboonthavatchai ve Lueboonthavatchai, 2006). Bu çalışmalara bakarak sosyal desteğin pek çok dinamiklerle ilişkili olduğu söylenebilir. Sosyal desteğin her ne kadar bakım yükünü azaltmada etkili olduğunu (Özkan Tuncay vd., 2015) ve bireylerin sosyal destek düzeyi arttığında streslerinin de azaldığı dolayısıyla stresle baş etme becerilerinin arttığı (Potasznik ve Nelson, 1984; Saunders, 2003) bilinen bir unsur olsa da sosyal desteğin mücadeleci tavrından dolayı bireylerin üstünde stres yarattığı göz ardı edilmemesi gereken bir olgudur (Rankin vd., 1992).

3.5.2.3. Tükenmişlik Boyutunda Elde Edilen Bulguların Yorumlanması

Literatür taramasında şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin tükenmişlik düzeyleri yüksek olduğu görülmekte ve şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin önceki tükenmişlik araştırmalarında fiziksel hastalığı ya da depresyonu olan bireylerin bakım verenlerine göre daha yüksek duygusal tükenme yaşadıkları gözlemlenmiştir (Shibre vd., 2012; Khalil vd., 2021). Onwumere vd. (2015) erken dönem psikoz tanılı bireylerin bakım verenleri ile yürüttüğü çalışmada bakım veren bireylerin %78'i üç temel tükenmişlik boyutlarından en az birinde (yani duygusal tükenme, duyarsızlaşma veya düşük kişisel başarı) yüksek tükenmişlik bildirmiştir. Bizim araştırmamıza katılan bakım verenlerin duygusal tükenme ve duyarsızlaşma tükenmişliğinin puanları düşük ancak kişisel başarı tükenmişlik düzeyleri yüksektir. Bu durum bakım verenlerin tedavi ile ilgili kendilerini etkisiz ya da yetersiz görmekte oldukları şeklinde yorumlanabilir. Tuna ve Olgun'un (2010) inmeli hastalarla yürüttüğü çalışmada hastalar, duygusal tükenme ve duyarsızlaşma yaşamakta ancak düşük kişisel başarı yaşamamakta olduklarını ve aile haricindeki bireylere karşı duyarsızlaşma düzeyinin arttığını saptanmıştır. Düşük duyarsızlaşma puanları bize şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin tükenmişlik ile

baş ederken kullandıkları baş etme mekanizmalarından birinin duyarsızlaşma olmadığı şeklinde yorumlanabilir ya da görev bilinci ile davranıp duyarsızlaşma olmasına rağmen bunu paylaşmaktan kaçınmış olabilirler.

Araştırmamızda cinsiyetin, medeni durumun, bakım verme süresi ve bakım alan bireyin cinsiyeti, bakım verenlerin tükenmişlik düzeylerini anlamlı bir şekilde etkileyemediği sonucuna varılmıştır. Literatürde bakım veren bireylerle yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar mevcuttur (Egici vd., 2019; Shibre vd., 2012). Şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda bu değişkenlerin tükenmişliğe olan etkisi oldukça farklılık göstermektedir. Demirbaş ve Özel Kızıl'ın (2017) yürüttüğü çalışmada kadın bakım verenler erkek bakım verenlere oranla daha yüksek duygusal tükenme ve duyarsızlaşma puanı bildirmiş, Gülbol ve arkadaşlarının (2021) araştırmasında ise cinsiyeti kadın olan bakım verenlerin tükenmişlik boyutlarından duygusal tükenme ve duyarsızlık ölçeklerinden bildirdikleri puan daha fazladır. Erkeklerin kadınlara göre daha fazla tükenmişlik düzeyi belirttiği çalışmalar da mevcuttur (Tuna ve Olgun, 2010). Bu örneklerden farklı olarak Kokurcan vd. (2015) yaptığı çalışmada ise cinsiyet ve bakım süresinin tükenmişlikle anlamlı bir ilişkisi çıkmamıştır.

Bizim araştırmamızda medeni durumun bakım veren tükenmişliğine anlamlı bir etkisi bulunmadığı saptansa da alan yazında dul ya da boşanmış bakıcılar evli ya da bekar bakıcılara göre daha yüksek düzeyde tükenme ve duyarsızlaşma puanına sahip oldukları (Shibre vd., 2012; Kokurcan vd., 2015), bekar bakım verenlerin duygusal tükenmişliğinin daha fazla olduğuna dair sonuçlar mevcuttur (Tuna ve Olgun, 2010). Bu araştırmalarda ortaya çıkan sonuçlar bireylerin yalnız oluşlarının bir etkisi olarak yorumlanabilir. Bakım verme süresinin bakım verene etkisi farklı çalışmalarda farklı şekilde sonuçlanmıştır. Kaya (2013) yaptığı çalışmada; bakım verme yılının bakım verenlerin yükünde anlamlı bir etkisi görülmemişken Igberase ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada (2012) , bakım verenlerin bakım verme süresi uzadıkça yük duygusunun azaldığını bulunmuştur. Bu durum bireylerin içinde bulundukları duruma alışmaları ile birlikte yaşadıkları kaygının dolayısıyla stresörlerin azalmasıyla açıklanabilse de literatürde tersini kanıtlayan bakım süresinin uzunluğu ve kronik hastalığın varlığının, bakım verenin yorgunluğuyla ve işlevselliklerinin bozulmasına sebep oluşuyla bakım yükü oluşturduğunu ve bakım yükü arttıkça tükenmişlik düzeyinin arttığını gösteren çalışmalar mevcuttur (Egici vd., 2019; Taktak vd., 2000).

Çalışmamıza katılan 40-49 ve 50-59 yaş aralığındaki bakım verenlerin 20-29 yaş arasındaki bakım verenlere oranla daha fazla duygusal tükenme gösterdiği elde edilmiştir. 50-59 yaş arasındaki katılımcılar da 59+ katılımcılara göre daha fazla duygusal tükenme bildirmişlerdir. Tuna & Olgun'ın (2010) inmeli hasta bakım verenleriyle yaptığı çalışmada hasta yakınının yaşı arttıkça duygusal tükenme düzeyinin azaldığı görülmektedir, bu durum yaş arttıkça kişilerin olaylara daha olgun davranışlar sergilemesi ile bağdaştırılmıştır ve geçmiş deneyimlerin etkisinin devam eden hayata etkisi olduğu kanaatine varılmıştır. Hastaya yakınlık durumu kardeşi ya da hastanın çocuğu olan kişilerin yaşının genç olması, genç bakım verenlerin hastaya ve hastalığa tolerans

seviyesinin daha düşük olduğu ve kendi sorumluluklarını yerine getirmede yaşadığı zorluklardan kaynaklandığı düşünülmektedir (Kaya, 2013).

Bakım alan bireyin yaşı ise bakım veren bireyin duygusal tükenmişliği üstünde önemli bir yordayıcı olup analiz sonuçlarımıza göre; 17-26 ile 27-36 yaş aralığındaki bireye bakım verenlerin 37-46 ve 47-56 yaş grubundaki bireylerin bakım vericilerinden anlamlı derecede daha yüksek ve 17-26 yaş arası bireylerin bakım verenlerinin 56+yaş grubundaki bireylerin bakım verenlerine göre daha fazla tükendiği analiz edilmiştir. Kronik ruhsal hastalıklar genel olarak yetişkinliğin erken çağlarında başladığı için aileler için bu dönem çocuklarının yetişkinliğe geçip özgürleşme beklentilerin olduğu dönemken birdenbire daha fazla bağımlı hale geldiği dönem olması stres kaynağı olarak nitelendirilebilir (Gerstel ve Gallagher, 1993).

Yapılan bazı araştırmalarda bakım verenin eğitim durumu ile yaşadığı yük duygusu arasında bir fark bulunmadığını göstermekte olsa da (Chien vd., 2007; Koukia ve Madianos, 2005) alan taramasında şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin eğitim düzeyi düşük olanlarda bakım yükünün daha fazla olduğuna ilişkin bulgular mevcuttur (Magliano vd., 1998; Guarnaccia ve Parra, 1996). İnmeli hastalara bakım veren bireylerin ise öğrenim düzeyi arttıkça yaşadıkları duygusal tükenme artmıştır (Tuna ve Olgun, 2010). Yükün tükenmişlik üzerindeki etkisi göz önüne alındığında bizim araştırmamızda ise bakım verenlerin eğitim durumu duygusal tükenme ya da kişisel başarı düzeylerinde önemli bir değişken olmamakla beraber; ilkökul, ortaokul ve lise mezunu katılımcıların duyarsızlaşma puanları üniversite mezunu katılımcılara göre anlamlı derece daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda araştırmaya katılan bireylere bakım verdikleri birey dışında ailesinde şizofreni tanısı alan başka birinin varlığı değişkeni, duyarsızlaşma ya da duygusal tükenme için önemli bir yordayıcı olmazken kişisel başarı boyutunda aynı tanıyı alan bir başkasına sahip olmayan bakım verenler daha yüksek kişisel başarı tükenmişliği puanları göstermişlerdir. Bu durumda bakım verenlerin birden çok bireye bakım verme sebebi ile kendilerini yetersiz hissetmesi ve olağan olarak bu süreçleri profesyonel bir şekilde yapabilmesi oldukça zor olduğu için bu yetersizlik hissi bireyde kişisel başarı tükenmişliğine sebep olabileceği düşünülmektedir.

Demirbaş ve Özel Kızıl (2017), kardeş ya da eş olarak bakım verenlerin ebeveyn olarak bakım verenlere göre daha yüksek tükenmişlik bildirdiği araştırmasında saptamıştır. Kate vd. şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleriyle yaptığı çalışmada ebeveynlerin eşlerden daha fazla yük algıladıkları batı çalışmaları ile uyumlu sonuçlar ortaya koymamaktaydı. Bu hastalığa verilerin kültürden kültüre değişiklik göstererek bireye yüklediği algı ve bunun sonucu verdiği tepkiyi değiştirmiş olarak yorumlanabilir. Hindistan'da aile üyelerine bakım vermenin toplumsal normlar çerçevesinde ele alınması ve bunun aile olmaya ait bir değişken bir olarak görülmesi nedeniyle bakım verenlerde daha az bakım yüküne sebep olabilmektedir (Kate vd., 2013). Bizim çalışmamızda eşine ve ebeveynine bakım veren bireylerin algıladıkları tükenmişlik kardeşine ya da diğer bireylere bakım veren bireylerin duygusal tükenmişlik düzeyinden daha yüksektir. Tüm bu sonuçlara

bakıldığında tanı alan bireyin hayatımızdaki yerinin ve ondan duyduğumuz beklentilerimiz ya da ona yüklediğimiz anlamların tükenmişliğe olan etkisi ile bağdaştırılabilir.

Bakım veren bireyle bakım alan bireyin aynı haneyi paylaşma durumları farklı çalışmalarda farklı sonuçlarla gözlemlenmiştir. Şizofreni tanısı alan bireylerin bakım verenlerinde birlikte yaşayan ve yaşamayanların eşit oranda stres ve bakım yükü yaşadıkları görülmüştür (Laidlaw vd., 2002). Bu sonuçtan farklı olarak ise aynı hanede yaşamak bakım verenler üzerinde yüksek bakım yükü oluşturduğu sonucuna ulaşan çalışmalar mevcuttur (Ukpong, 2012). Gallagher ve Mechanic (1996) ruhsal hastalık tanısı alan bireyle yaşamayan, birlikte yaşamayan bireylere göre daha kötü öznel sağlıkla ve bazı aktivite sınırlamalarını bildirme riskinde artışla ilişkili olduğunu, ruhsal hastalık tanısı alan yetişkin bir evlat ile yaşayan katılımcıların ruhsal hastalık tanısı alan eş ile yaşayan katılımcılardan daha kötü sağlık rapor ettiğini, ruhsal hastalık tanısı alan bireyle aynı haneyi paylaşan bireylerin sağlık hizmetlerinin kullanımının arttığını raporlamıştır. Çalışmamızda bakım veren bireyin bakım verdiği bireyle aynı haneyi paylaşmasının bakım verenlerin duygusal tükenmişliğinde önemli bir değişken olduğunu göstermiştir. Bu durum bakım verenlerin sürekli olarak bakım verme işinde olmasından, özel alanlarına ya da kendilerine ait bir zaman dilimlerinin olmamasından kaynaklı olduğunu düşündürmektedir.

Bakım verme deneyimini sadece olumsuz sonuçlarla ele almamak gerekmektedir. Bakım vermenin olumlu deneyimlerine dair 560 aile üyesi ile yapılan çalışmada; şizofreni tanılı bireyin bakım vereni olan kişilerin neredeyse %70'i engelli bireylere karşı daha çok duyarlı hale geldiklerini, %50 den fazlası bakım vermenin iç güç duygusunun uyanmasına yardımcı olduğunu bildirmiştir (Chen ve Greenberg, 2004) ve literatürde benzer sonuçlar elde eden çalışmalar gözlemlenmiştir (Barrio ve Yamada, 2010; Gupta vd., 2015).

3.5.2.4. Algılanan Sosyal Desteğin ve Tükenmişlik Düzeyinin İlişkisine

Dair Bulguların Yorumlanması

Etiyopya'da beş yıl boyunca takip edilen şizofreni tanılı bireylerin yakınlarının tükenmişlik düzeylerinde sosyal destek düzeylerinin önemli bir etkisi olduğu ortaya konmuştur (Shibre vd., 2012). Chai vd. yaptığı çalışmada (2018: 8) bakım veren birey şayet hasta ile birlikte yaşıyorsa haneyi paylaştığı diğer aile üyelerinde de tükenmişliğe benzer duygusal sıkıntılar yaşanabilmektedir. Bu yüzden bireyler ihtiyaç duyduğu sosyal desteği aile yerine arkadaşlarından ya da diğer dış desteklerden alarak 'dışa' dönme eğilimi gösterebilmektedir. Bizim çalışmamızda bu durum daha farklı sonuçlanmış olup bakım verdiği bireyle birlikte yaşamayan bakım verenlerin; özel bir insandan, arkadaşlarından algıladıkları ve toplam olarak algıladıkları sosyal destek düzeyinin, bakım verdiği bireyler birlikte yaşayan bakım vericilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir. Bizim çalışmamızda bakım veren bireylerle tanı alan bireylerin

aynı hanede yaşama durumu bakım veren bireylerin duygusal tükenmişliğine olan etkisi ile ilgili sonuçlar ile uyumludur. Damgalanmanın tükenmişlikte önemli bir parametre olduğu (Özdoğan vd., 2020) göz önüne alınarak aslında bakım veren bireylerin yaşadıkları damgalanma ve sosyal uyum ile ilgili sorunlar yaşayabilme risklerinin düşündürmektedir.

Çalışmamızda aile sosyal desteği ile tükenmişliğin 3 boyutu arasında da negatif bir ilişki vardır ve orta düzeyde anlamlı bir ilişkileri mevcuttur. Yani aile sosyal desteği arttıkça duygusal tükenme, duyarsızlık ve kişisel başarı tükenmişliği azalmaktadır. Algılanan toplam sosyal destek algıları ise duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık boyutunu arasında negatif ve orta düzeyde bir ilişki varken kişisel başarı tükenmişliği ile de negatif ancak düşük düzeyde anlamlı ilişki mevcuttur. Yani algılanan sosyal destek arttıkça tükenmişliğin tüm boyutlarında azalma görülmüş ancak kişisel başarı tükenmişliği bu algıdan diğer iki tükenmişlik boyutuna göre daha az etkilenmektedir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

SONUÇ

Araştırmaya katılanların algıladıkları duygusal tükenme ve duyarsızlaşma tükenmişlik düzeylerinin düşük, kişisel başarı tükenmişlik düzeylerinin ise yüksek, sosyal destek algılarının ise orta düzeyde olduğu çıktısına ulaşılmıştır.

40-49 ve 50-59 yaş aralığındaki bakım verenlerin 20-29 yaş arasındaki bakım verenlere oranla daha fazla duygusal tükenme gösterdiği elde edilmiştir. 50-59 yaş arasındaki katılımcılar da 59+ katılımcılara göre daha fazla duygusal tükenme bildirmişlerdir. Bakım alan bireyin yaşı genç ise bakım verenlerin tükenmişlik düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Eşine ve ebeveynine bakım veren bireylerin algıladıkları tükenmişlik kardeşine ya da diğer bireylere bakım veren bireylerin duygusal tükenmişlik düzeyinden daha yüksek olup algıladıkları arkadaş sosyal desteği anlamlı düzeyde daha düşük olduğu gözlemlenirken, evli olan bakım verenlerin bekarlara oranla arkadaş sosyal desteği daha yüksek düzeydedir.

Bakım veren bireylerden üniversite mezunu olanlar ise ilkökul mezunu katılımcılara göre daha yüksek düzeyde arkadaş sosyal desteğini algılamaktaydı. Bu durum bize eğitim düzeyi yükseldikçe artan sosyal çevre ağını hatırlatmaktadır.

16-20 yıl arası ve 20+ yıl bakım veren bireylerin aile sosyal desteğini daha fazla algıladıkları saptanmıştır. Bakım verenlerin bakım verdiği bireyle aynı haneyi paylaşmasının bakım verenlerin duygusal tükenmişliğinde önemli bir değişken olup, bakım verdiği bireyle ile birlikte yaşamayan bakım verenlere göre algıladıkları sosyal destek düzeyinin daha düşüktür.

Bakım verdikleri birey dışında ailesinde şizofreni tanısı alan başka birinin varlığı değişkeni, duyarsızlaşma ya da duygusal tükenme için önemli bir yordayıcı olmazken kişisel başarı boyutunda aynı tanıyı alan bir başkasına sahip olmayan bakım verenler daha yüksek kişisel başarı tükenmişliği mevcut ve özel bir insandan gelen sosyal desteğin daha yüksek olduğu görülmektedir.

Aile sosyal desteği ile tükenmişliğin 3 boyutu arasında da negatif bir ilişki vardır ve orta düzeyde anlamlı bir ilişkileri mevcuttur. Yani aile sosyal desteği arttıkça duygusal tükenme, duyarsızlık ve kişisel başarı tükenmişliği azalmaktadır.

Algılanan toplam sosyal destek algıları ise duygusal tükenmişlik ve duyarsızlık boyutunu arasında negatif ve orta düzeyde bir ilişki varken kişisel başarı tükenmişliği ile de negatif ancak düşük düzeyde anlamlı ilişki mevcuttur. Algılanan sosyal destek arttıkça tükenmişliğin tüm boyutlarında azalma görülmüş ancak kişisel başarı tükenmişliği bu algıdan diğer iki tükenmişlik boyutuna göre daha az etkilenmektedir.

ÖNERİLER

- **Psikiyatrik sosyal hizmet eğitiminin yaygınlaştırılması;** Türkiye’de bulunan Sosyal Hizmet Lisans programlarının müfredatları incelendiğinde Psikiyatrik Sosyal Hizmet’e yönelik derslerin ikiye ayrıldığı görülmüştür. Bunlar bağımsız bir ders olarak (zorunlu ya da seçmeli) Psikiyatrik Sosyal Hizmet ya da psikiyatrik sosyal hizmeti eğitim kapsamı içine alan Tıbbi Sosyal Hizmet olarak görülmektedir. Sosyal Hizmet Lisans programlarında Psikiyatrik Sosyal Hizmet eğitimi olabilmekle beraber genellikle bu eğitim master ya da doktora programlarında kendini göstermektedir. Oysaki Tıbbi Sosyal Hizmet alanı kendine has bir alan olup uygulama çerçevesi oldukça geniştir. Psikiyatrik sosyal hizmet ise daha spesifik bir alana vurgu yapmakta olup hem tanı alan bireyleri hem de bu bireylerin bakım verenlerini etkileyen müdahale süreçlerini kapsamına almaktadır. Toplum- hastane denge modelinin aktifleştiği ve bu sebeple toplum ruh sağlığı merkezlerinin yaygınlaştığı bu dönemde çevresi içinde birey kavramını müdahale süreçlerinde kullanabilecek sosyal çalışmacılara ihtiyaç duyulmaktadır. Bilhassa ruh sağlığı alanında çalışan sosyal çalışmacılara bakıldığında genelinin lisans mezunu olması, ülke gerçekliği göz önüne alınarak (KPSS ataması sonucunda kişilerin ilgilerinin olduğu alanlarda çalışmadan ziyade atanılan kurumda boş kadronun olduğu yerde göreve başlama vb.) müracaatçıya zarar vermeme ilkesi ile psikiyatrik sosyal hizmet derslerinin lisans düzeyine indirilmesi gerekmektedir.
- **Damgalamaya karşı, mikro, mezo ve makro boyutta eğitimler düzenlemek;** Oban ve Küçük (2012)’ün lise çağındaki öğrencilerle yaptığı araştırmada şizofreniye dair tutumları olumlu yönde etkilediği ve sosyal mesafeyi azalttığı sonucuna varılmıştır. Bilge vd. tarafından yapılan çalışmada ise benzer sonuçlarla ruhsal hastalıklara yönelik alınan eğitimlerin bireylerdeki tutumları bu eğitimleri almayanlara göre pozitif yönde etkilediği saptanmıştır (Bilge vd., 2013). Şizofreniye yönelik ilkökul çağından itibaren bilgi arttırıcı eğitimlerle farkındalık kazanımı sağlayarak, sosyal dışlanma ve damgalanmayı azaltacak ve kamunun hem şizofreni tanıılı bireye hem de onun sosyal çevresine karşı tutumunu pozitif yönde değiştirecek eğitimler yapılmalıdır.
 - **Damgalanmayla mücadele için Baskı Karşıtı Sosyal Çalışma uygulamalarını yaygınlaştırmak;** Sadece toplum tarafından değil aynı zamanda bakım veren bireylerin ve hatta tanı alan bireylerin de sıklıkla içselleştirilmiş damgalanma yaşadığı gözlemlenmektedir. Dominelli (2021) baskı karşıtı sosyal çalışmanın damgalanmaya karşı kullanılan sosyal hizmet uygulamalarından biri olduğunu, temeline sosyal adalet ve bireyler arasında eşitliği aldığını vurgulamaktadır. Baskı karşıtı sosyal hizmet bireyi içinde bulunduğu koşullardan uzakta tutmazken bu koşullar yüzünden bireyi suçlamaktan kaçınmaktadır. Böylelikle müdahale

alanındaki bireylerin olası kaygı ya da endişe yaşamaları önlenebilir. Baskı karşıtı uygulama yaşanan sorunların çözümünün hem bireyin kendisi için sorumluluk alması hem de toplumun elemanlarının değişim için sorumluluk alması ile sağlanabileceğini odağına almaktadır.

- **Damgalanmayla mücadele için Ayrımcılık Karşıtı Sosyal Çalışma uygulamalarını yaygınlaştırmak;** Bu çalışmada daha önce de değindiğimiz üzere kronik ruhsal hastalık tanılı bireylerin ve bakım verenlerinin yaşadığı sosyal sorunlardan biri de ayrımcılıktır. Ayrımcılık karşıtı sosyal çalışma bireylerin hiçbirinin bir diğerinden daha üstün olmadığını kendisine çıkış noktası olarak almaktadır. Bu uygulama ile sosyal hizmet uzmanları bireylerin yaşadığı ayrımcılığı azaltmayı amaç edinmişlerdir (Cankurtaran ve Beydili, 2016:6).
- **Damgalanmayla mücadele için Güçlendirme Temelli Sosyal Çalışma uygulamalarını yaygınlaştırmak;** Güçlendirme temelli sosyal hizmet müdahalesi uygularken, müdahale odağımızdaki mikro, mezo ya da makro oluşumların güçlere ve kaynaklara sahip olduğu hatırlatılır. Müdahalenin öznesinin yaşadığı ayrımcılığın ya da baskının ve bunlar nedeniyle yaşadığı kaynaklara erişimin noksanlığı danışana aktarılır. Müdahale sürecinde sosyal çalışmacı danışanın kendi problemlerini tanımlamasını ister ve baskının farkına varmasını sağlayarak mücadele etmek amacıyla hem müdahaleye katılır hem de ortak karar alma süreci ile self determinasyon ilkesini korur (Teater, 2015: 71).
- **Bakım verenlere bakım verdikleri bireyin tanısı ve tedavi süreçleri hakkında kapsamlı bilgi aktarımını sağlamak;** Bakım verenler bakım verdikleri bireyin hastalığıyla ilgili az ya da kısıtlı bilgiye sahiptirler (Chakrabarti vd., 2005). Taşdelen ve Ateş (2012) tarafından yürütülen çalışmada bakım veren bireylerin bakım verme ile ilgili herhangi bir deneyimi olmadığı halde bakım vermede kendilerini yeterli gördüklerini ve bu sebeple bakım veremeye dair eğitim gereksinimi bildirmediüklerini ortaya koymuştur. Ancak bir başka çalışma ise hastalık hakkında alınan bilginin bakım verenlerin üstündeki yükü azaltmayı ve yardım arama davranışını geliştirebildiğini böylelikle yaşadıkları bakım yükü ve streste azalma olduğunu göstermektedir (Yang vd., 1999; Yıldırım, vd., 2013; Falloon vd., 1996). Bakım veren kadınlar şizofreni hastalığı hakkında yeterli bilgi sahibi olmadıklarında hastalığın ilk aşamasında, hastada görülen semptomlara farklı anlamlar yükledikleri görülmüş ve bakım verenler hastaya yönelik kendi içgüdüleriyle hareket ettiklerini ifade etmişlerdir (Akgül Gök, 2017). Bu durumun bireyin kendini yeterli görmediği anlarda üstünde bir stres kaynağı olabilme ihtimali yönüyle risk teşkil etmektedir. Bunun önlemine almak adına ülkemizde bakım verenlere resmi olarak bakım verdikleri bireyin hastalığına dair bilgi sunan hizmetler sağlanmalı ve bakım vermeye dair resmi bir eğitim verilmelidir.

- **Kriz Müdahalesi uygulamalarını arttırmak;** Sosyal Hizmet uygulamalarından biri olan krize müdahale, kriz zamanlarında uygulanan kısa zamanlı ve öz müdahale planlarıdır (Teater, 2015: 229). Özellikle yeni tanı alan bireylerde ve ailelerinde hem öğrenilen mevcut durum hem de hastalık sebebiyle yaşanan zorlu süreç, kriz dönemi oluşturabilmektedir. Bilhassa tanı aldıktan sonraki süreçte hem tanı alan bireylere hem de bakım sorumluluğu üstlenen bireylere kriz müdahalesi planlanmalıdır.
- **Bakım vereni destekleyici profesyonel ekiplerin kurulması;** Tanı alan bireyin bakım vereninin yükünü azaltmak adına sürekli ya da gereksinim duydukça bakım vermeye destek olacak kurumların hizmet vermesi ya da evde bakım hizmeti sağlayacak programların ve programların işletilebilmesi adına evde bakım ekiplerin oluşturulması entegrasyonun kolaylaştırılmasına yardımcı olacaktır. Bu amaç doğrultusunda kurulan Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin sayısının artırılması ve benzer merkezlerin kurularak toplum- hastane denge modelinin aktif işletilmesi sağlanabilir.
- **Ruh sağlığı politikalarını güncelleştirmek ve Ulusal Ruh Sağlığı Yasası'nın oluşturulması;** Doğu Akdeniz ülkelerinin %90.9'unun bir ruh sağlığı programı bulunmasına rağmen, bu programların %70'i 1990'dan önce formüle edilmiştir ve dünyadaki 100.00 nüfus başına düşen ruh sağlığı profesyoneline bakıldığında özellikle Doğu Asya ve Doğu Akdeniz ülkelerinde yeterli sayıda personel bulunmamaktadır (WHO, 2005: 16-33). Ruh sağlığı politikalarının gerçekçi ve sorun çözücü bir yapıda olması için politikaların sosyal sorunlara yönelerek güncel tutulması, insan hakları perspektifinden hem ruhsal hastalık tanılı bireyleri ve bu bireylere sunulan hizmetleri koruyan, sosyal izolasyon, ekonomik geri çekilme, damgalanma ve ayrımcılık gibi olası riskleri önleyen ve toplumun ruh sağlığına dair koruyucu ve iyileştirici yasaları kapsayan ulusal ruh sağlığı yasasının ivedilikle çıkarılması önemiyet teşkil etmektedir.
- **Bakım vermeyi cinsiyetsizleştirmek;** Bakım etiği kavramı aktif politikalardan ayrı düşünülebilecek bir kavram değildir. Kadının doğası gereği bakım vermeye yatkınlığına dair indirgemeci bir tutum içinde eril düşünceyle yapılan politikalar realitesini yitirmekte ve bakım etiğini cinsiyetsiz kılacak yeni politikalara olan ihtiyacı arttırmaktadır. Toplumsal cinsiyet normları çerçevesinde yapılan iş bölümü, bakım vermeyi kadının sorumlulukları arasına koymuş, bunun bir sonucu olarak ekonomik hayattan ya geri çekilme yaşamış ya da kısmi katılım sağlayarak, kariyer sistemini yavaşlatmıştır (Göker, 2000: 91). Ataerkil sistemin hane içi üretim ve bakım işlerini kadına yüklemesi kadınların toplumsal yaşama ve ekonomik hayata katılımını engellemektedir (Atasü-Topçuoğlu, 2016: 56).

- **Feminist Sosyal Hizmet Uygulamalarını Yaygınlaştırmak;** Feminist teori ve uygulama kendisine erkek ve kadın bireyler arasındaki farklılıkları, bu farklılıkları var oluş sürecini açıklamayı amaç edinmiştir. Bu farklılıkları ele alırken baskı ya da ayrımcılığa maruz kalan kadınların farkındalığını yükseltip, bireysel güçlerini kazanmalarını müdahale planında hedefleyerek daha eşitlikçi bir toplum yaratmaya odaklanır. (Teater, 2015:105). Bizim çalışmamızda ve bakım verenlerle yapılan birçok çalışmada bakım verenlerin çoğunlukta kadınlar oldukları göz önüne alındığında bakım verenlerin yaşadığı sorunlara direkt maruz kalanlar da kadınlar olacaktır. Bu sebepten feminist sosyal hizmet uygulamasının hem yapısından kaynaklı baskı karşıtı oluşu hem de bireyi güçlendirmesi yönüyle uygulama alanının genişletilmesine ihtiyaç vardır.
- **Ruh Sağlığı Profesyonelleri tarafından sağlanacak profesyonel destek;** Avustralya’da yapılan bir çalışmada Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin yakınları ya da bakım verenleri sağlık profesyonelleri tarafından dışlandıklarını ya da kendilerine olumsuz tavırlar sergilendiğini hissedebilmekte ve Şizofreni tanısının sürecinde açık anlaşılır açıklama yapmama, destekleyici ya da empatik tavırlar sergilememe konusunda eleştirilmektedir (Outram vd., 2015). Literatürde ruh sağlığı çalışanları tarafından yeterince destek almadıklarını düşünen bakım verenler mevcut olduğu görülmektedir (Song vd., 1997). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise bakım verenlerin %62,5’i dışardan bakım verme süreçlerinde herhangi bir destek almadıklarını belirtmekte, bakıcıların %65’i şizofreni hakkında yeterli bilgiye sahip olduklarını düşünmekte. (Demirbas ve Özel Kızıl, 2017: 4). Cunkuş’un (2016) şizofreni tanılı bireylerin primer bakım vericileri ile yapılan çalışmasında ise bakım vericilerin %88,3’ünün eğitim için tercih ettiği kaynaklar sağlık profesyonelleridir. Chen ve Greenberg (2004)’in yaptığı çalışmada ruh sağlığı profesyonelleri tarafından yapılan bilgi paylaşımının ve aile ile iş birliği halinde yürütülen etkileşimlerin bakım verenlerin olumlu deneyim kazanımını desteklediğini ortaya koymuştur. Bakım verenlerin sahip oldukları sosyal destek mekanizmalarını tanımalarını sağlayıp, geleneksel bakış açısından uzaklaşarak; gerçeklikte bireyin esenlik haline katkı sağlayabilecek sosyal destek mekanizmalarına odaklanmak ve bu mekanizmalarla kurduğu ilişki dinamiklerini inceleyip, güçlendirmek adına profesyonel desteğin artırılması sağlanarak sadece sosyal destek değil profesyonel desteğin de alımı sağlanmalıdır.
- **Bakım verme işinin ekonomik olarak muhtaçlık yardımı dışında yeniden ele alınması;** Kronik ruhsal hastalık tanılı bireylere bakım vermenin refah seviyesi üstünde olumsuz etkisi mevcuttur (Mitsonis vd., 2012: 334; Kamil ve Velligan, 2019: 157-158). Bakım vermenin ücretsiz emek olarak karşımıza çıktığı ve bunun sosyal sigorta anlamında bir karşılığını bulunmaması nedeniyle bakım veren

bireylerin bilhassa bakım veren kadınların sosyal sigorta sistemine sosyal yardım, baba ya da eş üstünden eklenmesi söz konusudur (Atasü-Topçuoğlu, 2016). Bakım vermede profesyonel dışı sağlanan ‘gayri resmi bakım’ kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin bakım verenlerin yaygın görüldüğünden bakım veren bireylerin dezavantajlı duruma düşmemesi adına sağlık sistemine eklenmesi ile birlikte ekonomik önlemler alınmalı, bakım veren bireyin emekleri karşılığında hak temelli ekonomik ve sosyal yardımlar sağlanmalı ve bakım verenlerin emekleri sigorta kapsamına alınmalıdır.

- **Bakım verenlere dair profesyonel ve devamlı destek hizmetlerinin sağlanması;** Bakım verme literatürüne bakıldığında kronik ruhsal hastalığı mevcut kişilerin bakım verenlerinde hem toplumsal damgalanma hem de bakıcıların sosyal ilişki kurmasındaki enerji ve motivasyon kaybı nedeniyle zamanla azalabileceğini göstermektedir (Hatfield, 1978; Biegel ve Tracy, 1993). Psikolojik güçlendirme çalışmalarının bireylerin tükenmişlik sendromuna iyi geldiği görülmektedir (Demirel ve Yücel, 2017). Bu verilere dayanarak bakım veren bireylerin tükenmişlikleri düzenli aralıklarla ölçülmesi gereken bir prosedür olmalı ve bakım verenlerin karşılaşacakları olası zorluklara karşı önceden iç görü oluşturması sağlanarak baş etme mekanizmalarını gelişmesini sağlayacak eğitimler sağlanmalıdır. Tükenmişlik belirtilerinden davranışsal ve psikolojik belirtiler daha net gözlemlense de psiko-fizyolojik belirtileri gözlemlemek biraz daha mesleki bilgi ve deneyim istemesi nedeniyle sebepler ancak hassas bir gözlem yeteneğine sahip meslek profesyoneliyle birlikte ulaşılabilir. Bu durum bize multi-disipliner çalışmayı işaret etmektedir. Ruh sağlığı alanındaki ekip çalışmasının önemi kendini Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde somut olarak göstermektedir.
 - **Bakım verenlere yönelik Güçlendirme Yaklaşımı ile Sosyal Çalışma;** Güçlendirme Yaklaşımı sosyal hizmet müdahalesi bireyin kaynaklarına ve güçlerine odaklandığı için aynı zamanda müdahale grubumuzun kendi yaşamı üstünde kontrolünün artması ile sonuçlanacaktır.
- **Bakım verenlere Sivil Toplum Örgütleri ile iş birliği içinde psiko-eğitimlerin sağlanması;** Freud, kitle psikolojisi ve ego analizi isimli kitabından bir topluluk altında örgütlenen bireylerin, statüleri, yaşam standartları ve karakterleri fark etmeksizin, altında olan her bireyin örgütün bir parçası olduğunu ve her birinin yalnızken düşündükleri olguların, fiile döktükleri eylemlerin ve his dünyalarının değişip ortak bir yapıya dönüşeceğini savunmuştur (Freud, 2020: 9). Ülkemizde yapılan bir araştırmada ise benzer olarak bireylerin sosyal konumunun sosyal ağlar dolayısıyla da sosyal destek sistemlerini etkilediği, bir kurum bünyesinde olmayan bireylerin daha çok enformel sosyal kaynaklardan faydalandığını ancak kurum hizmetleriyle birlikte hem kurum bünyesinden bireylerin birbirleriyle kurdukları dayanışmacı ağlar hem de kurumlar tarafından sunulan profesyonel

hizmet alımı faydalanılan sosyal kaynakları farklılaştırıp sosyal destek sistemine katkı sunduğu saptanmıştır (Abay Alyüz, 2018). Fransa’da yapılan bir araştırma göstermiştir ki aileleri derneklere yönlendirmek ve psiko-eğitim grupları kurarak eğitimlerini sağlamak aile bakıcılarının acılarını azaltmayı sağlayan iki tamamlayıcı önlemdir (Hodé, 2011). Ülkemizde hasta ve bakım verenlere eş zamanlı uygulanan programların hastalar üzerinde etkisi olmasına karşın, bakım verenlerin duygu ifadesi düzeylerine etkisinin olmadığı bulunmuştur (Çetinkaya Duman vd., 2007). Şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerine sağlanan psikososyal yaklaşımların, özellikle sosyal işlevsellik, aile ilişkileri ve yaşam kalitesini artırma yönlerinden yararlı olduğu görülmüştür (Doğan vd., 2002). Bakım veren bireylerin bakım sağladıkları alanla ilgilenen sivil toplum örgütlerince destek alması sağlanarak, bu örgütlerin destek örüntülerinden faydalanılabilir. Bu hizmet örüntülerinden olan psiko-eğitimler ailelerin psikolojik olarak sağaltımının sağlanmasına ve öz savunuculuklarının kurulmasına katkı sağlamaktadır.

KISITLILIKLAR

Kanada’da 65 yaş ve üstü yetişkinlere bakım sağlayan 340 aile bakıcı ile yapılan çalışmada kadın bakım vericiler erkek bakım verenlere göre daha fazla yük bildirmişlerdir. Daha fazla hastalığa sahip bireyin bakım verenleri daha yüksek düzeyde bakım verme yükü bildirmiştir. (Lai ve Thomson, 2011; Grandon vd., 2008). Çalışmamızda bakım alan Şizofreninin klinik seyrini ya da bu tanıya ek bir tanısının olup olmadığını ve hastalık süresini sormadık. Klinik seyrin her bireyde farklı aşamada olması bakım verenlerin tükenmişliğine farklı etkilerde bulunmaktadır (Cin vd., 2017; Khalil vd., 2021).

Damgalanmanın tükenmişlikte önemli bir parametre olduğu literatürde gözlemlenmektedir (Özdoğan vd., 2020). Çalışmamızda şizofreni tanılı bireye ya da ailesine olası damgalanmanın varlığı sorgulanmadı. Bakım verenlerden gelen bilgiler yalnızca temel bakım verenden geldiği için tüm ailenin görüşlerinin benzer olup olmadığına emin olmak mümkün olmayacaktır.

Profesyonel destek alan bakım verenlerde tükenmişlik oranları daha düşük düzeydedir (Kate vd., 2013; Caqueo-Úrizar vd., 2009). Katılımcılarımıza profesyonel destek alıp almadıklarını sormadık. Bakım veren bireyin birden fazla bağımlı aile üyesine (bebek, engelli çocuk vs.) bakmakla yükümlü olması ve ekonomik koşulları ele alınmadı.

Ve bu değişkenlerin etkisinin güvenle yordayabileceğimiz bir kontrol grubumuz yoktu.

KAYNAKÇA

- Abay Alyüz, S. B. (2018, Eylül). Sosyal Sermaye, Sosyal Ağlar ve Sosyal Destek İlişkisi. *Doktora Tezi*, 252-256. Yalova: Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Abay Alyüz, S. B. (2019). Sosyal Çalışmada Sosyal Ağların Gücünü Keşfetmek: Sosyal Sermaye ve Sosyal Destek. *Turkish Studies*, 14(3), 953-975. doi:10.29228/TurkishStudies.22811
- Aggarwal, M., Avasthi, A., Kumar, S., & Grover, S. (2009). Experience Of Ceregiving In Schizophrenia: A Study From India. *International Journal of Social Psychiatry*, 50(3), 224-236.
- Ak, M., Yavuz, K. F., Lapsekili, N., & Türkçapar, M. H. (2012). Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 330-337.
- Akbulut, Ş. (2009). *Şizofreni Hasta Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları ve Hastanın Bakımında Yaşadıkları Zorluklar*. Şanlıurfa: Harran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Akgül Gök, F. (2017, December). Şizofreni Hastalarına Bakım veren Kadınların Yaşadıkları Güçlüklerin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Çalışma. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(53), 433-441.
- Aras, A. ve Tel, H. (2009). Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı Olan Hastalarda Algılanan Sosyal Destek ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi. *Tur Toraks Dergisi*, 10, 63-68.
- Angermeyer, M., Bull, N., Bernert, S., Dietrich, S., ve Kopf, A. (2006, August). Burnout of Caregivers: A Comparison Between Partners of Psychiatric Patients and Nurses. *Archives of Psychiatric Nursing*, 20(4), 158-165.
- Ardahan, M. (2006). Sosyal Destek ve Hemşirelik. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(2), 68-75.
- Ardıç, K., ve Polatçı, S. (2009, Ocak-Haziran). Tükenmişlik Sendromu Ve Madalyonun Öbür Yüzü: İşle Bütünleşme. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*(32), 21-46.
- Arieti, S. (2015). *Interpretation of Schizophrenia*. International Psychotherapy Institute E-Books.
- Arslandaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V., ve Adana, F. (2009). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe Ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10(2), 3-10.
- Arslandaş, H., ve Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.
- Atar, S. (2018). Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Yakınlarının Yükü, Tükenmişlik ve Sosyal Uyum Düzeylerinin Saptanması. *Uzmanlık Tezi*. Hatay: T.C. Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfun Ata Sökmen Tıp Fakültesi.
- Atasü-Topçuoğlu, R. (2016, Aralık). Feminizmin Refah Devleti ve Sosyal Politika Alanına Eleştiri ve Katkıları. *Amme İdaresi Dergisi*, 49(4).
- Attepe Özden, S., ve Tuncay, T. (2018). The experiences of Turkish families caring for individuals with Schizophrenia: A qualitative inquiry. *International Journal of Social Psychiatry*, 00(0), 1-9.
- Avçıl, C., Bulut, H., Hızlı Sayar, G. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalanma. *Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*(2), 175-202.
- Bademli, K., ve Çetinkaya Duman, Z. (2013). Kronik Psikiyatri Aileleri: SistematiK Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 78-94.
- Bademli, K., ve Çetinkaya Duman, Z. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.
- Bademli, K., Lök, N., ve Kılıç, A. K. (2017). The Relationship Between the Burden of Caregiving, Submissive Behaviors and Depressive Symptoms in Primary Caregivers of Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*.

- Barrio, C., ve Yamada, A. M. (2010). Culturally Based Intervention Development: The Case of Latino Families Dealing With Schizophrenia. *Research on Social Work Practice*, 20(5), 483-492.
- Barrowclough, C. ve Tarrier, N. (1992). Family Environments. *Families of schizophrenic patients. Cognitive behavioural intervention* (s. 17-32). içinde London: Nelson Thornes.
- Baykoç Dönmez, N., Bayhan, P., ve Artan, İ. (2001, Nisan). Engelli Çocuğu Oolan Ailelerin Yaşam Döngüsü İçinde Karşılaştıkları Sorunların İncelenmesi. *Toplum Ve Sosyal Hizmet*, 12(2), 31-43.
- Beels, C. C. (1981). Social Support and Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 7(1), 58-72.
- Biegel, D. E., ve Tracy, E. (1993). Natural Supports Project. *Final Report to the Ohio Department of Mental Health*. Cleveland: Case Western Reserve University.
- Bilge, F., ve Kutsal, D. (2012). Lise Öğrencilerinin Tükenmişlik ve Sosyal Destek Düzeyleri. *Eğitim ve Bilim*, 37(164), 283-297.
- Bilge, A., Akmeşe, Z. B., Koçak, Y. Ç., ve Sarıcan, E. S. (2013, Nisan 1). Türkiye’de bir grup üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(1), 9-14.
- Bilgen, Ç., Erdal, A., ve Bilgili, N. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Şizofreni Tanılı Hastalara Bakım Verenlerin Hastalığa Yönelik İnançları ve Bakım Yükleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(1), 298-311.
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., ve Alptekin, K. (2011). Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistematik Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 40-52.
- Birliği, A. P. (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Booth, G. (2008). Sonlanım ve Tedavi Stratejileri. I. Yalom, & Sophia Vinogradov (Dü.) içinde, *Şizofreni* (F. Kaya, Çev.). İstanbul.
- Bourgeois, M. L. (2016). *Şizofreni*. (İ. Yerguz, Çev.) Ankara: Kültür Kitaplığı.
- Brown, G. W., ve Harris, T. (1978). Social origins of depression: a reply. *Psychological Medicine*, 8(4), 577-588.
- Buchanan, J. (1995). Social Support and Schizophrenia: A Review of the Literature. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(2), 68-76.
- Cankurtaran, Ö., ve Beydili, E. (2016). Ayrımcılık Karşıtı Sosyal Hizmet Uygulamasının Gerekliiliği. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 27(1), 145-160.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., ve Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(1), 84-.
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Irarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., Williams, D. R., ve Craig, T. K. (2017). Schizophrenia: Impact on Family Dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 1-8.
- Care4today Mental Health Solutions. (2013). Alevlenme Belirtileri. *Çalışma Kitabı*(6), 4. İstanbul: Janssen.
- Care4Today Mental Health Solutions. (2013). İlaç: Etkiler ve Yan Etkiler. *Çalışma Kitabı*, 8-12. İstanbul: Janssen.
- Ceylan, B., ve Çilli, A. S. (2015). Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetersizliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 85-90.
- Chai, Y. C., Mahadevan, R., Ng, C. G., Chan, L. F., ve Dai, F. M. (2018). Caregiver depression: The contributing role of depression in patients, stigma, social support and religiosity. *International Journal of Social Psychiatry*, 0(00), 1-11.
- Chakrabarti, S., Nehra, R., Kulhara, P., ve Sharma, R. (2005). Caregiver-coping bipolar disorder and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatr Epidemiol*, 40(4), 329-336.
- Chang, B. L., Brecht, M.-L., ve Carter, P. A. (2001). Predictors of Social Support and Caregiver Outcomes. *Women & Health*, 33(1\2), 39-61.

- Chen, F.-p., ve Greenberg, J. S. (2004). A Positive Aspect of Caregivingİ The Influence of Social Support on Caregiving Gains for Family Members of Relatives with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 40(5), 423-433.
- Chien, W.-T., Chan, S. W., ve Morrissey, J. (2007, May 18). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1151-1161.
- Cin, F. M., Aslan Aydın, M., ve Arı, E. (2017). Zihinsel Engelli Bireye Sahip Olan Ebeveynlerin Tükenmişlik Düzeylerinin İncelenmesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(31), 1-32.
- Cohen, S. ve Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Coşkun, Y., ve Akkaş, G. (2009). Engelli Çocuğu Olan Annelerin Sürekli Kaygı Düzeyleri İle Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişki. *Ahi Evran Üniversitesi Kırşehir Eğitim Fakültesi Dergisi (KEFAD)*, 10(1), 213-227.
- Creado, D. A., Parkar, S. R., ve Kamath, R. M. (2006). A comparison of the level of functioning in chronic schizophrenia with coping and burden in caregivers. *Indian Journal of Psychiatry*, 48(1), 27-33.
- Cuijpers, P., ve Stam, H. (2000). Burnout Among Relatives of Psychiatric Patients Attending Psychoeducational Support Groups. *Psychiatric Services*, 51(3).
- Cunkuş, N. (2016). Şizofreni Hastalarının Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa İlişkin Gereksinimleri ve Bakım Yükü Etkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çakır, Y., ve Palabıyıkoglu, R. (1997). Gençlerde Sosyal Destek- Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1), 15-24.
- Çam, O. ve Bilge, A. (2013). Türkiye'de Ruhsal Hastalığa/ Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistematiik Derleme. *Psikiyatri Hemşiriliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- Çapri, B. (2006, Haziran). Tükenmişlik Ölçeğinin Türkçe Uyarlaması: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2(1), 62-77.
- Çetin, M., & Ceylan, M. E. (2005). Genel Bilgiler. M. Çetin, & M. E. Ceylan içinde, *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri-Şizofreni* (Cilt 1, s. 83-124). İstanbul: Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık Hizmetleri A.Ş.
- Çetinkaya Duman, Z., Aştı, N., Üçok, A., ve Kuşçu, M. K. (2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine 'bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı' uygulaması, izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 91-99.
- Çölgeçen , Y. (2021). *Psikiyatrik Sosyal Hizmet- Koruyucu, Tedavi Edici, Rehabilit Edici Ruh Sağlığı Alanında*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Çölgeçen, Y., ve Çölgeçen, H. (2019). Social Problems of Individuals with Psychiatric Disorders and Their Families: A Qualitative Study on Patient and Patient Relatives. *Contemporary Issues in Social Sciences*. 3, s. 27-42. Hungary: Seventh International Mediterranean Social Sciences Congress.
- Danış, M. Z. (2006, Ekim). Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Çocuklarının Geleceğe İlişkin Düşünceleri ve Umutsuzluk Düzeyleri. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 17(2), 91-107.
- Danış, Y. (2019, Mayıs). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Aile Üyelerinin Duygu Dışavurumlarının Değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Sakarya: Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Demirbas, H., ve Ozel Kizil, E. T. (2017, March 09). Burnout and Related Factors in Caregivers of outpatients with Schizophrenia. *Insights Depress Anxiety*, 01, 001-011.
- Demirel, Y., ve Yücel, M. (2017). Sosyal Destek ve Psikolojik Güçlendirmenin Duygusal Tükenmişlik Üzerine Etkisi. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 18(1), 310-321.
- Doğan, O., Doğan , S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz , Ö., ve Doğan Başeğmez, F. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 133-139.

- Dominelli, L. (2021). *Baskı Karşıtı Sosyal Çalışma Teori ve Pratik*. Nika Yayınevi.
- Donaldson, C., Tarrier, N., ve Burns, A. (1998). Determinants of carer stress in Alzheimer's disease. *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 13(4), 248-256.
- Dökmen, Z. (2012). Yakınlara Bakım Verenlerin Ruh Sağlıkları le Sosyal Destek Algıları Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(1), 3-38.
- Ducharme, F., Lachance, L., Kergoat, M.-J., Coulombe, R., Antoine, P., ve Pasquier, F. (2015, September 7). A Comparative Descriptive Study of Characteristics of Early- and Late-Onset Dementia Family Caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 1-9.
- Durmaz, H. (2011). Şizofreni Hastasına Bakım Veren Aile Üyelerinin Öz Yeterlilik Düzeylerinin Bakım Yüküne Etkisinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum: T.C. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Duygun, T. (2001). *Zihinsel Engelli ve Sağlıklı Çocuk Annelerinde Stres Belirtileri, Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Algılanan Sosyal Desteğin Tükenmişlik Düzeyleri Üzerine Etkisi*. Psikoloji Anabilim Dalı. Ankara: Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Egici, M. T., Kök Can, M., Toprak, D., Zeren Öztürk, G., Esen, E. S., Özen, B., ve Sürekci, N. (2019). Palyatif Bakım Merkezlerinde Tedavi Gören Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükleri ve Tükenmişlik Durumları. *JAREN*, 5(2), 123-131.
- Eker, D., ve Arkar, H. (1995, Haziran). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 45-55.
- Ell, K. (1996). Social Network, Social Support and Coping With Serious Illness: The Family Connection. *Social Science & Medicine*, 42(2), 173-183.
- Ergin, C. (1992). Doktor ve hemşirelerde Tükenmişlik ve Maslach Tükenmişlik ölçeğinin uyarlanması. 7. *Ulusal Psikoloji Kongresi Bilimsel Çalışmaları*, (s. 143-154). Ankara.
- Esmek, M. (2007). Psikiyatri Servisinde Yatan Şizofren Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Konya: Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Eylen, B. (2002). "Kanser Hastası Sosyal Destek Ölçeği"nin Geçerlik, Güvenirlik ve Faktör Yapısı Üzerine Bir Çalışma. *Uludağ Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15(1).
- Fadden, G., Bebbington, P., ve Kuipers, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *British Journal of Psychiatry*, 150, 285-292.
- Falloon, I. R., Coverdale, J. H., ve Brooker, C. (1996). Psychosocial interventions in schizophrenia: A review. *International Journal of Mental Health*, 25(1), 3-23.
- Faustman, W. (2008). Şizofreniye Ne Sebep Olur. S. Vinogradov, ve I. D. Yalom (Dü) içinde, *Şizofreni Terapisi* (F. Kaya, Çev., s. 71-95). Prestij Yayınları.
- Feinberg, I. (1982/83). Schizophrenia: Fault in Programmed Synaptic Elimination During Adolescence? *Journal of Psychiatric Research*, 17(4), 319-332.
- Freedman, R. (2003, October 30). Schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 349(18), 1743-1749.
- Freud, S. (2020). *Kitle Psikolojisi ve Ego Analizi*. Oda Yayınları.
- Freudenberger, H. J. (1974). Staff Burn-Out. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Gabbard, G.O. (1990). *Psychodynamic Psychiatry In Clinical Practice*. Washington D. C., American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gallagher, S. K., ve Mechanic, D. (1996). Living With The Mentally Ill: Effects On The Health And Functioning Of Other Household Members. *Social Science & Medicine*, 42(12), 1691-1701.
- Gençtan, E. (2003). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Gerstel, N., ve Gallagher, S. K. (1993). Kinkeeping and Distress: Gender, Recipients of Care, and Work-Family Conflict. *Journal of Marriage and Family*, 55(3), 598-608.

- Gökcan, K. (tarih yok). *Özürlü Çocuğa Sahip Ailelerin Psikososyal ve Özürlü Çocukların Yaşam Becerilerinin Geliştirilmesi*. Nisan 19, 2020 tarihinde [Sosyalhizmetuzmani.org: http://www.sosyalhizmetuzmani.org/ozurluailerleri.htm](http://www.sosyalhizmetuzmani.org/ozurluailerleri.htm) adresinden alındı
- Göker, Z. G. (2000). Özenli Vatandaşlık: Feminist Bakış Açısını Yeniden Politikleştirmek. *Kadın/ Woman*, 21(1), 89-106.
- Göktepe, A. K. (2016). Çağın Hastalığı: Tükenmişlik Sendromu. A. K. Göktepe içinde, *Tükenmişlik Sendromu* (s. 32). İstanbul: Nesil Yayınları.
- Grandon, P., Jenaro, C., ve Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatric Research*, 158(3), 335-343.
- Greenberg, J. S., Greenley, J. R., McKee, D., ve Brown, R. (1993, April). Mothers Caring for an Adult Child with Schizophrenia: The Effects of Subjective Burden on. *Family Relations*, 42(2), 205-211.
- Guarnaccia, P. J., ve Parra, P. (1996). Ethnicity, social status, and families' experiences of caring for a mentally ill family member. *Community Mental Health Journal*, 32(3), 243-260.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Úrizar, A., & Kavanagh, D. J. (2005). Burden of care and general health in families of patients. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40, 899-904.
- Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K., ve Impe, K. V. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*, 15(1).
- Gülbol, S., Arı, M., ve Kokaçya, M. H. (2021). Determination of depression, burnout and psychological resilience levels of caregivers of schizophrenia patients. *International Journal of Clinical Practice*. doi:10.1111/ijcp.14368
- Güler, A. (2014). *Şizofreni Tanılı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Etkileri*. İstanbul: Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 143-151.
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş., Mete, L. (2010). Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 203-212.
- Gündoğan, B. (2019). Şizofreni Hastalarında Dürtüsellik, Sigara Bağımlılığı, Bakım Veren Külfeti İlişkisinin İncelenmesi. *Uzmanlık Tezi*. Bursa: Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Gündüz, B. (2005, Haziran). İlköğretim Öğretmenlerinde Tükenmişlik. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 152-166.
- Haskan Avcı, Ö., ve Yıldırım, İ. (2014). Ergenlerde Şiddet Eğilimi, Yalnızlık ve Sosyal Destek. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 29(1), 157-168.
- Hancı, N., Sarandöl, A., Eker, S., ve Akkaya, C. (2018). İki uçlu bozukluk-I ve şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yük düzeylerinin karşılaştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 19(5), 451-458.
- Hatfield, A. B. (1978). Psychological costs of schizophrenia to the family. *Social Work*, 355-359.
- Haviland, W. (2002). *Kültürel Antropoloji*. (H. İnaç, ve S. Çiftçi, Çev.) İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Heller, K., Swindle, R. W., ve Dusenbury, L. (1986). Component Social Support Processes: Comments and Integration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(4), 466-470.
- Hinson Langford, C. P., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25, 95-100.
- Hodé, Y. (2011). Prise en charge des familles de patients schizophrènes: Family intervention for schizophrenia. *Annales Médico-Psychologiques*, 169(3), 196-199.
- Hoenig, J., ve Hamilton, M. W. (1969). *The Desegregation of the Mentally Ill*. London: Routledge and Kegan Paul.

- Igberase, O. O., Morakinyo, O., Lawani, A. O., James, B. O., ve Omoaregba, J. O. (2012). Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2), 131-137.
- Inogbo, C. F., Olotu, S. O., James, B. O., ve Nna, E. O. (2017). Burden of care amongst caregivers who are first degree relatives of patients with schizophrenia. *Pan African Medical Journal*, 28.
- Işıkkhan, V. (2002). Yardım edici mesleklerde tükenmişlik sendromu. *Sosyal Hizmetler Dergisi*, 2(13), 14-22.
- Işıkkhan, V. (2004). Bakım Verenlerde Stres ve Tükenmişlik. *Uluslararası Onkolojide Evde Bakım Konferansı*, (s. 59-67). İstanbul.
- Işıkkhan, V. (2005, Ekim). Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Annelerin Psiko-sosyal ve Sosyo-ekonomik Sorunları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 16(2), 35-52.
- Işıkkhan, V. (2007, Nisan). Kanser ve Sosyal Destek. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 18(1), 15-29.
- Işıkkhan, V. (2016). Çalışanlarda Tükenmişlik Sendromu. (M. Gülhan, & Ü. Yılmaz, Dü) *Tüsiad Eğitim Kitapları Serisi*, s. 366-391.
- İnci, F. H. (2006, Haziran). Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. *Yüksek Lisans Tezi*. Denizli: Pamukkale Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Jacobs, M. H. (2008). Şizofreni Nedir? S. Vinogradov (Dü.) içinde, *Şizofreni Terapisi* (s. 15-40). Prestij Yayınları.
- Jablensky, A., Kirkbride, J. B., ve Jones, P. B. (2011). Schizophrenia: The Epidemiological Horizon. D. R. Weinberger, & P. J. Harrison (Dü) içinde, *Schizophrenia* (s. 185-225). Blackwell Publishing Ltd.
- Kaçmaz, N. (2005). Tükenmişlik (Burnout) Sendromu. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 68(1), 29-32.
- Kamil, S. H., ve Velligan, D. I. (2019). Caregivers of individuals with schizophrenia: who are they and what are their challenges? *Current Opinion in Psychiatry*, 32(3), 157-163.
- Karaağaç, H. (2016). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Travma Sonrası Gelişimlerinin ve Bakım Yüklerinin Yaşam Kalitelerine Etkisinin İncelenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karaağaç, H., ve Çalık Var, E. (2019). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, 16-26.
- Karaaslan, A. (2013). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: T.C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Karasar, N. (2012). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., ve Nehra, R. (2013). Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(5), 380-388.
- Kaya, Y. (2013). Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Khalil, S. A., Elbatrawy, A. N., ve Saleh, N. M. (2021). The burden of care and burn out syndrome in caregivers of an Egyptian sample of schizophrenia patients. *International Journal of Social Psychiatry*, 1-9.
- Kıvrıkcı Akdede, B. B., Alptekin, K., Topkaya, Ş.Ö., Belkiz, B., Nazlı, E., Özsin, E., Piri, Ö., ve Saraç, E. (2004). Gençlerde Şizofreniyi Damgalama Düzeyi. *Yeni Symposium*, 42(3), 113-117.
- Kocahan, S., Akıllıoğlu, K., Babar Melik, E., ve Melik, E. (2010). Beyin ve Davranışlar Üzerine Sosyal Çevrenin Etkileri. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 73(4), 108-112.
- Kocal, Y., Karakuş, G., ve Sert, D. (2017). Şizofreni: Etiyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.
- Kokurcan, A. (2014). *Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kokurcan, A., Yılmaz Özpolat, A. G., ve Göğüş, A. K. (2015). Burnout in caregivers of patients with schizophrenia. *Turkish Journal of Medical Sciences*, 45, 678-685.

- Koschorke, M., Padmavati, R., Kumar, S., Cohen, A., Weiss, H. A., Chatterjee, S., . . . Thornicroft, G. (2017). Experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India. *Social Science & Medicine*, 178, 66-77.
- Koukia, E., ve Madianos, M. G. (2005). Is psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients preventing family burden? A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(4), 415-422.
- Köroğlu, A. ve Hocaoglu, Ç. (2017). Şizofreninin Aile Üzerindeki Etkisi. *Düzce Üniversite Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(3), 170-175.
- Kulaksızoglu, B., ve Cinemre, B. (2019). Şizofreni Hasta Yakınlarının. M. Eraslan (Dü.), *Erasmus International Academic Research Symposium in Health Sciences*. içinde İzmir: Asos Yayınları.
- Kurt, D. (2010). Zihinsel Engelli Çocuğu Sahip Annelerin Tükenmişlik Düzeylerinin Yordanması. *Yüksek Lisans Tezi*. İzmir: Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Lai, D. W., ve Thomson, C. (2011). The Impact of Perceived Adequacy of Social Support on Caregiving Burden of Family Caregivers. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 92(1), 99-106.
- Laidlaw, T. M., Coverdale, J. H., Falloon, I. R., ve Kydd, R. R. (2002). Caregivers' Stresses When Living Together or Apart from Patients with Chronic Schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 38, 303-310.
- Leader, D. (2011) Delilik Nedir?. İstanbul, Encore Yayınları,24.
- Lee, T. C., Yang, Y. K., Chen, P. S., Hung, N. C., Lin, S. H., Chang, F. L.,ve Cheng, S. H. (2006). Different dimensions of social support for the caregivers of patients with schizophrenia: Main effect and stress-buffering models. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60(5), 546-550.
- Leucht S., Tardy M., Komossa K., Heres S., Kissling W.,ve Davis JM. Maintenance treatment with antipsychotic drugs for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 5.
- Loukissa, D. (1995). Family Burden in Chronic Mental İllnes; A Rewiev of Research Studies. *Journal of Advanced Nurcing*(21), 248-255.
- Lowyek, B., Hert, M. D., Peeters, E., Wampers, M., Gilis, P., ve Peuskens, J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 19(7), 395–401.
- Lueboonthavatchai, P.,ve Lueboonthavatchai, O. (2006). Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89(3), 13-19.
- Madianos, M., Economou, M., Dafni, O., Koukia, E., Palli, A., ve Rogakou, E. (2004). Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *European Psychiatry*, 19(7), 408-414.
- Magaña, S. M., García, J. I., Hernández, M. G., ve Cortez, R. (2007, March). Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. *Psychiatric Services*, 58(3), 378-384.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., Caldas de Almeida, J. M., Held, T., Guarneri, M., . . ve Maj, M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 33(9), 405-412.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., ve Maj, M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4), 291-298.
- Magliona, L., Fiorillo, A., ve Maj, M. (2005). *Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs physical disorders*. National Mental Health Project Working Group.
- McCaan, T., Lubman, D., ve Clark, E. (2011). First-Time Primary Caregivers' Experience of Caring for Young Adults With First-Episode Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2), 381-388.

- Mcneil, G., Kosberg, J., Durkin, D., Dooley, W. K., DeCoster, J., ve Williamson, G. (2009). Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior: The Central Role of Caregiver Anger. *The Gerontologist*, 50(1), 76-86.
- Mete, L. (2018). *Şizofreni En Uzak Ülke*. İstanbul: Say Yayınları.
- Mitsonis, C., Voussoura, E., Dimopoulos, N., Psarra, V., Kararizou, E., Latzouraki, E., . . . Katsanou, M.-N. (2012). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 331-337.
- Naktiyok, A. ve Karabey, C. N. (2005, Eylül). İşkoliklik ve Tükenmişlik Sendromu. *İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 19(2), 179-198.
- Neuman, W. L. (2020). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri* (Cilt 2). (E. Akkaş, Dü., & Ö. Akkaya, Çev.) Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Oban, G., ve Küçük, L. (2012). Lise öğrencilerinde şizofreniye yönelik bilgilendirme eğitiminin sosyal mesafe ve tutuma etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(2), 35-41.
- Onwumere, J., Lotey, G., Schulz, J., James, G., Afsharzagdegan, R., Harvey, R., . . . Raune, D. (2015). Burnout in early course psychosis caregivers: the role of illness beliefs and coping styles. *Early Intervention in Psychiatry*.
- Organization, World Health. (2005). *Mental Health Atlas*. Switzerland: World Health Organization.
- Os, J. V., & Allardyce, J. (2009). The Clinical Epidemiology of Schizophrenia. B. J. Sadock, V. A. Sadock, & P. Ruiz (Dü) içinde, *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* (Cilt 1, s. 1476-1488). Lippincott Williams & Wilkins.
- Outram, S., Harris, G., Kelly, B., Bylund, C. L., Cohen, M., Landa, Y., . . . Loughland, C. (2015). 'We didn't have a clue': Family caregiver's experiences of the communication of a diagnosis of schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1), 10-16.
- Önen Sertöz, Ö., Binbay, T., Elbi Mete, H. (2008). Tükenmişliğin Nörobiyolojisi: Hipotalamus-Pituitar-Adrenal Eksenini Ve Diğer Bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 318-328.
- Örmen, U. (1993). Tükenmişlik duygusu ve yöneticiler üzerinde bir uygulama. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Öz, F. (2001). Hastalık Yaşantısında Belirsizlik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(1), 61-68.
- Öz, F., ve Babaoğlu, E. (2003). Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 24-33.
- Özdemir, U. (2019). *Psikiyatrik Sosyal Hizmet*. Ankara: Nobel Yayıncılık.
- Özden, S. A. (2015). *Şizofreni Tanısı Almış Bireylerin Ailelerinin Bakım Verme Deneyimleri ve Sosyal Destek İlişkilerinin Psikiyatrik Sosyal Hizmet Temelinde İncelenmesi*. Ankara: Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Özdoğan, B., Gözler, T., ve Bulut, H. (2020). Eşi Şizofreni Tanısı Almış Kadınların Psikiyatrik Hastalıklara Yönelik İnançları: Karşılaştırmalı Bir Çalışma. G. Hızlı Sayar, H. Ünübol, & B. Özdoğan (Dü.), *Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Araştırmaları Sempozyumu* içinde (s. 48-50). İstanbul: Üsküdar Üniversitesi Yayınları.
- Özel Kızıl, E. T., ve Yılmaz Polat, A. G. (2010). Kronik psikiyatrik hastalığı bulunan hastaların bakımverenlerinde tükenmişlik sendromunun boyutları. *Kriz Dergisi*, 18(3), 1-7.
- Özkan Tuncay, F., Mollaoğlu, M., ve Kars Fertelli, T. (2015). Kronik Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yükü Ve Sosyal Destek Düzeyi. *Psikiyatri/ Nöroloji/ Davranış Bilimleri Dergisi*(8).
- Özşenol, F., Işıkhani, V., Ünay, B., Aydın, H. İ., Akın, R., ve Gökçay, E. (2003). Engelli Çocuğa Sahip Ailelerin Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(2), 156-164.
- Öztürk, M. (1997). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Pazvantoglu, O., Sarisoy, G., Böke, Ö., Alptekin Aker, A., Deniz Özturan, D., ve Ünverdi, E. (2014). Şizofrenide Bakım Veren Yükünün Boyutları: Hastaların İşlevselliğinin Rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27, 53-60.

- Potaszniak, H., ve Nelson, G. (1984). Stress and social support: The burden experienced by the family of a mentally ill person. *American Journal of Community Psychiatry*, 12(5), 589–607.
- Rafiyah, I., Suttharangsee, W., ve Sangchan, H. (2011). Social Support and Coping of Indonesian Family Caregivers Caring for Persons with Schizophrenia. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(2), 159-169.
- Raj, E. A., Shiri, S., ve Jangam, K. V. (2016). Subjective burden, psychological distress, and perceived social support among caregivers of persons with schizophrenia. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 32(1), 42-49.
- Rankin, E. D., Haut, M. W., ve Keefover, R. W. (1992). Clinical assessment of family caregivers in dementia. *The Gerontologist*, 32(6), 813-821.
- Read, J., & Hammersley, P. (2005). Child sexual abuse and schizophrenia. Correspondence. *British Journal of Psychiatry*, 186, 76-80.
- Richieri, R., Boyer, L., Reine, G., Loundou, A., Auquier, P., Lançon, C., ve Simeoni, M. C. (2011). The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL): Development and validation of an instrument to measure quality of life of caregivers of individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 126(1-3), 192-201.
- Ruppert, F. (2014). *Travma, Bağlanma ve Aile Konstelasyonları*. İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Rüzgar, S. (2021). Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde İçselleştirilmiş Damgalanma ve Öğrenilmiş Güçlülük İlişkisi. *Yüksek Lisans Tezi*. Erzurum: Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Sarıkaya, P. (2007). *Tükenmişlik Sendromunun Kişilik Özelliklerinden Denetim Odağı İle İlişkisi ve Bir Uygulama*. İnsan Kaynakları Yönetimi Bilim Dalı. İstanbul: Marmara Üniversite Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Saunders, C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature. *Issues of Mental Health Nursing*, 24, 175-198.
- Sawa, A., ve Snyder, S. H. (2002, April 26). Schizophrenia: Diverse Approaches to a Complex Disease. *Science*, 296(5568), 692-695.
- Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., ve Mento, C. (2014). Caregiver's Burden and Quality of Life: Caring for Physical and Mental Illness. *International Journal of Psychological Research*, 7(1), 30-39.
- Shibre, T., Medhin, G., Teferra, S., Wakwoya, A., Berhanu, E., Abdulahi, A., . . . Fekadu, A. (2012, April 01). Predictors of carer-burden in schizophrenia; a five-year follow up study in Butajira, Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 50(2), 125-133.
- Sintayehu, M., Mulat, H., Yohannis, Z., Adera, T., ve Fekade, M. (2015). Prevalence of mental distress and associated factors among caregivers of patients with severe mental illness in the outpatient unit of Amanuel Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2013: Cross-sectional study. *Journal of Molecular Psychiatry*, 3(9), 1-10.
- Smerglia, V. L., Miller, N. B., Sotnak, D. L., & Geiss, C. A. (2007, March). Social support and adjustment to caring for elder family members: A multi-study analysis. *Aging & Mental Health*, 11(2), 205–217.
- Song, L.-y., Biegel, D. E., ve Milligan, S. E. (1997). Predictors of Depressive Symptomatology Among Lower Social Class Caregivers of Persons with Chronic Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 33(4), 269-286.
- Starker, J. (1986, May). Methodological and Issues in Research on Social Support. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(5), 485-490.
- Sun, X., Ge, J., Meng, H., Chen, Z., ve Liu, D. (2019). The Influence of Social Support and Care Burden on Depression among Caregivers of Patients with Severe Mental Illness in Rural Areas of Sichuan, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16, 1-12.
- Szymanski, S., Liberman, J., Alvir, J., Mayerhoff, D., Loebel, A., Geisler, S., . . . Cooper, T. (1992, May). Gender Differences in Onset of Illness, Treatment Response, Course, and Biologic Indexes in First-Episode Schizophrenic Patients. *American Journal of Psychiatry*, 152(5), 698-703.

- Şahin, S., ve Uyanık, M. (2018). Şizofreni tanılı hastalara bakım veren aile bireylerinin aktivite performansı ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitelerinin incelenmesi. *Ergoterapi ve Rehabilitasyon Dergisi*, 6(3), 161-170.
- Şengün, F. (2007). *Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Ruhsal Sağlık Durumlarını Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Taktak, Ş., Erkıran, M., Karşıdağ, Ç., Özeren, M., ve Alpay, N. (2000). Şizofren Olgularda Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi Üzerine Bir Çalışma. *Düşünen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 13(4), 196-203.
- Taşdelen, P., ve Ateş, M. (2012). Evde Bakım Gerektiren Hastaların Bakım Gereksinimleri ile Bakım Verenlerin Yükünün Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 9(3), 22-29.
- Teater, B. (2015). Feminist Teori ve Uygulama. B. Teater içinde, *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri: Uygulama İçin Bir Giriş* (s. 106-124). Nika Yayınevi.
- Teater, B. (2015). Güçlendirme ve Dilin Kullanımı. B. Teater içinde, *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri: Uygulama İçin Bir Giriş* (s. 67-86). Nika Yayınevi.
- Teater, B. (2015). Kriz Müdahalesi. B. Teater içinde, *Sosyal Hizmet Kuram ve Yöntemleri: Uygulama İçin Bir Giriş* (s. 229-246). Nika Yayınevi.
- Tel, H., ve Ertekin Pınar, Ş. (2013). Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 145-152.
- Temel, R. (2019, Ekim). Engelli Yakınları Tarafından Algılanan Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Tutumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi (Sivas Örneği). *Yüksek Lisans Tezi*. Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Thunyadee, C., Sitthimongkol, Y., Sangon, S., Chai-Aroon, T., ve Hegadoren, K. M. (2015). Predictors of depressive symptoms and physical health in caregivers of individuals with schizophrenia. *Nursing and Health Sciences*, 17(4), 412-419.
- Tuna, M., ve Olgun, N. (2010). İnmeli Hastalara Bakım Veren Hasta Yakınlarında Görülen Tükenmişlik Durumunda Algılanan Sosyal Desteğin Rolü. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 41-52.
- Ukpong, D. (2012). Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Nijeryalılar Arasında Yük ve Ruhsal Sıkıntı: Pozitif ve Negatif Semptomların Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, 1-6.
- Urhan, B. (2016). Toplumsal cinsiyet tartışmaları. F. Saygılıgil (Dü.) içinde, *Kadın emeği ve toplumsal cinsiyet* (s. 121-151). Ankara: Dipnot Yayınları.
- Uygur, A. B., ve Esen Danacı, A. (2019). Şizofreni Hastalarının İhtiyaçları ve Öngörülebilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 30(3), 180-190.
- Üstünsoy Çobanoğlu, S., Aker, T., ve Çobanoğlu, N. (2003). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluğu Olan Hastalarda Tedaviye Uyum Sorunları. *Düşünen Adam*, 16(4), 211-218.
- Üçok, A. (2008). Şizofreninin Erken Döneminde Klinik Özellikler ve Tedavi İlkeleri. *Klinik Psikiyatri*, 11(Ek 1), 3-8.
- Waters, A., ve Northover, J. (1965). Rehabilitated Long-Stay Schizophrenics in the Community. *The British Journal of Psychiatry*, 258-267.
- Wijngaarden, B., Schene, A. H., ve Koeter, M. W. (tarih yok). Family caregiving in depression: impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders*, 81(3), 211-222.
- Wong, Y.-L. I., Kong, D., Tu, L., ve Frasso, R. (2018). "My bitterness is deeper than the ocean": understanding internalized stigma from the perspectives of persons with schizophrenia and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1).
- Yang, Y. K., Hsieh, H. H., Wu, A. C.-C., ve Yeh, T. L. (1999). Help-seeking behaviors in relatives of schizophrenia in Taiwan. *General Hospital in Psychiatry*, 21(4), 303-309.
- Yazıcı, E., Karabulut, Ü., Yıldız, M., Baskan Tekeş, S., İnan, E., Çakır, U., . . . Turgut, C. (2016). Şizofrenisi Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve İlişkili Etmenler. *Arch Neuropsychiatr*, 53, 96-101.

- Yıldırım, A., Buzlu, S., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Camcıoğlu, T. H., Erdiman, S., ve Ekinci, M. (2013). Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi Aile Yüğü ve Öz yeterlilik Üzerine Etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24.
- Yıldız, M. (2018). *Şizofreni: Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek*. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.
- Yıldız, M. (2019). *Ruhsal Toplumsal Beceri Eğitimi*. Kocaeli: Umuttepe Yayınevi.
- Yılmaz, A. ve Turan, E. (2007). Alzheimer Hastalarını Bakım Verenlerde Tükenmişlik, Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Başetme Yolları. *Türkiye Klinikleri*, 445-454.
- Yılmaz, E., Yılmaz, E., ve Karaca, F. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Destek ve Yalnızlık Düzeylerinin İncelenmesi. *Genel Tıp Dergisi*, 18(2), 71-79.
- Yurtseven, İ. K. (2018). Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin, Bakım Yüğü ve Tükenmişlik Düzeylerinin Belirlenmesi. *Yüksek Lisans Tezi*. İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Zaybak, A., Yapucu Güneş, Ü., Günay İsmailoğlu, E., ve Ülker, E. (2012). Yatağı Bağımlı Hastalara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yüğülerinin Belirlenmesi. *Journal of Anatolia Nursing And Health Sciences*, 15(1), 48-54.

ÖZGEÇMİŞ

Leyla Buse KETRE AKBAŞ, [REDACTED] İlk, orta ve lise öğrenimini Adana’da tamamladı. 2012 yılında Hacettepe Üniversitesi Sosyal Hizmet Bölümü lisans eğitimine başladı ve 2016 yılında Şeref Öğrencisi olarak lisans eğitimini tamamladı. 2018 yılında Yalova Üniversitesi Yüksek Lisans Programına başladı ve aynı yıl Sağlık Bakanlığına bağlı T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Sosyal Çalışmacı kadrosunda göreve başladı. 2021 yılında iş bu tez ile yüksek lisans eğitimini tamamladı. Şu an Tunceli Devlet Hastanesinde Sosyal Çalışmacı olarak görevine devam etmektedir.



EKLER

Ek 1.

YALOVA ÜNİVERSİTESİ İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

“Şizofreni Hastalarının Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Sosyal Destek Sistemleri İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasında İlişkinin İncelenmesi” isimli bu araştırma T.C. Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Hizmet Anabilim Dalı Sosyal Hizmet Bölümü Tezli Yüksek Lisans öğrencisi Leyla Buse Ketre tarafından yürütülmektedir. Bu çalışmanın amacını aile içinden ya da aile dışından fark edilmeksizin şizofreni hastalarına temel bakım veren bireylerin tükenmişlik düzeylerinin ve sosyal destek sistemlerinin tespit edilip bakım verenlerin sosyal destek sistemleri ile tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişki incelenmesi oluşturmaktadır.

Bu çalışmayı kabul etmeniz durumunda dolduracağınız sizin 15 dakikanızı alacak olan anket formu üç farklı bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm sosyodemografik bilgilerin olduğu kısımdır. Bu kısımda 10 adet soru bulunmaktadır. Anketin ikinci bölümü ise tükenmişlik düzeyini ölçen 22 adet soru bulunmaktadır. Anketin son bölümüne ise algılanan sosyal destek düzeyinin ölçüldüğü 12 adet soru bulunmaktadır.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır, katılımı reddedebilir ya da araştırmanın herhangi bir anında cezaya ya da yaptırıma maruz kalmaksızın çekilmek isterseniz, istediğiniz an çekilebilirsiniz. Bu ankette sizden alınan bilgiler tüm gizlilik koşullarınca yalnızca araştırmacı tarafından saklanacak olup, sadece bilimsel çalışma için kullanılacaktır. Araştırma sonuçları yayınlansa da kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan tüm sorulara samimiyetle cevap vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz. İletişim ve sorularınız için Sosyal Çalışmacı Leyla Buse KETRE (0553 024 5819) ile iletişime geçebilirsiniz.

"Bilgilendirilmiş Gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama, aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi biliyorum. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum."/...../2021 /

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı / Soyadı / İmzası
Leyla Buse KETRE
Gönüllünün Adı / Soyadı
İmzası
Tarih

Ek 2.

Anket No:

Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz? Kadın () Erkek ()

2. Yaşınız.....

3. Medeni durumunuz? Evli () Bekar ()

4. Eğitim düzeyiniz ? İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
Lisansüstü()

5. Ne kadar süredir bakım vermektesiniz?

1- 5 yıl () 6- 10 yıl () 11- 15 yıl () 16- 20 yıl () 20 yıldan fazla ()

6. Bakım verdiğiniz hastadan önce aile yakınlarınızda bu hastalığın tanısını alan biri ya da birileri var mıydı ? Evet () Hayır ()

7. Bakım verdiğiniz bireye yakınlık dereceniz nedir?

Eş () Anne-Baba () Kardeş () Diğer ()

8. Bakım verdiğiniz bireyle birlikte mi yaşıyorsunuz? Evet () Hayır ()

9. Bakım verdiğiniz bireyin yaşı nedir? Yazınız.....

10. Bakım verdiğiniz bireyin cinsiyeti nedir? Kadın () Erkek ()

Ek 3.

MASLACH TÜKENMİŞLİK ÖLÇEĞİ

Aşağıdaki, kişilerin ruh durumlarını ifade ederken kullandıkları bazı cümleler verilmiştir. Lütfen her cümleyi dikkatle okuyarak bu duyguları hangi sıklıkta hissettiğinizi size uyan seçeneği işaretleyerek belirtiniz	HİÇBİR ZAMAN	YILDA BİRKAÇ KEZ	AYDA BİRKAÇ KEZ	HAFTADA BİRKAÇ KEZ	HERGÜN
1. Hastamdan soğuduğumu hissediyorum					
2. Gün sonunda kendimi bitkin hissediyorum					
3. Sabah kalktığımda bir gün daha bu işi kaldıramayacağımı hissediyorum					
4. Hastamın pek çok şey hakkında neler hissettiğini anlayabilirim					
5. Hastama sanki insan değilmiş gibi davrandığımı hissediyorum					
6. Bütün gün hastamla uğraşmak benim için gerçekten bir gerginliktir					
7. Hastamın sorunlarını etkili bir şekilde hallederim					
8. Hastamın bakımının beni tükettiğini hissediyorum					
9. Yaptığım şeylerle hastamın yaşamını olumlu yönde etkilediğimi hissediyorum					
10. Hastamla birlikte olmaya başladığımdan beri insanlara karşı katılaştığımı hissediyorum					
11. Hastamın bakımı beni duygusal olarak katılaştırdığı için sıkıntı duyuyorum					
12. Kendimi çok enerjik hissediyorum					
13. Hastamın beni kısıtladığını düşünüyorum					
14. Hastamın bakımı konusunda gücümün üstünde çalıştığımı hissediyorum					
15. Hastamın başına gelenler gerçekten umurumda değil					
16. Doğrudan hastamla ilgilenmek bende çok fazla strese neden oluyor					
17. Hastamla rahat bir atmosferi kolayca sağlayabilirim					
18. Hastamla yakın ilişki içinde çalıştıktan sonra kendimi ferahlamış hissediyorum					
19. Hasta bakımına yönelik pek çok değerli işler başardım					
20. Kendimi çok çaresiz hissediyorum					
21. Hastamla ilgili duygusal sorunları bir hayli soğukkanlılıkla hallederim					
22. Hastamın bazı problemleri için beni suçladığını hissediyorum					

Ek 4.**ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ**

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Bu ankette kimliğiniz gizli tutulacak ve araştırmacı dışında kimse verdiğiniz cevapları göremeyecektir. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.	Kesinlikle Hayır						Kesinlikle Evet
1. Ailem ve arkadaşlarım dışında ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan var (örn; flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor).	1	2	3	4	5	6	7
2. Ailem ve arkadaşlarım dışında sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan var (örn; flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor).	1	2	3	4	5	6	7
3. Ailem (örn; annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örn; anne, baba, eşi, çocuk, kardeş) alırım.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örn; flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.	1	2	3	4	5	6	7
7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sorunlarımı ailemle (örn; ebeveyn, eş, çocuk, kardeş) konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7
9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.	1	2	3	4	5	6	7
10. Ailem ve arkadaşlarım dışında duygularıma önem veren bir insan (örn; flört, nişanlı, akraba, komşu, doktor) var.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kararlarımı vermede ailem (örn; anne, baba, eş, çocuk, kardeş) bana yardımcıyı olmaya isteklidir.	1	2	3	4	5	6	7
12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.	1	2	3	4	5	6	7

Ek 5.



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : E-15916306-604.01.01
Konu : Leyla Buse KETRE' nin Çalışması
Hk.

ERENKÖY RUH SİNİR VE HASTALIKLARI EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİNE

İlgi : a) 21/04/2021 tarihli ve 32900231-799-E-32900231-799-561 sayılı yazı.
b) 05/05/2021 tarihli ve 32900231-806.01.03-03-620 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazı ile Hastanenizde Sosyal Çalışmacı olarak görev yapmakta olan Leyla Buse KETRE'nin, Dr.Öğr.Üyesi Yasemin ÇOLGEÇEN danışmanlığında, "*Şizofreni Hastalarının Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Sosyal Destek Sistemleri İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasında İlişkinin İncelenmesi*" başlıklı çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı kurumda yapma talebi birimimize iletilmiş olup, Müdürlüğümüz Sağlık Hizmetleri Başkanlığı Araştırma, Basılı Yayım, Duyuru İçeriği Değerlendirme Komisyonu 07.05.2021 tarih ve 2021/20 sayılı kararınca uygun görülmüştür.

Çalışmanın kurumunuzun uygun gördüğü zaman diliminde (Başvuru dosyasında belirtilen aralık gözetilerek) sürecin koordinasyonunun tarafınızca sağlanması ve araştırmanın bitiminde bir nüshasının elektronik ortamda (CD halinde) Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiğinin başvuru sahibine tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

Uz. Dr. Hasan Basri VELİOĞLU
Başkan

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu: 287388fe-2bd0-4e42-9b1f-3ea3bf13ed03 Belge Doğrulama Adresi: <https://www.turkiye.gov.tr/saglik-bakanligi-ebys>

İstanbul Cad. General Kani Elitez Sok. no:8/1 Bakırköy/İstanbul

Telefon: Faks No:

e-Posta: leyla.celik12@saglik.gov.tr İnternet Adresi:

Bilgi için: Leyla ÇELİK

TIBBİ SEKRETER

Telefon No: (0 212) 638 33 99



Ek 6.

T.C
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARARI

PROTOKOL NO: 2021/15

ARAŞTIRMA BAŞLIĞI	"Şizofreni Hastalarının Temel Bakımını Üstlenen Yakınlarının Sosyal Destek Sistemleri İle Tükenmişlik Düzeyleri Arasında İlişkinin İncelenmesi"
ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	1- Nicel –Tanımlayıcı Araştırma 2- Yüksek Lisans Tez Çalışması
ARAŞTIRMACILAR	1- Sorumlu Araştırmacı : Leyla Buse KETRE 2- Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Yasemin ÇÖLGEÇEN
KARAR	Etik Onay Verilmesine Karar Verildi.

Prof. Dr. Bülent YİĞİT
İNSAN ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANI

TARİH
11.03.2021