



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

KRONİK PSİKIYATRİ HASTALARININ BİRİNCİL BAKIM VERENLERİNDE
UMUT VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞEYMA ERKUŞ

Tez Danışmanı

PROF. DR. AYSUN BABACAN GÜMÜŞ

ÇANAKKALE – 2022



T.C.

ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**KRONİK PSİKIYATRİ HASTALARININ BİRİNCİL BAKIM VERENLERİNDE
UMUT VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

ŞEYMA ERKUŞ

Tez Danışmanı

PROF. DR. AYSUN BABACAN GÜMÜŞ

ÇANAKKALE – 2022



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



Şeyma ERKUŞ tarafından Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ yönetiminde hazırlanan ve **24/01/2022** tarihinde aşağıdaki jüri karşısında sunulan “**Kronik Psikiyatri Hastalarının Birincil Bakım Verenlerinde Umut ve Psikolojik Dayanıklılık**” başlıklı çalışma, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü **Hemşirelik Anabilim Dalı**’nda **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak oy birliği ile kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ
(Danışman)

Doç. Dr. Sevgi NEHİR

Doç. Dr. Nazan ÇALBAYRAM

.....

.....

.....

Tez No : 10447333

Tez Savunma Tarihi : 24/01/2022

.....
Doç. Dr. Yener PAZARCIK
Enstitü Müdürü

24/01/2022

ETİK BEYAN

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada; tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi, kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı, bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi taahhüt ve beyan ederim.

Şeyma ERKUŞ

24/01/2022

TEŞEKKÜR

Tezimin oluŐumundan tamamlanmasına dek bana rehberlik eden, bilgi ve tecrübeleriyle çalıŐmama ışık tutan, akademik yolda yürüme Őevkimi arttıran değerli hocam Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ'e sonsuz teŐekkürlerimi sunarım.

Tezimin gerçekleŐtirilmesinde tüm zorlukları benimle göğüsleyen ve eğitim hayatımın tamamında desteklerini yakından hissettiğim sevgili aileme içtenlikle teşekkür ederim.

Şeyma ERKUŞ
anakkale, Ocak 2022

ÖZET

KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARININ BİRİNCİL BAKIM VERENLERİNDE UMUT VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Şeyma ERKUŞ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Danışman: Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

24/01/2022, 101

Amaç: Araştırma kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinde umut ve psikolojik dayanıklılığı incelemek amacıyla yapıldı.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı türde tasarlandı ve Eylül 2020-Ocak 2022 tarihleri arasında yürütüldü. Araştırmanın verileri Bursa Çekirge Devlet Hastanesine bağlı Osmangazi (Hürriyet) Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Çekirge Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Ocak 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında yüz yüze ve telefonla görüşme yöntemi ile toplandı. Araştırmanın örneklemini dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya yazılı ya da sözlü onam veren 297 kişi oluşturdu. Veri toplama aracı olarak “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Sürekli Umud Ölçeği” ve “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” kullanıldı. Araştırmanın verileri SPSS 25.0 programı kullanılarak analiz edildi.

Bulgular: Bakım verenlerin kendilerine ait bazı sosyodemografik ve bakım verme özelliklerine ve bakım verdikleri kronik psikiyatri hastalarının bazı sosyodemografik ve hastalık özelliklerine göre umut ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı olarak farklılık gösterdiği belirlendi. Bakım verenlerin umut ve psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları arasında pozitif yönde, güçlü bir ilişki olduğu bulundu.

Sonuç: Kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinde umut ve psikolojik dayanıklılığın orta düzeyde olduğu ve bakım verenlerin umut düzeyi arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeyinin arttığı sonucuna varıldı.

Öneri: Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri tarafından kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerine umut ve psikolojik dayanıklılığı arttırmaya yönelik müdahale programları geliştirilmesi ve uygulanması önerilir.

Anahtar Kelimeler: şizofreni, Bipolar Bozukluk, Bakım Veren, Umut, Psikolojik Dayanıklılık, Hemşirelik



ABSTRACT

HOPE AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE IN PRIMARY CAREGIVERS OF CHRONIC PSYCHIATRIC PATIENTS

Şeyma ERKUŞ

Çanakkale Onsekiz Mart University

School of Graduate Studies

Master of Science Thesis in Health Science

Advisor: Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

24/01/2022, 101

Objective: The research was conducted to examine hope and psychological resilience in primary caregivers of chronic psychiatric patients.

Method: The research was designed as descriptive and conducted between September 2020 and January 2022. The data of the research were collected in Osmangazi (Hürriyet) Community Mental Health Center and Çekirge Community Mental Health Center affiliated to Bursa Çekirge State Hospital between January 2021 and June 2021, by face-to-face interview method and telephone interview method. The sample of the research consisted of 297 people who met the inclusion criteria and gave written or verbal consent to participate in the research. “Introductory Information Form”, “Dispositional Hope Scale” and “Resilience Scale for Adults” were used as data collection tools. The data of the research were analyzed using SPSS 25.0 program.

Results: It was determined that the hope and psychological resilience levels of the caregivers differed significantly according to some sociodemographic and caregiving characteristics of the caregivers and some sociodemographic and disease characteristics of the chronic psychiatric patients they care for. It was found that there was a strong positive relationship between the hope and psychological resilience mean scores of caregivers.

Conclusion: It was concluded that hope and psychological resilience were moderate in primary caregivers of chronic psychiatric patients and as the hope level of caregivers increased, the level of psychological resilience increased.

Recommendation: It is recommended that mental health and psychiatric nurses develop and implement intervention programs to increase hope and psychological resilience to primary caregivers of chronic psychiatric patients.

Keywords: Schizophrenia, Bipolar Disorder, Caregiver, Hope, Resilience, Nursing



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

JÜRİ ONAY SAYFASI	i
ETİK BEYAN	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR	xiii
TABLolar DİZİNİ	xiv

BİRİNCİ BÖLÜM

1

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı	1
1.2. Araştırmanın Önemi	3
1.3. Araştırmanın Amacı	3
1.4. Araştırma Soruları	4

İKİNCİ BÖLÜM

5

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kronik Psikiyatrik Hastalıklar	5
2.2. Şizofreni	5

2.2.1. Tanım	5
2.2.2. Epidemiyoloji	5
2.2.3. Etiyoloji	6
2.2.4. Klinik Görünüm	8
2.2.5. Sınıflandırma	8
2.2.6. Tanı	8
2.2.7. Tedavi	9
2.3. Bipolar Bozukluk	10
2.3.1. Tanım	10
2.3.2. Epidemiyoloji	10
2.3.3. Etiyoloji	11
2.3.4. Klinik Görünüm	12
2.3.5. Sınıflandırma	13
2.3.6. Tanı	13
2.3.7. Tedavi	15
2.4. Kronik Psikiyatri Hastaları ve Birincil Bakım Verenler	16
2.4.1. Birincil Bakım Veren Kavramı	16
2.4.2. Birincil Bakım Verenlerin Yaşadıkları Zorluklar	16
2.4.3. Birincil Bakım Verenlerin Gereksinimleri	18
2.4.4. Birincil Bakım Verene Yönelik Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı	18
2.5. Umut ve Psikolojik Dayanıklılık	19
2.5.1. Umut Kavramı	19
2.5.2. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı	19
2.6. Birincil Bakım Verenlerde Umut ve Psikolojik Dayanıklılığın Rolü	21
2.6.1. Birincil Bakım Verenler ve Umut	21
2.6.2. Birincil Bakım Verenler ve Psikolojik Dayanıklılık	22

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ

3.1. Araştırmanın Türü	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemini	25
3.4. Veri Toplama Zamanı ve Yöntemi	26
3.5. Veri Toplama Araçları	26
3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu	26
3.5.2. Sürekli Umut Ölçeği	27
3.5.3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	27
3.6. Verilerin Analizi	28
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	29
3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları	29

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Bakım Verenlerin Özelliklerinin İncelenmesi	30
4.2. Bakım Verilen Hastaların Özelliklerinin İncelenmesi	35
Bakım Verenlerin Sürekli Umut Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik 4.3. Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının İncelenmesi	39
Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Sürekli Umut Ölçeği Puanlarının 4.4. İncelenmesi	40
Bakım Verilen Hastaların Özelliklerine Göre Sürekli Umut Ölçeği Puanlarının 4.5. İncelenmesi	48

4.6.	Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının İncelenmesi	55
4.7.	Bakım Verilen Hastaların Özelliklerine Göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının İncelenmesi	66
4.8.	Bakım Verenlerde Sürekli Umut Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi	75

BEŞİNCİ BÖLÜM 77

TARTIŞMA

5.1.	Bakım Verenlerin Sürekli Umut Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının Tartışılması	77
5.2.	Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Sürekli Umut Ölçeği Puanlarının Tartışılması	78
5.3.	Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının Tartışılması	79
5.4.	Bakım Verenlerde Sürekli Umut Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması	81

ALTINCI BÖLÜM 83

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1.	Sonuçlar	83
6.2.	Öneriler	84
	KAYNAKÇA	86
	EKLER	I
	EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	I

EK 2. Tanıtıcı Bilgi Formu	II
EK 3. Sürekli Umut Ölçeği	V
EK 4. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	VI
EK 5. Ölçek Kullanım İzinleri	VIII
EK 6. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni	IX
EK 7. Bursa Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Kurum İzni	X
EK 8. Bursa Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Kurum İzni	XII



SİMGELER VE KISALTMALAR

APA	American Psychiatric Association
BB	Bipolar Bozukluk
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EKT	Elektrokonvülsif Terapi
GBD	Global Burden of Disease
HSGM	Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü
SB	Sağlık Bakanlığı
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
SUÖ	Sürekli Umut Ölçeği
TDK	Türk Dil Kurumu
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
YPDÖ	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği
%	Yüzde Oranı
‰	Binde Oranı

TABLolar DİZİNİ

Tablo No	Tablo Adı	Sayfa No
Tablo 1	Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	30
Tablo 2	Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Dağılımı	32
Tablo 3	Bakım Verilen Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımı	35
Tablo 4	Bakım Verilen Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Dağılımı	37
Tablo 5	Bakım Verenlerin Sürekli Umut Ölçeği ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutlarına İlişkin Ortalama Değerler	39
Tablo 6	Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sürekli Umut Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı	40
Tablo 7	Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Sürekli Umut Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı	43
Tablo 8	Bakım Verilen Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Sürekli Umut Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı	48
Tablo 9	Bakım Verilen Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Sürekli Umut Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı	51
Tablo 10	Bakım Verenlerin Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı	55

Tablo 11	Bakım Verenlerin Bakım Verme Özelliklerine Göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı	60
Tablo 12	Bakım Verilen Hastaların Sosyodemografik Özelliklerine Göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı	66
Tablo 13	Bakım Verilen Hastaların Hastalık Özelliklerine Göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutları Puanlarının Dağılımı	70
Tablo 14	Bakım Verenlerde Sürekli Umut Ölçeği ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler	75

BİRİNCİ BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Kronik psikiyatrik hastalıklar bireyin duygu, düşünce ve davranışlarında ciddi bozulmalara neden olan, bireyin işlevselliğini düşürerek toplumun kendisinden beklediği rolleri yerine getirmesini engelleyen ve yaşam boyu devam etme eğilimi göstermesi nedeniyle sürekli olarak bakım almasını gerektiren ağır ruhsal bozukluklardır (Saunders, 2003). Kronik psikiyatrik hastalıklar için “şiddetli ruhsal hastalık”, “ağır psikiyatrik bozukluk” şeklinde tanımlamalar da kullanılabilir (Kopelowicz, 2003). Kronik psikiyatrik hastalıklar hukuki, tıbbi, sosyal, ekonomik boyutları ile birlikte bir toplum sağlığı problemidir (SB, 2011a). Şizofreni, bipolar bozukluk, şizoaffektif bozukluk, yineleyen majör depresyon, süregelenmiş obsesif kompulsif bozukluk, diğer psikotik bozukluklar ve madde bağımlılığı bu kapsama girmekle birlikte kronik psikiyatrik hastalıkların çoğunu şizofreni ve bipolar bozukluk oluşturmaktadır (Çam ve Engin, 2014; Yazıcı vd., 2010).

Kronik psikiyatrik hastalıklar yeti yitimine neden olması, uzun süreli ya da kalıcı olmasına ek olarak toplumda yaygın bir şekilde görülmesi nedeniyle de büyük önem taşımaktadır (Turan, 2019). Global Hastalık Yükle, Yaralanmalar ve Risk Faktörleri Çalışması'nda 45 milyon kişinin bipolar bozukluk, 20 milyon kişinin ise şizofreni hastalığından etkilendiği belirtilmektedir (GBD, 2017). Türkiye'ye bakıldığında geniş çaplı prevalans bildiren en önemli araştırmalardan biri olan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nda yaşam boyu ruhsal bozukluk yaşama oranının %18 olduğu tespit edilmiştir (Erol vd., 1998). Türkiye'de 1990 yılı ve sonrası psikotik bozuklukların yaygınlığını inceleyen sistematik bir incelemeye göre şizofreninin yaşam boyu yaygınlığının %08,9 olduğu saptanmıştır (Binbay vd., 2011). Yirmi dört farklı birinci basamak sağlık kurumuna bağlı mahallelerden seçilen toplam 1475 kişi ile yapılan ruhsal bozuklukların yaygınlığının incelendiği bir diğer araştırmada ise katılımcıların %37,1'inde en az bir duygudurum bozukluğu olduğu bulunmuştur (Keskin vd., 2012).

Kronik psikiyatri hastaları çoğunlukla bakıma ihtiyaç duymaktadır (SB, 2011a). Bakım verme, bakım verende ciddi yüklerle neden olan oldukça güç bir süreçtir (Karaağaç ve Var, 2019). Bakım veren; hastaya fiziksel, ruhsal, maddi ve sosyal destek sağlayan ve hastanın bakım gereksinimlerini karşılayan kişi olarak tanımlanmaktadır (Cheng, 2005).

Birincil bakım veren, hastanın bakımıyla en çok ilgilenen temel kişidir (Arslantaş ve Adana, 2011). Kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenleri genellikle birlikte yaşadıkları aile üyeleri olmaktadır (Çam ve Engin, 2014). Aileler bu süreçte stres yaşamakta ve ruh sağlıkları olumsuz yönde etkilenmektedir (Saunders, 2003). Kronik psikiyatri hastalarına bakım veren aile üyeleri ile yapılan çalışmalara göre bakım verenler sıklıkla utanç, korku, suçluluk, kaygı, öfke, çaresizlik, güçsüzlük, tükenmişlik ve umutsuzluk gibi duyguları deneyimlemektedir (Awad ve Voruganti, 2008; Gülseren, 2002). Yapılan çalışmada kronik psikiyatrik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin %29-60'ında ruh sağlığı problemi bulunduğu belirtilmektedir (Quinn vd., 2003).

Kronik psikiyatri hastalarına bakım veren aile üyeleri hastanın bakım gereksinimlerini yerine getirirken duygusal, sosyal, ekonomik ve fiziksel sorunlar gibi pek çok alanda karşılaştığı güçlüklerle mücadele etmek zorunda kalmakta ve bu durum onları ruhsal yönden hastalıklara yatkın hale getirmektedir (Bademli ve Duman, 2013a; Gülseren, 2002; Saunders, 2003). Ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının aileleri ile yapılan çalışmaların değerlendirildiği sistematik bir incelemede, kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin bakım verme sürecinde karşılaştıkları zorluklar nedeniyle ruhsal yönden riskli oldukları sonucuna ulaşılmıştır (Duman ve Bademli, 2013b). Bakım verenlerde ruhsal hastalıkların önlenmesi için koruyucu faktörlerin belirlenmesi, önlemeye yönelik stratejilerin planlanması ve uygulamaya koyulması gerekmektedir (Gültekin, 2010). Ancak ülkemizde kronik psikiyatri hastalarının bakım verenlerine yönelik aile müdahalelerinin yeterli düzeyde olmadığı belirtilmektedir (Duman ve Bademli, 2013b; Gümüş, 2006).

Umut ve psikolojik dayanıklılık ruh sağlığı üzerine olumlu etkileri olan son derece önemli kavramlardır (Duggal vd., 2016). Umut; bireyin bir amaç belirlemesi, belirlenen amacı elde etmek için harekete geçmesi, zorluklarla karşılaştığında amacı gerçekleştirmek için farklı yollar araması şeklinde tanımlanmaktadır (Tarhan ve Bacanlı, 2015). Bakım verenler süreç içerisinde yaşadıkları stresin sonucu olarak umutlarını yitirebilir (Gülseren, 2002). Umut, bireylere stres verici yaşantılarla mücadele edebileceğine dair inanç verir (Yalçın ve Açıkgöz, 2014). Psikolojik dayanıklılık, yaşamın zorlukları karşısında bireyin güçlü kalması ve zorluklarla başarılı bir şekilde mücadele edebilme yeteneğidir (Çam ve Büyükbayram, 2017). Kronik psikiyatrik hastalığı olan bir ebeveynin olması ve ailevi hastalıklar psikolojik dayanıklılığı etkileyen risk faktörlerindedir (Gizir, 2007; Öz ve Yılmaz, 2009; Tümlü ve Receptoğlu, 2013). Psikolojik dayanıklılık dinamik yapıda olup

geliştirilebilir bir özelliğe sahiptir (Çam ve Büyükbayram, 2017; Gizir, 2007; Öz ve Yılmaz, 2009). Ulusal literatürde bakım verenlere yönelik psikolojik dayanıklılık düzeylerini inceleyen çalışmalar sınırlı olmakla birlikte yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılık düzeyi yüksek olan bakım verenlerin algılanan stres düzeyinin daha düşük olduğu ve stresle mücadelede koruyucu faktör olarak psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yükseltilmesinin faydalı olabileceği belirtilmektedir (Yağmur ve Türkmen, 2017).

1.2. Araştırmanın Önemi

Kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinde umut ve psikolojik dayanıklılığın incelenmesi; ruhsal yönden riskli olan birincil bakım verenlerin tedavi sürecine aktif bir şekilde dahil edilerek psikiyatri hemşiresi liderliğinde umut ve psikolojik dayanıklılığı arttırmaya yönelik psikoeğitim programları gibi aile müdahalelerinin planlanması ve uygulanması açısından önemlidir. Belirtilen önem doğrultusunda bu çalışma bakım verenlerde ruhsal hastalık gelişiminin önlenmesine, ruh sağlıklarının korunmasına ve geliştirilmesine katkı sağlayacaktır. Aynı zamanda bakım verendeki sağlıklı ruh hali hastanın tedaviye uyumunu olumlu yönde etkileyecek ve sonuç olarak bunların tamamı ruhsal hastalıkların topluma ve ülkeye olan yükünün azaltılmasına katkı sağlayacaktır. Ek olarak bu çalışmanın yapılması ulusal literatürde bakım verenlerde umut ve psikolojik dayanıklılığı araştıran yeterli sayıda çalışmanın bulunmaması nedeniyle konuyla ilgili boşluğu doldurarak bilime katkı sağlayacaktır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinde umut ve psikolojik dayanıklılığı incelemek amacıyla yapıldı.

Araştırmanın alt amaçları:

- Kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinin umut düzeylerinin hastanın ve bakım verenin özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek.
- Kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin hastanın ve bakım verenin özelliklerine göre farklılık gösterip göstermediğini belirlemek.
- Kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinin umut ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkiyi belirlemek.

1.4. Araştırma Soruları

- 1) Kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinin umut düzeyleri nedir?
- 2) Kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri nedir?
- 3) Kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinin umut düzeylerini hangi değişkenler etkilemektedir?
- 4) Kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerini hangi değişkenler etkilemektedir?
- 5) Kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinin umut ile psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Kronik Psikiyatrik Hastalıklar

Kronik psikiyatrik hastalıklar duygu, düşünce, algılama, davranış, insan ilişkileri, öz bakım ve iş yaşamı gibi pek çok işlevsellik alanında bozulmalara neden olan şiddetli ruhsal bozukluklardır (Lieberman, 1988). Kronik psikiyatrik hastalıklar için yapılan tanımların ortak özellikleri; bireyde ruhsal bozukluk tanısı olması, bu bozukluğun uzun süreli ya da kalıcı olması ve sosyal oryantasyonda yetersizliğe neden olmasıdır (Rössler, 2006).

Kronik psikiyatrik hastalıklar içerisinde şizofreni ve bipolar bozukluğun kronikleşme eğilimi yüksektir ve psikososyal işlevsellikte ciddi bozulmalara neden olur. Bu nedenle ilk sırada karşımıza çıkan hastalıklardır (Black ve Andreasen, 2010). Lieberman'e (1988) göre kronik psikiyatrik hastalıkları tanımlamada kullanılan kriterlerden biri hastanın şizofreni ya da bipolar bozukluk tanısı almış olmasıdır.

Bu tez çalışmasında literatürde kronik psikiyatrik hastalıklar kapsamında ön plana çıkan şizofreni ve bipolar bozukluk ele alındı.

2.2. Şizofreni

2.2.1. Tanım

Şizofreni; düşünce içeriğinde ve sürecinde değişiklikler yaşandığı, halüsinasyon gibi algılamada değişikliklerin olduğu, anormal konuşma ve davranışların görüldüğü, bireyin gerçek dünyadan uzaklaşıp kendine özgü bir iç dünyaya yöneldiği, pozitif, negatif, bilişsel ve duygulanım yönünden belirtilerin meydana geldiği, kronikleşme özelliği ile birlikte ciddi ölçüde yeti kaybı ve işlev kaybına neden olan bir hastalıktır (Acar ve Kartalçı, 2014; Arslantaş vd., 2009; Çam ve Engin, 2014; Deveci vd., 2008).

2.2.2. Epidemiyoloji

Şizofreni her toplumda görülebilen bir bozukluk olmakla birlikte yaygınlığıyla ilgili veriler farklılık göstermektedir (Kocal vd., 2017). Bununla birlikte yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yaşam boyu yaygınlığın ortalama %1 olduğu belirtilmektedir (Ayano, 2016; Çam ve Engin 2014; Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Sıklık ise Dünya Sağlık Örgütü tarafından Asya ile Avrupa'da %0,85 olarak bildirilmektedir (Kocal vd., 2017).

Cinsiyetler arası hastalığın görülme sıklığı eşit olup başlangıç yaşlarında farklılıklar bulunmaktadır (Özpoyraz ve Taman, 1998). Hastalığın başlangıç yaşı genellikle 10'lu yaşların sonu ve 30'lu yaşların başıdır (Ayano, 2016). Hastalığın erkeklerde ortalama 15-25 yaş aralığı ile daha genç, kadınlarda ise 25-35 yaş aralığı ile daha geç yaşlarda başladığı belirtilmektedir (Özpoyraz ve Taman, 1998).

10 yaşından önce ve 45 yaşından sonra hastalığın ortaya çıkışına nadir olarak rastlanmaktadır (Kocal vd., 2017). 14 yaşının altında şizofreninin başladığı hastaların yaygınlığı %4 iken 10 yaş altında bu oranın %0,1-1 dolaylarında olduğu bildirilmektedir (Songur, 2015). Erkeklerde negatif belirtilerin daha fazla görüldüğü, işlevsellik ve hastalığın seyrinin kadınlara göre daha kötü ilerlediği belirtilmektedir (APA, 2013).

Şizofrenide toplumsal faktörler üzerine 1980-2008 yılları arasında yapılan çalışmaların incelendiği bir araştırmada doğumu kış ve ilkbahar mevsiminde olanlarda, nüfus yoğunluğunun fazla olduğu kentsel bölgelerde yaşamını sürdürenlerde, göçmenlerde, etnik köken olarak siyahilerde, çocukluk döneminde zorlayıcı yaşam olaylarına maruz kalanlarda şizofreni görülme sıklığının daha fazla olduğu belirtilmekle birlikte aynı çalışmada bahsedilen risk faktörlerinin sadece şizofreniye has olmadığı ve sonuçlara yönelik birtakım soru işaretlerinin olduğu ifade edilmektedir (Tiryaki, 2008).

2.2.3. Etiyoloji

Şizofreninin ortaya çıkışını tek bir nedenden ziyade multifaktöriyel bir yaklaşımla açıklamak mümkündür. (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018). Etiyolojide sıklıkla karşımıza çıkan stres-diyatez modeline göre hastaların kalıtsal, biyolojik ya da psikososyal etkenlere bağlı olarak şizofreniye yatkınlığı olduğu ve stresle tetiklenmesi sonucu hastalığın ortaya çıktığı belirtilmektedir (Çam ve Engin, 2014).

Kalıtsal Etkenler

Şizofreni etiyojisinde %81 oranında kalıtımın rol oynadığı ifade edilmektedir (Acar ve Kartalçı, 2014). Kalıtımla ilgili çalışmalar ikiz, moleküler genetik, aile, evlat edinme çalışmalarına odaklanmaktadır (Özpoyraz ve Taman, 1998).

Akrabaları arasında şizofreni hastaları olanlarda hastalığın görülme sıklığı genel popülasyondan daha yüksek seyretmektedir (HSGM, 2017). Şizofreni hastalarının birinci derece akrabalarında şizofreni görülme riski %10, ikinci derece akrabalarında %5, her iki

ebeveynin de hasta olması durumunda çocuklarında risk %40 olup tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma oranı %50 ve çift yumurta ikizlerinde yaklaşık %15'tir (Songur, 2015).

Biyolojik ailesinde şizofreni hastalığı olan evlat edinilmiş bireylerde risk biyolojik ailesinde şizofreni hastalığı olmayanlara göre daha yüksektir (Özpoyraz ve Taman, 1998). Moleküler genetik çalışmalar ise 5, 6, 8, 10, 13 ve 15. kromozomların şizofreni ile ilişkili olabileceğini göstermektedir (Butcher vd., 2013).

Biyolojik Etkenler

Beyin biyokimyasını inceleyen araştırmalar dopamin, asetilkolin, gama aminobutirik asit, noradrenalin, serotonin, glutamat gibi nörotransmitterlerin şizofreni etiyolojisinde rol oynadığını göstermektedir. Bahsedilenler arasında en çok söz edilen nörotransmitter dopamin olup şizofrenide dopamin artışı söz konusudur (Acar ve Kartalçı, 2013; Kocal vd., 2017; Townsend, 2016).

Nöropatolojik çalışmalar limbik sistem ve basal ganglionlar üzerine odaklanmakta ve amigdala, parahipokampal girus, globus pallidus, hipokampus, substatia nigra hücre azalmaları, frontal lopta hipoaktivite ve basal ganglionlarda hiperaktivite olduğundan bahsedilmektedir (Özpoyraz ve Taman, 1998).

Psikososyal Etkenler

Psikodinamik görüşe göre, şizofreni hastalarında libido narsistik bir düzeye gerilemiş, bu ilkel düzeyde saplanmış ve nesnelere çekilen libido benliğinin tamamen kendisine yöneltilmiştir. Buna göre şizofrenide doğuştan bir yatkınlık, bir benlik zayıflığı ve erken dönemlere kolay bir şekilde gerileme eğilimi olduğu kabul edilmekte ve çeşitli stresörlerin bu eğilimi tetiklediği düşünülmektedir (Özpoyraz ve Taman, 1998).

Aileye yönelik yapılan araştırmalarda şizofreni nedeninin zayıf ebeveyn-çocuk ilişkisi ve aile dinamiğinde bozulmalar olarak gösterildiği aile kuramlarının tek başına şizofreniyi açıklamada yeterli olmadığı belirtilmektedir (Townsend, 2016). Pek çok araştırmacı tarafından ailesel bozuklukların hastalığın nedeninden çok bir sonucu olarak meydana geldiği ifade edilmektedir (Özpoyraz ve Taman, 1998). Bununla birlikte ailelerde duygu dışavurumu, iletişim tarzı ve duygulanım gibi bazı yapısal özelliklerin taburculuk sonrası hastalarda alevlenme ve yeniden hastaneye yatma gibi hastalığın seyri üzerine etkileri olduğu belirtilmektedir (Tüzer vd., 2003).

2.2.4. Klinik Görünüm

Şizofrenide belirtiler genel olarak pozitif, negatif, affektif (duygulanım) ve kognitif (bilişsel) belirtiler şeklinde sınıflandırılabilir (Çam ve Engin, 2014).

Pozitif Belirtiler

Normalde sağlıklı bireylerde görülmeyip hastalık nedeniyle ortaya çıkan ek durumlar olarak kabul edilmektedir. Halüsinasyon (varsanı), delir (sanrı, hezeyan), dağınık düşünceler ve ajitasyon gibi belirtiler baskındır.

Negatif Belirtiler

Normalde sağlıklı bireylerin sahip olduğu becerilerin şizofreni hastaları tarafından bir ölçüye kadar kaybedildiği düşünülmektedir. İlgi ve isteksiz olma, inisiyatif kullanmada başarısızlık, duygusal tepki vermede yetersizlik ve sosyal izolasyon gibi belirtiler baskındır.

Affektif Belirtiler

Ruh hali hastalık nedeniyle etkilenecek anksiyete, depresyon, yalnızlık ve intihar düşüncelerine yol açabilir.

Kognitif Belirtiler

Dikkat ve konsantrasyon problemleri, hatırlamada zorluk, düşünmede yavaşlık ve hastalığa dair içgörü yetersizliği meydana gelebilir (Çam ve Engin, 2014).

2.2.5. Sınıflandırma

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından ruhsal bozuklukların sınıflandırıldığı DSM-IV'te şizofreninin alt tipleri; paranoid, ayrışmamış, rezidüel, katatonik ve dezorganize olarak 5 kategoriye ayrılmışken DSM-V'te şizofreni belirtilerinin zamanla bir alt tipten diğerine geçebilmesi ya da farklı alt tiplere ait belirtilerin birlikte görülebilmesi nedeniyle bu alt tipler kaldırılmıştır (Kara ve Türkçapar, 2014; Şar, 2010; Yılmaz, 2019).

2.2.6. Tanı

Şizofreni için DSM-V tanı kriterleri aşağıda sunuldu (APA, 2013).

A. Aşağıdakilerden en az 2'si 1 aylık sürenin önemli bir kesiminde meydana gelmeli ve bu belirtilerden en az birinin (1), (2) veya (3) olması gerekmektedir.

- 1) Sanrılar
- 2) Varsanılar
- 3) Dezorganize konuşma
- 4) İleri derecede dağınık ya da katatonik davranışlar
- 5) Negatif belirtiler

B. Çalışma, kişilerarası ilişkiler ve öz bakım gibi önemli işlevsellik alanlarının bir ya da daha fazlasının bozulması ya da istenen düzeye ulaşamaması gerekmektedir.

C. Bozukluk en az 6 ay boyunca devam etmeli ve bu 6 aylık sürenin en az 1 ayı A tanı ölçütlerini içeren belirtilerden oluşmalıdır.

D. Şizoaffektif bozukluk ve psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da bipolar bozukluğun dışlanmış olması gerekmektedir.

E. Madde kullanımı ya da genel tıbbi durumun dışlanmış olması gerekmektedir.

F. Otizm spektrum bozukluğu ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanıların en az 1 ay boyunca devam etmesi gerekmektedir (APA, 2013).

2.2.7. Tedavi

Şizofreni tedavisinde hastalığın belirtilerini ve yıkıcı etkilerini azaltarak işlevselliği mümkün olduğunca arttırmak hedeflenmektedir (Herz vd., 2000). Tedavide temel ilke farmakolojik tedavinin psikososyal tedavi yöntemleri ile desteklenmesidir (Çetin, 2015).

Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavide tipik ve atipik antipsikotikler kullanılmaktadır (Çam ve Engin, 2014; Reynolds ve Kirk, 2010). Tipik antipsikotikler dopamin reseptör antagonisti olarak etki gösterirler ve daha çok pozitif belirtiler üzerinde etkili olup ağır ekstrapiramidal yan etkilere yol açarlar (Kocal vd., 2017). Bu nedenle tedavide serotonin-dopamin reseptör antogonisti olarak etki gösteren ve negatif belirtiler üzerinde de etkili olup daha az ekstrapiramidal yan etkilere yol açan atipik antipsikotikler tercih edilmektedir (Nasrallah ve Smeltzer, 2005). Antipsikotiklere ek olarak şizofreninin belirtilerini hafifletmeye yönelik kullanılan ilaçlar lityum, antikonvülsanlar ve benzodiazepinler şeklinde sıralanabilir (Summakoğlu ve Ertuğrul, 2018).

İlaç tedavisine yanıt vermeyen, ağır taşkınlık belirtileri gösteren ve hızlı yanıt alınması gereken durumlarda ya da katatonik bir tabloda ise semptomatik olarak EKT (Elektrokonvülsif Terapi) uygulanmaktadır (Çam ve Engin, 2014; Zeren vd., 2003).

Psikososyal Tedavi

Antipsikotik ilaçların sosyal işlevselliği iyileştirme konusunda tek başına yetersiz kalması nedeniyle tedavi süreci psikososyal yaklaşımlar ile bir arada yürütülmelidir (Doğan vd., 2002a). Psikososyal tedavi yöntemlerine örnek olarak aile tedavisi, psikososyal beceri eğitimi ve bilişsel davranışçı tedaviler verilebilir (Çam ve Engin, 2014).

Psikososyal tedavi ile hastalığın belirtilerini, hastanede yatış süresini ve yeniden hastalanma olasılığını azaltmak, tedaviye uyumu arttırmak, iletişim ve sosyal becerileri geliştirmek, toplumsal ve bilişsel işlevselliği iyileştirmek, yaşam kalitelerini yükseltmek, hastanın ve ailenin ihtiyaçlarını belirlemek ve bu doğrultuda bilgilendirilmelerini sağlamak amaçlanmaktadır (Çalışkan vd., 2021; Gümüş, 2006).

2.3. Bipolar Bozukluk

2.3.1. Tanım

Bipolar bozukluk; Manik, hipomanik ve depresif ya da karma özellikli ataklarla tanımlanan, anormal duygudurum dönemleri arasında tamamen ya da kısmen iyilik hali görülse de atakların yineleyerek devam etmesi nedeniyle kronikleşme özelliği gösteren, ciddi ölçüde yeti yitimi ile birlikte işlevselliğin neredeyse tüm alanlarında bozulmalara yol açan bir hastalıktır (Angst ve Sellaro, 2000; Maj vd., 2002; Michalak vd., 2008; Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017).

2.3.2. Epidemiyoloji

Son çalışmalar bipolar bozukluğun yaşam boyu yaygınlığının tahmin edilenden daha fazla bir oranda yükseldiğini göstermektedir (Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017). Çalışmalar incelendiğinde %1 olarak kabul edilen bu oranın %1,3 ile %2,8 aralığında değiştiğini görmek mümkündür (Kessler vd., 2011; Townsend, 2016; Vega vd., 2011). Literatürde %6,4 ile çarpıcı sonuçların elde edildiği çalışmalar da mevcuttur (Cederlöf vd., 2016).

Bipolar bozukluk (BB) alt tiplerine göre yaygınlık; eşik altı belirti gösterenler için %2,4-5,1, BB 1 %0,8-1 ve BB 2 %0,5-1,1 arasındadır (Judd ve Akiskal, 2003; Merikangas

vd., 2007). Siklotimik bozukluk için bu oran %0,4-1 arasındadır (Ertan, 2008). Yaşam boyu yaygınlıkta kadın/erkek oranı 1,2/1'dir (Townsend, 2016). BB 1 cinsiyet açısından farklılık göstermezken BB 2 daha çok kadınlarda görülmektedir (Kesebir vd., 2013). Benzer şekilde siklotimik bozukluğun da kadınlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Ertan, 2008).

Hastalık ortalama olarak 20'li yaşlarda başlamaktadır (Kessing, 2004). Erkeklerde hastalığın başlangıcı kadınlara oranla daha erken yaşlarda olmaktadır (Kennedy vd., 2005). Manik ataklar erkeklerde, depresif ataklar ise kadınlarda daha fazla görülmektedir (Ertan, 2008). Karma atak, hızlı döngülülük, mevsimsel gidiş ve ek fiziksel hastalıklar kadınlarda daha yüksek seyretmektedir (Kessing, 2004). Alkol ve madde kullanım bozuklukları eş tanısı ise erkeklerde daha yüksektir (Hendrick vd., 2000).

Bipolar bozukluk yüksek morbiditeye ek olarak özkıyım riski ve mortalitenin yüksek olması açısından da ciddi önem taşımaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Hastaların %7-19'u özkıyım sonucu yaşamını yitirmektedir (Marangell vd., 2006). Kadınlarda suisid girişim, erkeklerde ise tamamlanmış suisid oranı daha yüksektir (Schaffer vd., 2015).

2.3.3. Etiyoloji

Bipolar bozukluk etiyojisi genetik, biyolojik ve çevresel faktörlerin bir arada değerlendirildiği çok yönlü bir yaklaşım ile açıklanmaktadır (Baytunca vd., 2014; Kesebir vd., 2013; Townsend, 2016). Çevresel faktörlerin tetikleyici olarak özellikle hastalığın başlangıcında etkili olduğu ifade edilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Genetik Faktörler

Bipolar bozukluğun %80-85 oranında kalıtsal özelliğe sahip bir hastalık olduğu bildirilmektedir (Barnett ve Smoller, 2009). Hastaların akrabalarında bipolar bozukluk görülme sıklığı genel toplumdaki ortalama 2-4 kat daha fazladır (Baytunca vd., 2014).

Birinci derece akrabalarda hastalık görülme riski yaklaşık %9, ebeveynlerden birinin hasta olması durumunda çocuklarında %28 dolaylarında ve tek yumurta ikizlerinin eş hastalanma oranı çift yumurta ikizlerinden daha yüksek olup bu oran %45-50'dir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Biyolojik ailesinde bipolar bozukluk öyküsü olan bireylerin sağlıklı aileler tarafından evlat edinilmiş olmasına rağmen hastalanma riskinin yüksek olması da genetik faktörlerin etiyojide güçlü bir pay sahibi olduğunu göstermektedir (Townsend, 2016).

Moleküler genetik çalışmalarda yapılan bağlantı ve ilişkilendirme analizleri ile bipolar bozukluk oluşumunda etkili olan fazla sayıda kromozom bölgesi tespit edilse de tekrarlı çalışmaların tutarlı sonuçlar vermediği ifade edilmektedir (Arısoy ve Oral, 2009).

Biyolojik Faktörler

Nörogörüntüleme çalışmaları bipolar bozukluk hastalarının beynin duygudurum ve bilişsel işlevlerinin düzenlendiği bölgelerinde yapısal ve fonksiyonel bozukluklar olduğunu göstermektedir (Brambilla vd., 2005; Kara vd., 2013). Beynin dorsalateral prefrontal korteks, üst temporal girus, ön singulat, korpus kallosum ve amigdala gibi bölgelerinde etkilenmeler olduğu, duygudurumla ilişkili bölgelerde aktivitenin arttığı, bilişsel işlevlerle ilişkili bölgelerde ise aktivitenin azaldığı belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Nörokimyasal çalışmalarda öne çıkan nörotransmitterler noradrenalin, dopamin ve serotonin olmakla birlikte depresyonda noradrenalin ve dopaminin düşük, manide yüksek ve hem depresyon hem de manide noradrenalin ve dopaminin düzenlenmesinde rol oynayan serotoninin düşük olduğundan bahsedilmektedir (Miklowitz ve Johnson, 2006).

Çevresel Faktörler

Stres verici yaşam olaylarının bipolar bozukluğa yatkınlığı olan bireylerde atakların ortaya çıkmasında etkili oldukları belirtilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2011). Kindling-sensitization (ateşleme-duyarlılık) modeline göre stresörler ilk atakları tetiklemekte, sonraki ataklar ise hem ataklarda hem de stresörlerde duyarlılığa neden olmakta ve stresörler olmasa da atakların sıklığı ve şiddeti artarak devam etmektedir (Post, 2004).

2.3.4. Klinik Görünüm

Bipolar bozukluk depresif, manik ve hipomanik atak belirtilerinden oluşmakla birlikte manik ve depresif belirtilerin bir arada bulunduğu dönemi ifade eden karma atak DSM-V’te kaldırılarak gidiş belirleyicisi olarak tanımlanmıştır (APA, 2013).

Depresif Atak Belirtileri

Derin üzüntü, çaresizlik, umutsuzluk ve değersizlik duygularının hakim olduğu çökkün duygudurum, önceden zevk alınan aktivitelere karşı ilgi kaybı, uyku ve iştah problemleri, enerjide azalma ve halsizlik ön plandadır. Bu belirtiler ölüm ya da intihar düşüncelerini beraberinde getirebilir (HSGM, 2017).

Manik Atak Belirtileri

Mantıklı bir neden olmaksızın aşırı mutlu ve genellikle engellendiğinde ani öfke patlamalarına neden olan taşkın duygudurum, anormal şekilde artmış özgüven, hareket, düşünme ve konuşmalarda artış, uyku ihtiyacında azalma, uygunsuz cinsel ilişkiler ve aşırı para harcama gibi kontrol edilemeyen davranışlar ön plandadır. Büyüklük sanrıları gibi psikotik belirtiler de tabloya eşlik edebilir (HSGM, 2017).

Hipomanik Atak Belirtileri

Manik dönem belirtilerinin daha hafif düzeyde görülmesi ile birlikte hipomanik dönem işlevsellikte ciddi bozulmalara yol açmaz, psikotik özellikler barındırmaz ve hastaneye yatmayı gerektirmez (Townsend, 2016).

2.3.5. Sınıflandırma

DSM-V'e göre bipolar ve ilişkili bozukluklar; bipolar I bozukluk, siklotimik bozukluk, bipolar II bozukluk, başka bir tıbbi duruma bağlı bipolar bozukluk, tanımlanmış diğer bipolar bozukluk, tanımlanmamış bipolar bozukluk ve madde/ilaç kullanımının yol açtığı bipolar bozukluk olmak üzere yedi alt tipte ele alınmıştır (APA, 2013).

Bipolar I bozuklukta majör depresif, hipomanik ya da karma atakların da eşlik edebildiği en az bir manik atak görülmektedir. Bipolar II bozuklukta hiçbir manik atak olmaksızın en az bir hipomanik atak ile birlikte majör depresif ataklar görülmektedir. Siklotimik bozukluk ise majör depresif atak ve hipomanik atak tanı kriterlerini karşılamayan, hafif düzeyde depresif ve hipomanik atakların en az 2 yıllık sürenin en az yarısında görülüp belirtisiz kaldığı sürenin 2 aydan daha çok olmadığı alt tiptir (APA, 2013).

2.3.6. Tanı

Majör depresif, manik ve hipomanik atak için DSM-V tanı kriterleri aşağıda sunuldu (APA, 2013).

Majör Depresif Atak Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki belirtilerden en az 5'i 2 hafta boyunca neredeyse her gün görülmeli ve en az birinin (1) veya (2) olması gerekmektedir.

- 1) Çökkün duygudurum
- 2) Önceden zevk alınan aktivitelere karşı ilgi ve istekte azalma ya da zevk alamama

- 3) İştahta azalma ya da artma, diyet yapmadan anormal kilo kaybı ya da kilo alma
- 4) Uykuda artma ya da azalma
- 5) Psikomotor ajitasyon ya da retardasyon
- 6) Yorgunluk ya da enerjide azalma
- 7) Sanrı niteliğinde olabilen değersizlik ya da suçluluk duyguları
- 8) Düşünme, odaklanma ya da karar vermede güçlük yaşama
- 9) Ölüm ve intihar düşünceleri, intihar girişimi ya da planları

B. Belirtiler toplumsal, mesleki ya da diğer önemli işlevsellik alanlarında belirgin bozulmalara yol açmalıdır.

C. Madde kullanımı ya da genel tıbbi durumun dışlanmış olması gerekmektedir.

Manik Atak Tanı Kriterleri

A. En az 1 hafta boyunca neredeyse gün boyu süren taşkın, asabi, yükselmiş duygudurum ile beraber aktivite ve içsel güçte anormal ve sürekli bir artış olmalıdır.

B. Aşağıdaki belirtilerden en az 3'ü (duygudurum sadece asabi ise 4'ü) belirgin olarak görülmelidir.

- 1) Benlik saygısında abartılı şekilde artma ya da büyüklük düşünceleri
- 2) Uyku gereksiniminde azalma
- 3) Konuşmada artma ya da konuşmaya tutma
- 4) Düşünce sürecinde hızlanma ya da fikir uçuşması
- 5) Dikkat dağınıklığı
- 6) Psikomotor ajitasyon ya da amaca yönelik aktivitelerde artma
- 7) Kötü sonuçlara neden olabilecek riskli davranışlarda bulunma

C. Belirtiler toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmalara yol açmalı, hastaneye yatışı gerektirmeli ya da psikotik belirtiler içermelidir.

D. Belirtiler madde kullanımı ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojik etkileri olarak görülmemektedir.

Hipomanik Atak Tanı Kriterleri

A. En az 4 gün boyunca neredeyse gün boyu süren taşkın, asabi, yükselmiş duygudurum ile beraber aktivite ve içsel güçte anormal ve sürekli bir artış olmalıdır.

B. Aşağıdaki belirtilerden en az 3'ü (duygudurum sadece asabi ise 4'ü) belirgin olarak görülmelidir.

- 1) Benlik saygısında abartılı şekilde artma ya da büyüklük düşünceleri
- 2) Uyku gereksiniminde azalma
- 3) Konuşmada artma ya da konuşmaya tutma
- 4) Düşünce sürecinde hızlanma ya da fikir uçuşması
- 5) Dikkat dağınıklığı
- 6) Psikomotor ajitasyon ya da amaca yönelik aktivitelerde artma
- 7) Kötü sonuçlara neden olabilecek riskli davranışlarda bulunma

C. İşlevsellikte belirgin bir değişiklik olmalıdır.

D. Duygudurum ve işlevsellikteki değişiklik başkaları tarafından fark edilebilir düzeyde olmalıdır.

E. Belirtiler toplumsal ya da mesleki işlevsellikte belirgin bozulmalara yol açmamalı, hastaneye yatışı gerektirmemeli ya da psikotik belirtiler içermemelidir.

F. Belirtiler madde kullanıma bağlı olarak görülmemektedir (APA, 2013).

2.3.7. Tedavi

Bipolar bozukluk tedavisinin esasını farmakolojik destekleyici yönünü ise psikososyal tedavi yöntemleri oluşturmaktadır (Townsend, 2016).

Farmakolojik Tedavi

Farmakolojik tedavi akut tedavi ve koruyucu tedaviyi içermektedir (Çam ve Engin, 2014). Akut tedavide semptomların yatıştırılması, güvenli çevrenin oluşturulması, risk içeren davranışların kontrol edilmesi, sonraki atakları engellemek için koruyucu tedaviye hazırlanılması hedeflenmektedir (Yeloğlu ve Hocaoglu, 2017). En etkili antimanik ilaç lityum olmak üzere akut tedavide antikonvülsanlar, antipsikotikler ve benzodiazepinler de kullanılabilir (Çam ve Engin, 2014).

Koruyucu tedavide atakların önlenmesi ya da geciktirilmesi, duygudurum dalgalanmaları ya da eşik altı belirtilerin azaltılması ve iyilik dönemlerinde işlevselliğin artırılması amaçlanmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz, 2010). Lityum akut tedavide olduğu gibi koruyucu tedavide de ilk sırada karşımıza çıkan duygudurum dengeleyici ilaç olup lityuma

dirençli olan ya da yan etkileri nedeniyle lityumu kullanamayan hastalarda antikonvülsanlar ve antipsikotikler de seçenekler arasında yer almaktadır (Çam ve Engin, 2014).

İntihar girişimi riski yüksek olan, ilaç tedavisine güçlü yanıt vermeyen, psikotik belirtiler gösteren, sıvı ya da gıda alımı yeterli olmayan, katatoni ya da ajitasyon gibi durumların varlığında ise EKT önerilmektedir (Sayar vd., 2014).

Psikososyal Tedavi

İlaç tedavisi ile beraber yürütülen psikososyal tedavinin hastalığın seyrini olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Townsend, 2016). Psikososyal tedavi yöntemlerine örnek olarak kişilerarası sosyal ritimler terapisi, aile odaklı terapi, bilişsel davranışçı terapi ve psikoeğitimler verilebilir (Arguvanlı, 2018). Özellikle hasta ve ailesini içeren psikoeğitimsel müdahaleler tedaviye uyumu arttırmada önemlidir (Yeloğlu ve Hocaoğlu, 2017).

2.4. Kronik Psikiyatri Hastaları ve Birincil Bakım Verenler

2.4.1. Birincil Bakım Veren Kavramı

Bakım; birinin beslenme, giyinme gibi gereksinimlerini yerine getirme şeklinde tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Bakım verme; hemşire, fizyoterapist, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen ya da evde bakım yardımcıları gibi meslek grupları tarafından evde ya da kurumda formal yolla ya da uzmanlık gerektirmeksizin ve karşılığında herhangi bir ücret almadan bakıma ihtiyacı olan hastalarla birlikte yaşayan aile üyeleri tarafından informal yolla olmak üzere iki şekilde gerçekleştirilmektedir (Gel ve Kesgin, 2017).

Bakım veren; hastayı fiziksel, duygusal, sosyal ve maddi yönden destekleyen, hastayı gözlemlenme ve tedavisini takip etme gibi sağlık bakımı, öz bakım, ulaşım, alışveriş, ev işleri ya da para yönetimi gibi işlerin yürütülmesine yardımcı olan kişi olarak tanımlanmaktadır (Toseland vd., 2001). Birincil bakım veren; hastanın yaşamının merkezinde olup bakım verme rolünü birinci derecede üstlenen kişidir (Bademli ve Duman, 2013a).

2.4.2. Birincil Bakım Verenlerin Yaşadıkları Zorluklar

Günümüzde ruh sağlığı hizmetlerinde çağdaş modeller doğrultusunda hastaların erken taburculuğu ve toplum içerisinde tedavisi anlayışı hakim olmuştur (Yıldırım vd., 2017). Bu nedenle hastaların tedavi süreci çoğunlukla sağlık kurumlarında değil evlerinde devam etmektedir (Ak vd., 2012). Hastalar büyük oranda evde aileleri ile birlikte yaşamını

sürdürmektedir (Çam ve Engin, 2014). Toplum temelli tedavi anlayışına verilen önem ve taburculuk sonrası hastaların evlerine dönmeleri ile aile üyeleri istekli ya da isteksiz olarak yaşam boyu sürecek olan bakım verme rolüyle karşı karşıya kalmaktadır (Arguvanlı, 2018).

Kronik psikiyatri hastalarının ihtiyaç duyduğu bakım aile üyelerinden birisinin birincil bakım veren konumuna gelmesine neden olmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011). Hastaya bakım veren haline gelme hastanın tanı alması ve aile üyeleri içerisinde duruma uyum sağlanmasının ardından planlanamaz ya da öngörülemez şekilde meydana gelmektedir (Bademli ve Duman, 2013a). Bakım verenlerin günlük yaşamındaki sorumluluklarına ek olarak bakım verme rolünün eklenmesi bakım verenin yaşamını zorlaştırmakta ve sorumlulukların artması ile bu süreç tek taraflı, bağımlı, yoğun ve uzun bir bakım verme-bakım alma ilişkisi ile sonuçlanabilmektedir (Atagün vd., 2011).

Bakım verenler gayret gerektiren, oldukça güç bir süreç deneyimlemektedir (Bademli ve Duman, 2013a). Çoğunlukla karşılaştıkları sorunlarla tek başına mücadele etmek zorunda kalmakta ve bakım verme rolünü yardım almadan yerine getirmektedir (Gülseren vd., 2010). Hasta ile günün büyük bir bölümünü evde geçirdiğinden sosyal faaliyetler ve üretim sürecine katılamamaktadır (Yıldırım vd., 2017). Hastadaki işlevsellik kaybı, tedaviye uyumsuzluk ve damgalanma nedeniyle de stres yaşamaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011; Tel vd., 2010). Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin yaşadıkları stres duygusal, ekonomik ve fiziksel alanlarda yük oluşturmaktadır (McCann vd., 2011). Bakım verenlerin stresle etkili bir şekilde baş edememesi çaresizlik, korku, öfke, yalnızlık ya da suçluluk gibi duygulara yol açabilmektedir (Atagün vd., 2011).

Fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik sorunlar gibi pek çok alanda karşılaştıkları zorluklar nedeniyle bakım verenlerin ruhsal yönden riskli oldukları ifade edilmektedir (Duman ve Bademli, 2013b). Yapılan çalışmalarda şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalara bakım verenlerin anksiyete ve depresif belirtilerinin yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir (Magana vd., 2007; Perlick vd., 2007). Şizofreni hastalarına bakım verenlerle yapılan bir çalışmada bakım verenlerin stres, damgalanma, sosyal aktivitelere zaman ayırlamaması, hastalığın yüksek maliyeti ve işe gidilemeyen günler nedeniyle ekonomik, duygusal ve günlük yaşamla ilgili güçlükler yaşadıkları belirlenmiştir (Magliano vd., 2002). Bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerle yapılan bir çalışmada ise bakım verenlerin %90,8 ile en çok ruh sağlığı olmak üzere aile içi iletişim, kişisel bakım, sosyal ilişkiler ve ekonomik yönden etkilendikleri bulunmuştur (Arguvanlı ve Taşçı, 2013).

2.4.3. Birincil Bakım Verenlerin Gereksinimleri

Aileler bakım verme sürecinde hastalığın belirtileri ve stresle baş etme, farmakolojik tedavi ve yan etkiler, psikososyal tedavi, erken uyarıcı belirtiler, hasta ile iletişim kurma, günlük yaşam becerilerini iyileştirme, boş zaman etkinliklerini planlama, problem çözme becerileri ve yasal konular hakkında bilgilendirmelere gereksinim duymaktadır (Gümüş, 2006). Yaşadıkları zorluklar ve gereksinimleri nedeniyle bakım verenlere yönelik müdahale programlarının geliştirilmesi, tedaviye aktif bir şekilde katılımlarının sağlanması ve ruh sağlıklarının korunmasının önemi vurgulanmaktadır (Bademli ve Duman, 2013a). Bu doğrultuda uygulanan psikososyal yaklaşımlardan birisi etkililiği yüksek, maliyeti düşük ve kolay uygulanabilir olma özellikleri bakımından psikoeğitimlerdir (Arguvanlı, 2018).

Psikoeğitim programları bakım verenlerin hastalık hakkında eğitimini, duygusal destek sağlamayı, başa çıkma yetenekleri kazandırmayı ve yaşam kalitelerini yükseltmeyi amaçlamaktadır (Çam ve Engin, 2014). Yapılan çalışmada psikoeğitimin bakım verenlerde stresi azalttığı, aile işlevlerinde düzelmeye sağladığı ve toplumsal ilişkileri iyileştirdiği saptanmıştır (Doğan vd., 2002b). Sistematik inceleme çalışmasında ise bakım verenlere yönelik uygulanan psikoeğitimlerin hastalarda atak olasılıklarını yaklaşık yarı yarıya azalttığı, hastanede yatış sürelerini kısalttığı ve ilaç uyumunu artırdığı belirtilmektedir (Bentsen, 2003). Bakım verenler ve hastalar üzerinde faydalı sonuçlarına rağmen ülkemizde aile müdahalelerinin yetersiz düzeyde ve rutin uygulamalarda devamlılığı sağlanamayan programlar olduğu ifade edilmektedir (Duman ve Bademli, 2013b; Gümüş, 2006). Aile odaklı programların yurtdışında da yetersizliği söz konusudur (Arslantaş ve Adana, 2011).

2.4.4. Birincil Bakım Verenlere Yönelik Psikiyatri Hemşireliği Yaklaşımı

Aile merkezli yaklaşımlardan birisi olan psikoeğitim programlarını planlamak ve uygulamak öncelikli olarak psikiyatri hemşirelerinin sorumluluğundadır (Çam ve Engin, 2014; Gümüş, 2006). Hemşirelik Yönetmeliği'nde psikiyatri hemşirelerinin psikoeğitim programlarını geliştirme yetkinliğine sahip olduğu açıkça ifade edilmektedir (SB, 2011b). Amerikan Hemşireler Birliği tarafından ise psikiyatri hemşirelerinin hasta ve aileyi desteklemede psikoeğitimlerin yanı sıra bireysel, grup ve aile terapileri gibi terapötik tedavileri de kullanabilecekleri belirtilmektedir (Çam ve Çuhadar, 2013).

Danışmanlık, terapi ve eğitim psikiyatri hemşirelerinin bağımsız rolleri arasında yer almasına rağmen araştırma bulguları bu rollerin yerine getirilmesinde yetersizlik olduğunu

göstermektedir (Ünsal vd., 2014). Benzer şekilde psikiyatri hemşirelerinin araştırmalarla etkililiği kanıtlanan psikoeğitim programlarını yürütmede pasif bir tutum sergilediklerinden bahsedilmektedir (Matsuda ve Kohno, 2021). Psikiyatri hemşireleri bağımsız rollerinin bilincinde olmalı, bireyi biyopsikososyal bütünlük içinde değerlendiren bir yaklaşım doğrultusunda hasta ile birlikte ailenin eğitim gereksinimlerini belirlemeli ve psikoeğitimsel müdahaleleri klinik uygulamalarına entegre etmelidir (Şengün vd., 2011).

2.5. Umud ve Psikolojik Dayanıklılık

2.5.1. Umud Kavramı

Umud; bireyin istenilen hedeflere ulaşmasını sağlayan yolları belirlediği, hedefe ulaşmada belirlenen yolları kullandığı ve engellerle karşılaştığında ise hedefe ulaşmak için yeni yollar bulup uygulamaya koyarak mücadele etmeye devam ettiği bir düşünce tarzı olarak tanımlanmaktadır (Snyder, 2002).

Umud kavramını oluşturan üç öge amaçlar, alternatif yollar düşüncesi ve eyleyici düşüncedir. Amaçlar gerçekleşme zamanı ya da ihtimaline göre farklılık gösterebilen, birey için bir anlamı olan, ulaşılabilir nitelikte ve bir miktar da belirsizlik içeren bilişsel unsurdur. Alternatif yollar düşüncesi amaca ulaşma yolunda zorluklarla karşılaşılsa bile farklı yollar tasarlama ve harekete geçirme yeteneği anlamına gelmektedir. Eyleyici düşünce ise amaca ulaşmaya dair istek ve güce sahip olmayı ifade eden güdüleyici unsurdur (Cheavens vd., 2006; Snyder, 2002; Snyder vd., 2002).

Umud kavramının bireylerin iyilik hali, iyimserlik, öz saygı, öz yeterlik ve sorun çözme yeteneği ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Tarhan ve Bacanlı, 2015). Umud stres verici yaşam olaylarına karşı adeta tampon vazifesi görmektedir (Valle vd., 2006). Yüksek umud düzeyi daha az stres ile birlikte daha fazla yaşam doyumunu beraberinde getirmektedir (Gilman vd., 2006). Umud düzeyi yüksek olan bireyler güçlüklerle karşılaştığında olumsuz duygulardan ziyade amaca yönelik stratejiler üreterek amacı elde etmeye odaklanmaktadır (Snyder vd., 1991). Bu yaklaşım bireylerin yaşadıkları sorunlarla etkili bir şekilde baş edebilmelerinin nedenini açıklar niteliktedir (Snyder vd., 2000).

2.5.2. Psikolojik Dayanıklılık Kavramı

Psikolojik dayanıklılık; bireyin travma, tehdit, trajedi, aile, sosyal ilişkiler, iş hayatı, maddi problemler ya da sağlık sorunları gibi önemli stresörlere uyum sağlaması, toparlanma

gücünü kendisinde bulması ve başarılı bir şekilde sıkıntıya neden olan değişim ya da felaketlerin üstesinden gelme kabiliyeti şeklinde tanımlanmaktadır (Basım ve Çetin, 2011).

Psikolojik dayanıklılık “psikolojik güçlülük”, “yılmazlık”, “toparlanma”, “kendini toparlama gücü”, “dirençlilik”, “sağlamlık”, “dayanıklılık”, “güçlülük” ve “psikolojik sağlamlık” gibi kavramlarla aynı anlamda kullanılmakla birlikte İngilizce’de “resilience” olarak geçen kavrama Türkçe’de en iyi “psikolojik dayanıklılık” kavramının karşılık geldiği belirtilmektedir (Basım ve Çetin, 2011).

Psikolojik dayanıklılık kavramı farklı araştırmacılar tarafından tanımlanan çok sayıda çalışmanın olduğu, yapılan her tanımın kavramın farklı bir özelliğini yansıttığı, çok boyutlu, kompleks bir kavramdır (Basım ve Çetin, 2011; Öz ve Yılmaz, 2009; Tümlü ve Receptoğlu, 2013). Yapılan çalışmaların ortak özellikleri psikolojik dayanıklılıktan söz edebilmek için koruyucu faktörler, risk faktörleri, olumlu sonuçların bulunmasının önemli olduğu yönündedir (Gizir, 2007; Tümlü ve Receptoğlu, 2013). Dinamik yapıda olan psikolojik dayanıklılık geliştirilebilir bir özelliğe sahiptir (Çam ve Büyükbayram, 2017; Gizir, 2007; Öz ve Yılmaz, 2009). Psikolojik dayanıklılığın gelişebilmesi ise bireyin öncelikli olarak risk faktörleriyle karşılaşmasını gerektirmektedir (Çam ve Büyükbayram, 2017; Öz ve Yılmaz, 2009). Risk faktörleri bir sorunun meydana gelme, sürme ya da gittikçe kötüleşme ihtimalini artırırken; koruyucu faktörler risklerin negatif etkilerini hafifletir ya da yok ederler (Çam ve Büyükbayram, 2017). Olumlu sonuçlar bireyin koruyucu faktörler sayesinde risk faktörlerinin üstesinden gelerek elde ettiği beceriler anlamına gelmektedir (Tümlü ve Receptoğlu, 2013).

Risk faktörleri ve koruyucu faktörlerin her ikisi de ailesel, bireysel ve çevresel faktörler ile açıklanmaktadır (Öz ve Yılmaz, 2009). Bireysel faktörler içsel, ailesel ve çevresel faktörler ise dışsal faktörleri ifade etmektedir (Oktan, 2012; Tümlü ve Receptoğlu, 2013). Bireysel risk faktörleri; düşük zeka seviyesi, endişeli ya da agresif mizaç, kronik fiziksel ya da ruhsal hastalıklar, yetersiz özgüven ve etkisiz baş etme yöntemleridir. Ailesel risk faktörleri; kronik fiziksel ya da ruhsal hastalığı olan bir ebeveynin olması, ailevi hastalıklar, aile dinamiklerinde bozulma ve olumsuz aile ilişkileridir. Çevresel risk faktörleri; savaş ve doğal afetler gibi toplumsal travmatik olaylar, ihmal ya da istismar, düşük sosyoekonomik düzey ve olumsuz rol modellerdir (Gizir, 2007; Öz ve Yılmaz, 2009; Tümlü ve Receptoğlu, 2013).

Risk faktörlerine karşı bireysel koruyucu faktörler; pozitif mizaç, benlik saygısının yüksekliği, öz yeterlik, etkili problem çözme becerileri, öz farkındalık, yüksek umut düzeyi ve iyimserlik, iç kontrol odaklı olma, özerklik, empati, mizah duygusu ve geleceğe yönelik olumlu beklentilerdir. Ailesel koruyucu faktörler; olumlu aile ortamı, eğitim düzeyi yüksek ebeveynler ve aile ilişkilerinin sağlıklı olmasıdır. Çevresel koruyucu faktörler; destekleyici ilişkiler, sosyal destek kaynaklarının olması ve etkili sosyal organizasyonlar gibi toplumsal kaynakların varlığıdır (Gizir, 2007; Öz ve Yılmaz, 2009; Tümlü ve Receptoğlu, 2013).

Bireyin kazandığı olumlu sonuçlar; psikososyal uyum, ruhsal iyilik hali, yaşam doyumu, olumlu sosyal ilişkiler, akademik başarı, sosyal faaliyetlere katılma, duygusal ve davranışsal problemlerin azlığı ve ruhsal bozuklukların bulunmaması gibi özelliklerdir (Gizir, 2007; Öz ve Yılmaz, 2009; Tümlü ve Receptoğlu, 2013).

2.6. Birincil Bakım Verenlerde Umut ve Psikolojik Dayanıklılığın Rolü

Umut ve psikolojik dayanıklılığın ruh sağlığının korunmasında dikkate değer bir öneme sahip ve birbiriyle ilişkili olduğunu gösteren farklı araştırma gruplarıyla yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (Çiltaş, 2019; Duggal vd., 2016; Solano vd., 2016).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerle yapılan çalışmalar umut ve psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bakım verenlerin daha az stres belirtileri gösterdiğini, anksiyete ve depresyon belirtilerinin daha düşük seviyede olduğunu, bakım yüklerinin azaldığını, bakım vermenin olumsuz etkileriyle daha başarılı bir şekilde baş edebildiğini ve yaşam kalitelerinin arttığını ortaya koymaktadır (Abd El vd., 2018; Bland ve Darlington, 2002; Fan vd., 2014; Hernandez vd., 2013; Hernandez vd., 2019; Zauszniewski vd., 2010).

2.6.1. Birincil Bakım Verenler ve Umut

Duchenne müsküler distrofi tanısı olan çocukların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada umudun belirsizlik ile negatif, algılanan etkili başa çıkma yeteneği ile pozitif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (Bell vd., 2019). İleri evre kanser hastalarına bakım verenlerle yapılan bir çalışmada umudu yüksek olan bakım verenlerin bakım yükünün daha düşük olduğu belirlenmiştir (Lohne vd., 2012). Demans hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada bakım yükü yüksek olan bakım verenlerin algılanan stresinin yüksek, umudunun düşük olduğu ve bakım yükü ile algılanan stres arasındaki ilişkiye umudun aracılık ettiği bulunmuştur (Castro vd., 2020). Alzheimer hastalarına bakım verenlerle yapılan bir çalışmada umudu yüksek olan bakım verenlerin yaşam kalitesinin daha yüksek

olduğu görülmüştür (Duggleby vd., 2011). Down sendromu tanısı olan çocukların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada umudun uyum ile pozitif, belirsizlik ile negatif yönde ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Truitt vd., 2012).

Kronik fiziksel ve ruhsal hastalıkları olan bireylerin bakım verenleriyle yapılan araştırmaların sistematik olarak incelendiği bir çalışmada umudu etkileyen içsel faktörler olumlu bakış açısı, maneviyat ve inanç, fiziksel ve psikososyal iyilik hali; dışsal faktörler aile, arkadaş ve sağlık profesyonelleri desteği, ciddi olaylar ve aile üyesinin hastalığı, aile ilişkileri, bilgilendirme olduğu ve umudun bakım verenlerde aile üyesinin hastalığıyla başa çıkma, belirsizliğin azalması, fiziksel ve psikososyal iyilik halinin artması, kayıp ve keder duygularında azalma gibi olumlu sonuçları olduğu bildirilmiştir (Duggleby vd., 2010). Bir diğer sistematik inceleme çalışmasında bakım verenlerin umudu arttığında iyilik hali, yaşam kalitesi ve yaşam doyumu, olumlu ruh sağlığı, benlik saygısı, aile uyumu, öz yeterlik, bakım alanın umudunun arttığı; depresyon, distres, anksiyete ve stres belirtileri, keder ve suçluluk duyguları, uyumsuz baş etme stratejileri, duygu odaklı baş etme stratejileri, bakım yükünün azaldığı bulunmuştur (Duggleby vd., 2021).

Şizofreni tanısı olan çocuk ve ergenlerin bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığın distres üzerinde, umudun bakım vermenin olumlu yönleri üzerinde daha büyük bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir (Wang vd., 2020). Şizofreni hastalarına bakım verenlerle yapılan bir diğer çalışmada umut ile yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Ghahremani vd., 2006). Şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yapılan başka bir çalışmada umut düzeyi yüksek olan bakım verenlerin daha çok uyumlu başa çıkma stratejileri kullandıkları, daha az endişe yaşadıkları ve bakım yüklerinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Yakoobian vd., 2009). Şizofreni hastalarına bakım verenlerle yapılan diğer bir çalışmada umudun ruhsal iyilik hali ve yaşam kalitesi ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Francisquini vd., 2020). Araştırma grubu olan şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleri ve kontrol grubu olan hafif fiziksel hastalıkları olan bireylerin bakım verenleriyle karşılaştırmalı olarak yapılan bir çalışmada ise araştırma grubunda kontrol grubuna göre umut düzeyinin daha düşük olduğu ve bakım verme süresi arttıkça umut düzeyinin azaldığı görülmüştür (Stanley ve Balakrishnan, 2021a).

2.6.2. Birincil Bakım Verenler ve Psikolojik Dayanıklılık

Travmatik beyin ya da omurilik yaralanması olan bireylerin bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığın olumlu duygulanım ile pozitif, bakım yükü

ile negatif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur (Simpson ve Jones, 2013). Alzheimer hastalığı olan bireylere bakım verenlerle yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bakım verenlerin daha çok problem odaklı baş etme stratejileri kullandıkları, daha az fiziksel ve ruhsal problemler yaşadıkları ve yaşam kalitelerinin daha yüksek olduğu görülmüştür (Gomez vd., 2020). İleri evre kanser hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bakım verenlerin bakım yükünün daha düşük olduğu tespit edilmiştir (Palacio vd., 2018). Demans hastalarına bakım verenlerle yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığın yaşam kalitesi ile pozitif, depresif belirtiler ile negatif yönde ilişkili olduğu saptanmıştır (Dias vd., 2016).

Kronik fiziksel ve ruhsal hastalıkları olan bireylerin bakım verenleriyle yapılan araştırmaların sistematik olarak incelendiği bir çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bakım verenlerde yaşam kalitesi, uyumun daha yüksek; bakım yükü, distres, yorgunluk, stresin daha düşük olduğu ve psikolojik dayanıklılığın bakım vermede iyileşmeyi sağladığı bildirilmiştir (Palacio vd., 2019). Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerle yapılan bir çalışmada ise iki grup arasında psikolojik dayanıklılık açısından anlamlı bir farklılık olmamakla birlikte bakım verenlerin yaşam kalitesi ve psikolojik dayanıklılık arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu bulunmuştur (Jain ve Singh, 2014).

Şizofreni tanısı olan hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir (Stanley ve Balakrishnan, 2021b). Şizofreni hastalarına bakım verenlerle yapılan bir diğer çalışmada bakım yükü ve damgalamanın psikolojik dayanıklılığı olumsuz olarak etkilediği bulunmuştur (Fitryasari vd., 2018). Şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yapılan başka bir çalışmada hastalığın özelliklerini anlama, hastayı koruma duygusu, esneklik, mizah ve umudu baş etme becerileri olarak kullanma, olumlu bakış açısı, sosyal destek ağına sahip olmanın psikolojik dayanıklılığı arttırdığı, bakım verenlerde artan psikolojik dayanıklılığın hastaların nükslerini önlediği, topluma uyum sağlamalarını kolaylaştırdığı, iyileşmelerine katkı sağladığı belirlenmiştir (Amagai vd., 2016). Şizofreni hastalarına bakım verenlerle yapılan farklı iki çalışmada ise algılanan sosyal destek arttıkça psikolojik dayanıklılığın arttığına dair benzer sonuçlar saptanmıştır (Abdelaal vd., 2021; Lök ve Bademli, 2021).

Şizofreni tanısı olan hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılığın bakım yükü ile negatif, ailenin uyumu ve bağlılığı ile pozitif yönde ilişkili olduğu görülmüştür (Mahmoud, 2018). Şizofreni hastalarına bakım verenlerle yapılan bir

diğer çalışmada psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bakım verenlerde distresin daha düşük olduğu bulunmuştur (Jansen vd., 2017). Şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yapılan başka bir çalışmada psikolojik dayanıklılık ve öz etkililik arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu saptanmıştır (Nihayati vd., 2020). Çoğunlukla şizofreni ve bipolar bozukluk tanıli hastalara bakım verenlerle yapılan bir çalışmada ise hastalığa dair utanç ve damgalamanın psikolojik dayanıklılığı olumsuz olarak etkilediği belirlenmiştir (Power vd., 2015).

Şizofreni tanısı olan hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada psikolojik dayanıklılık faktörlerinin aile, arkadaş, akraba, komşu, sağlık profesyonelleri desteği gibi sosyal destek kaynakları; aileyle birlikte geçirilen zaman ve rutinler, hastalığı kabul etmek, dürüst ve onaylayıcı iletişim, mizah anlayışı gibi aileye ait özellikler; hastanın ilaca uyumu, sorumluluklarını yerine getirebilmesi, toplumsal işlevselliğinin iyi olması, destek gruplarına katılması, pozitif bir tutuma sahip olması gibi hastaya ait özellikler olduğu saptanmıştır (Bishop ve Greeff, 2015). Çoğunlukla şizofreni ve bipolar bozukluk tanıli hastalara bakım verenlerle yapılan bir diğer çalışmada bakım verenler tarafından en çok ifade edilen psikolojik dayanıklılık faktörleri sırasıyla aile desteği (%14), sağlık profesyonelleri desteği (%10), çocukların bakımıyla ilgilenmek (%10), ailenin uyumu ve bağlılığı (%8), umut beslemek ya da pozitif tutum (%6) olduğu bulunmuştur (Greeff vd., 2006). Şizofreni ve bipolar bozukluk tanıli hastalara bakım verenlerin çoğunlukta olduğu benzer bir çalışmada ise psikolojik dayanıklılık faktörlerinin inanç ve maneviyat (%67,6), pozitif kişilik özellikleri (%67,6), aile üyelerinin birbirlerini sevmesi ve desteklemesi (%61,8), akraba, komşu, arkadaşlardan gelen destek (%50), hastayı ya da hastalığı anlama ve kabul etme (%32,4) olduğu bildirilmiştir (Jonker ve Greeff, 2009).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ARAŞTIRMA METODOLOJİSİ

3.1. Araştırmanın Türü

Araştırma tanımlayıcı türde tasarlandı.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Bursa Çekirge Devlet Hastanesine bağlı Osmangazi (Hürriyet) Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) ve Çekirge Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Eylül 2020-Ocak 2022 tarihleri arasında yürütüldü.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Osmangazi (Hürriyet) Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Çekirge Toplum Ruh Sağlığı Merkezine kayıtlı kronik psikiyatrik hastalık tanılı toplam 1100 bireyin birincil bakım verenleri araştırmanın evrenini oluşturdu.

Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde evrenin bilindiği durumlardaki örneklem büyüklüğü hesaplama formülü kullanıldı (Krejcie ve Morgan, 1970). Örneklem büyüklüğü 285 kişi olarak belirlendi. Araştırmanın örneklemini dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya yazılı ya da sözlü izin veren 297 kişi oluşturdu.

Dahil Edilme Kriterleri

- Kronik psikiyatrik hastalık (şizofreni ya da bipolar bozukluk) tanılı bireyin bakım vereni olmak (Black ve Andreasen, 2010; Liberman, 1988).
- En az 6 ay önce kronik psikiyatrik hastalık tanısı almış olan bireyin bakım vereni olmak (Aşkan, 2019; Gedik, 2019; İnce, 2019).
- Kronik psikiyatrik hastalık tanılı bireyin bakımından birinci derecede sorumlu bakım vereni olmak.
- Kronik psikiyatrik hastalık tanılı bireyin ücretli bakım vereni olmamak.
- İletişim kurmaya engel oluşturacak fiziksel ya da ruhsal bir yetersizliğe sahip olmamak.
- Veri toplama araçlarında yer alan ifadeleri anlayıp yanıt verebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmak.
- 18 yaş üzerinde olmak.
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olmak.

3.4. Veri Toplama Zamanı ve Yöntemi

Araştırma verileri Ocak 2021-Haziran 2021 tarihleri arasında yüz yüze görüşme ve telefonla görüşme yöntemi ile toplandı.

Yüz yüze görüşme yönteminde katılımcılardan “Bilgilendirilmiş Onam Formu” ile yazılı izin alındı ve ortalama 20 dakika zaman ayırarak veri toplama araçlarındaki sorulara cevaplarını işaretlemeleri istendi. Telefonla görüşme yönteminde araştırmacı tarafından kronik psikiyatri hastalarının kayıtlı olduğu Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden bakım verenlerin telefon numaraları alınarak kurum telefonuyla arandı ve araştırma hakkında bilgi verildi. Dahil edilme kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya sözlü izin veren katılımcılara ortalama 30 dakikalık bir sürede veri toplama araçlarındaki sorular sözel olarak soruldu ve katılımcının verdiği cevaplar araştırmacı tarafından formların üzerine işaretlendi.

3.5. Veri Toplama Araçları

Veri toplama araçları olarak “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Sürekli Umut Ölçeği” ve “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” kullanıldı.

3.5.1. Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı Bilgi Formu araştırmacı tarafından literatüre dayalı olarak hazırlandı (Ayyıldız, 2017; Ceylan, 2007; Günay, 2017; Gündüz, 2019; Hancı, 2014; Kocakaya, 2017; Orak ve Sezgin, 2015; Uğurtay, 2019; Yağmur ve Türkmen, 2017; Yıldız, 2016; Yıldız ve Ekinci, 2017).

Form bakım verilen kronik psikiyatri hastasına ait bilgiler ve kronik psikiyatri hastasının birincil bakım verenine ait bilgiler olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır.

Bakım verilen kronik psikiyatri hastasına ait bilgilerde tanı, meslek, eğitim durumu, cinsiyet, gelir durumu, medeni durum, çalışma durumu, yaş, sosyal güvence, hastaya tanı konduğundan bu yana geçen süre, hastanın hastalığı nedeniyle atak yaşama sıklığı, hastanın hastaneye toplam yatış sayısı, hastanın sosyal işlevselliğinde bozulma, hastanın mesleki işlevselliğinde bozulma, hastanın ilaçlarını düzenli olarak kullanma durumu, hastanın intihar girişiminde bulunma durumu, eğer intihar girişiminde bulunduysa sayısı, hastanın madde kullanma durumu, eğer madde kullanıyorsa ne kullandığı ve hastanın başkalarına yönelik şiddet davranışları gösterme durumu ile ilgili toplam 20 soru yer almaktadır.

Kronik psikiyatri hastasının birincil bakım verenine ait bilgilerde yaş, meslek, çalışma durumu, eğitim durumu, gelir durumu, cinsiyet, sosyal güvence, medeni durum, hastayla yakınlık durumu, hastayla aynı evde yaşama durumu, hastaya bakım verme süresi, bakımından sorumlu olduğu başka bir hastanın varlığı, daha önce bakım verme deneyimi, bakım verilen süre boyunca hastalık tanısı alma durumu, eğer hastalık tanısı aldıysa ne olduğu, hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada kendini yeterli bulma durumu, hastanın almış olduğu psikiyatrik hastalık tanısı ile ilgili bilgi düzeyini yeterli bulma durumu, bakım verme nedeniyle günlük yaşamındaki sorumluluklarının etkilenmesi hakkındaki düşüncesi, hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada yardım alma durumu ve hastaya bakım verme konusunda hissedilenler ile ilgili toplam 20 soru yer almaktadır.

3.5.2. Sürekli Umut Ölçeği

Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) on beş ve üzeri yaş grubunda olan kişilerin umut düzeylerini tespit etmek için Snyder vd. (1991) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde Tarhan ve Bacanlı (2015) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek on iki madde ve iki alt boyuttan meydana gelmektedir. “Eyleyici düşünce” (12, 10, 9, 2) ve “alternatif yollar düşüncesi” (8, 6, 4, 1) olarak adlandırılan alt boyutlar dörder maddeyle ölçülmektedir. Diğer dört madde ise (11, 7, 5, 3) dolgu maddelerden oluşmaktadır. Doğrulayıcı faktör analizi ile iki faktörlü yapı ölçek toplam varyansının öğrenci örnekleminde %61’ini açıklamıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı 0,83 olarak saptanmıştır (Tarhan ve Bacanlı, 2015). Bu çalışmada ölçek ve alt boyutlarının 0,85-0,99 arasında güvenirlik değerlerine sahip olduğu tespit edildi.

SUÖ 8’li likert tipi bir ölçektir. Katılımcıların ölçekten alabileceği puanların en düşüğü 8 ve en yükseği 64’tür. Ölçek toplam puanı dolgu maddelerine puan verilmeden alt boyutların puanları toplanarak elde edilmektedir (Tarhan ve Bacanlı, 2015).

3.5.3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) yetişkinlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirlemek için Friborg vd. (2005) tarafından geliştirilmiş olup ülkemizde Basım ve Çetin (2011) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. Ölçek otuz üç madde ve altı alt boyuttan meydana gelmektedir. Ölçek alt boyutlarından “gelecek algısı” (20, 14, 8, 2) ve “yapısal stil” (21, 15, 9, 3) dörder madde, “sosyal yeterlilik” (29, 25, 22, 16, 10, 4), “aile uyumu” (32, 26, 23, 17, 11, 5) ve “kendilik algısı”

(31, 28, 19, 13, 7, 1) altışar madde, ‘‘sosyal kaynaklar’’ (33, 30, 27, 24, 18, 12, 6) yedi maddeyle test edilmektedir. Doğrulamalı faktör analizi ile altı faktörlü yapı ölçek toplam varyansının çalışan örnekleminde %53,5’ini, öğrenci örnekleminde %55,5’ini açıklamıştır. Ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı çalışan ve öğrenci örnekleminde 0,86 olarak saptanmıştır (Basım ve Çetin, 2011). Bu araştırmada ölçek ve alt boyutlarının 0,80-0,99 arasında güvenilirlik değerlerine sahip olduğu tespit edildi.

YPDÖ 5’li likert tipi bir ölçektir. Katılımcıların ölçekten alabileceği puanların en düşüğü 33 ve en yükseği 165’tir. Puanlar yükseldikçe psikolojik dayanıklılık düzeyinin artması için 33–31–27–25–24–23–16–15–14–13–12–11–8–4–3–1 numaralı sorular ters ifade olarak değerlendirilmelidir (Basım ve Çetin, 2011). Araştırmada puanlar yükseldikçe psikolojik dayanıklılık artmaktadır.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırmanın verileri SPSS 25.0 programı kullanılarak analiz edildi. Verilerin analizinde betimsel istatistiklerden standart sapma, minimum, ortalama, medyan, frekans, maksimum kullanıldı. Kullanılan verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Q-Q Plot grafiği ile belirlenebilir (Chan, 2003). Ek olarak verilerin normal dağılıma sahip olması basıklık ve çarpıklık değerlerinin ± 3 arasında olmasını gerektirir (Qin vd., 2002). Ölçekler ve alt boyutlarının normal dağıldığı görüldü. Kullanılan ölçekler ve alt boyutlarından normal dağılım gösterenler için istatistiksel değerlendirmelerinde parametrik testler kullanıldı.

Anakütle dağılımı için normallik varsayımının yapılamadığı ve örneklem hacminin otuzun altında olduğu durumlarda parametrik olmayan testlerden söz edilebilir (Armutlulu, 2008). Örneklem hacmi 30’dan küçükse nonparametrik; örneklem hacmi 30’dan büyükse normal dağılım varsayımı doğrultusunda parametrik testler uygulanabilir (Kul, 2014; Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu, 2007). Örneklem hacminin otuzun altında olması nedeniyle istatistiksel değerlendirmelerinde parametrik olmayan testler kullanıldı.

Nicel değişkenlerin iki bağımsız örneklemden elde edilen ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını saptamak üzere bağımsız örneklem t testi ve nonparametrik için mann whitney u testi, ikiden çok bağımsız örneklem ortalamaları arasında anlamlı bir farklılaşma olup olmadığını saptamak üzere tek yönlü varyans analizi, nonparametrik için kruskal wallis analizi ve farklılığa hangi grubun neden olduğunu belirlemek amacıyla bonferroni testi yapıldı. Değişkenlerin aralarındaki ilişki pearson

korelasyon analizi ile incelendi. Yapılan istatistiklerde anlamlılık düzeyi 0,05 alfa değeriyle test edildi ve veriler %95 güven aralığında analiz edildi. Verilerin çözümlenmesi ile oluşturulan tablolar ışıkında yorumlar yapıldı.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

anakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 2020-12 no.lu karar ile etik kurul izni alındı. Bursa Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığından 72873149-806.02.02 sayılı ve Bursa Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığından E-67508481-799 sayılı karar ile kurum izni alındı. Araştırmaya katılmayı kabul eden katılımcılardan yazılı ya da sözlü izin alındı.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları

COVID-19 nedeniyle Bursa'da bulunan diğer Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin (Nilüfer TRSM, Yıldırım TRSM ve Gemlik TRSM) aktif olmamalarından dolayı araştırma kapsamına alınamaması, araştırmanın yapıldığı merkezlere sınırlı sayıda hasta kabul edilmesi dolayısıyla veri toplama sürecinin uzaması ve verilerin tamamının yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanacağı planlanmasına rağmen telefonla görüşme yöntemine de başvurulması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturdu.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM
ARAŞTIRMA BULGULARI

4.1. Bakım Verenlerin Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 1

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=297)

Özellikler		$\bar{X} \pm SS$	
Yaş ortalaması		50,71±13,73	
		n	%
Yaş grubu	30 ve altı	33	11,1
	31-40	42	14,1
	41-50	53	17,8
	51 ve üstü	169	56,9
Cinsiyet	Kadın	169	56,9
	Erkek	128	43,1
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	39	13,1
	Evli	216	72,7
	Eşi ölmüş	25	8,4
	Boşanmış/Ayrı yaşıyor	17	5,7
Eğitim durumu	İlkokul ve öncesi	132	44,4
	Ortaokul	37	12,5
	Lise	66	22,2
	Üniversite	62	20,9
Meslek	Ev hanımı	113	38,0
	Emekli	76	25,6
	İşçi	45	15,2
	Memur	25	8,4
	Diğer	38	12,8
Sosyal güvence	Var	269	90,6
	Yok	28	9,4
Çalışma durumu	Tam gün	108	36,4
	Çalışmıyor	189	63,6
Gelir düzeyi	Düşük	142	47,8
	Orta	143	48,1
	Yüksek	12	4,0

Araştırmaya katılan bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 1’de ayrıntılı bir şekilde yer almaktadır.

Bakım verenlerin %56,9’unun kadın, %43,1’inin erkek olduğu görüldü. Bakım verenlerin %56,9’unun 51 ve üstü, %17,8’inin 41-50 yaş gruplarında olup $50,71 \pm 13,73$ yaş ortalamasına sahip olduğu tespit edildi. Bakım verenlerin %72,7’sinin evli olduğu belirlendi. Bakım verenlerin %44,4’ünün ilkokul ve öncesi, %22,2’sinin lise eğitimi aldıkları saptandı. Bakım verenlerin mesleğinin %38,0’inin ev hanımı, %25,6’sının emekli, %12,8’inin diğer (esnaf, öğrenci, serbest meslek, işsiz, özel sektör, çiftçi) olduğu tespit edildi. Bakım verenlerin %90,6’sının sosyal güvencesinin olduğu görüldü. Bakım verenlerin %63,6’sının çalışmadığı saptandı. Bakım verenlerin %48,1’inin orta, %47,8’inin düşük gelirliliği belirlendi.

Tablo 2

Bakım verenlerin bakım verme özelliklerine göre dağılımı (n=297)

Özellikler		$\bar{X} \pm SS$	
Bakım verme süresi ortalaması (yıl)		13,61±8,62	
		n	%
Bakım verme süresi (yıl)	1-5	55	18,5
	6-10	84	28,3
	11-15	58	19,5
	16-20	51	17,2
	20 yıl üzeri	49	16,5
	Bakım verilen hastaya yakınlık durumu	Anne	82
Baba		38	12,8
Kardeş		62	20,9
Eş		63	21,2
Çocuk		45	15,2
Diğer		7	2,4
Bakım verilen hastayla aynı evde yaşama durumu		Evet	235
	Hayır	62	20,9
Bakımından sorumlu olduğu başka bir hastanın varlığı	Var	74	24,9
	Yok	223	75,1
Daha önce bakım verme deneyimi	Var	41	13,8
	Yok	256	86,2
Bakım verilen süre boyunca hastalık tanısı alma durumu	Evet	70	23,6
	Hayır	227	76,4
Fiziksel hastalık tanısı	Sinir sistemi hastalığı	8	14,3*
	Dolaşım sistemi hastalığı	39	69,6*
	Endokrin sistemi hastalığı	22	39,3*
	Kas iskelet sistemi hastalığı	4	7,1*
	Solunum sistemi hastalığı	4	7,1*
	Sindirim sistemi hastalığı	3	5,4*
Ruhsal hastalık tanısı	Depresif bozukluklar	10	41,7
	Anksiyete bozuklukları	14	58,3
Bakım verilen süre boyunca psikolojik sorun yaşama durumu	Evet	48	16,2
	Hayır	249	83,8

Tablo 2'nin devamı

Psikolojik sorunlar	Depresif ruh hali	25	52,1*
	Kaygı problemleri	7	14,6*
	Öfke problemleri	16	33,3*
	Uyku problemleri	6	12,5*
Bakım gereksinimlerini karşılama kendini yeterli bulma durumu	Evet	144	48,5
	Hayır	97	32,7
	Kısmen	56	18,9
Hastanın psikiyatrik hastalık tanısı hakkında bilgi düzeyini yeterli bulma durumu	Evet	158	53,2
	Hayır	33	11,1
	Kısmen	106	35,7
Bakım verme nedeniyle günlük yaşamındaki sorumluluklarının etkilenme durumu	Evet	142	47,8
	Hayır	123	41,4
	Kısmen	32	10,8
Hastanın bakım gereksinimlerini karşılama yardım alma durumu	Evet	145	48,8
	Hayır	152	51,2
Yardım alma durumu	Eşinden yardım alma	73	50,3*
	Akrabalarından yardım alma	99	68,3*
Bakım verenlerin bakım verme sürecinde yaşadıkları hisler	Yorgunluk	134	45,1*
	Korku	25	8,4*
	Güçlü	67	22,6*
	Çaresizlik	104	35,0*
	Keder	124	41,8*
	Mutluluk	84	28,3*
	Öfke	43	14,5*
	Cesur	16	5,4*
	Huzur	95	32,0*
	Yalnızlık	62	20,9*
Kaygı	64	21,5*	

*sattır yüzdesi

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme özelliklerine göre dağılımı Tablo 2'de ayrıntılı bir şekilde yer almaktadır.

Bakım verenlerin %28,3'ünün 6-10 yıl, %19,5'inin 11-15 yıl bakım verme süresi olup $13,61 \pm 8,62$ yıl bakım verme süresi ortalamasına sahip olduğu tespit edildi. Bakım verenlerin hastaya yakınlık durumunun %27,6'sının anne, %21,2'sinin eş, %20,9'unun kardeş, %2,4'ünün diğer (yeğen, amca, enişte, gelin, teyze) olduğu görüldü. Bakım verenlerin %79,1'inin bakım verilen hastayla aynı evde yaşadığı belirlendi. Bakım verenlerin %24,9'unun bakımından sorumlu olduğu başka bir hastanın olduğu tespit edildi. Bakım verenlerin %13,8'inin öncesine ait bakım verme deneyiminin olduğu saptandı.

Bakım verenlerin hastaya bakım verdiği süre boyunca %23,6'sında hastalık oluştuğu ve hastalığı fiziksel hastalık olanlardan %69,6'sının dolaşım sistemi hastalığı, %39,3'ünün endokrin sistemi hastalığı olduğu, ruhsal hastalık olanlardan %58,3'ünün anksiyete bozuklukları, %41,7'sinin depresif bozukluklar olduğu görüldü. Bakım verenlerin hastaya bakım verdiği süre boyunca %16,2'sinin psikolojik sorunlar yaşadığı ve psikolojik sorunları olanların %52,1'inin depresif ruh hali, %33,3'ünün öfke problemleri olduğu görüldü.

Bakım verenlerin %48,5'inin bakım gereksinimlerini karşılamada kendisini yeterli bulduğu görüldü. Bakım verenlerin %53,2'sinin hastanın psikiyatrik hastalık tanısı hakkında bilgi düzeyini yeterli bulduğu tespit edildi. Bakım verenlerin %47,8'inin bakım verme nedeniyle günlük yaşamındaki sorumluluklarının etkilendiğini düşündüğü belirlendi. Bakım verenlerin %48,8'inin bakım gereksinimlerini karşılamada yardım aldığı ve yardım alanların %68,3'ünün akrabalarından yardım aldığı, %50,3'ünün eşinden yardım aldığı bulundu. Bakım verenlerin bakım verme sürecinde yaşadıkları hislerden öne çıkanlar yorgunluk (%45,1), keder (%41,8), çaresizlik (%35,0), huzur (%32,0), mutluluk (%28,3) şeklindeydi.

4.2. Bakım Verilen Hastaların Özelliklerinin İncelenmesi

Tablo 3

Bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı (n=297)

Özellikler		$\bar{X} \pm SS$	
Yaş ortalaması		44,35±11,90	
		n	%
Yaş grubu	30 ve altı	45	15,2
	31-40	69	23,2
	41-50	90	30,3
	51 ve üstü	93	31,3
Cinsiyet	Kadın	145	48,8
	Erkek	152	51,2
Medeni durum	Hiç evlenmemiş	144	48,5
	Evli	101	34,0
	Eşi ölmüş	9	3,0
	Boşanmış/Ayrı yaşıyor	43	14,5
Eğitim durumu	İlkokul ve öncesi	124	41,8
	Ortaokul	59	19,9
	Lise	79	26,6
	Üniversite	35	11,8
Meslek	Ev hanımı	120	40,4
	Emekli	65	21,9
	İşsiz	72	24,2
	İşçi	22	7,4
	Diğer	18	6,1
Sosyal güvence	Var	229	77,1
	Yok	68	22,9
Çalışma durumu	Tam gün	40	13,5
	Çalışmıyor	257	86,5
Gelir düzeyi	Düşük	196	66,0
	Orta	92	31,0
	Yüksek	9	3,0

Bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı Tablo 3'te ayrıntılı bir şekilde yer almaktadır.

Bakım verilen hastaların %31,3'ünün 51 ve üstü, %30,3'ünün 41-50 yaş gruplarında olup $44,35 \pm 11,90$ yaş ortalamasına sahip olduğu tespit edildi. Hastaların %51,2'sinin erkek, %48,8'inin kadın olduğu belirlendi. Hastaların %48,5'inin hiç evlenmemiş, %34,0'ının evli olduğu saptandı. Hastaların %41,8'inin ilkokul ve öncesi, %26,6'sının lise eğitimi aldıkları bulundu. Hastaların mesleğinin %40,4'ünün ev hanımı, %24,2'sinin işsiz, %6,1'inin diğer (özel sektör, çiftçi, serbest meslek, esnaf, memur) olduğu görüldü. Hastaların %77,1'inin sosyal güvencesinin olduğu görüldü. Hastaların %86,5'inin çalışmadığı tespit edildi. Hastaların %66,0'ının düşük, %31,0'ının orta gelirli olduğu belirlendi.



Tablo 4

Bakım verilen hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı (n=297)

Özellikler		$\bar{X} \pm SS$	
Hastalık süresi ortalaması (yıl)		16,43±9,53	
		n	%
Hastalık süresi (yıl)	1-5	36	12,1
	6-10	66	22,2
	11-15	57	19,2
	16-20	63	21,2
	20 yıl üzeri	75	25,3
Tanı	Şizofreni	190	64,0
	Bipolar bozukluk	107	36,0
Atak yaşama sıklığı	Aylık-6 ay altı	122	41,1
	6 aylık-2 sene altı	65	21,9
	2 sene ve üzeri	110	37,0
Hastaneye yatış sayısı	Yatış yok	75	25,3
	1-3 kez	132	44,4
	4 kez ve üzeri	90	30,3
Sosyal işlevsellikte bozulma	Var	176	59,3
	Yok	121	40,7
Mesleki işlevsellikte bozulma	Var	186	62,6
	Yok	111	37,4
Düzenli ilaç kullanımı	Var	212	71,4
	Yok	85	28,6
İntihar girişimi	Var	57	19,2
	Yok	240	80,8
İntihar girişimi sayısı	1-3 kez	47	82,5
	4 kez ve üzeri	10	17,5
Madde kullanımı	Var	153	51,5
	Yok	144	48,5
Sigara	Evet	153	100,0
Alkol	Evet	7	4,6
	Hayır	146	95,4
Başkalarına yönelik şiddet durumu	Var	51	17,2
	Yok	246	82,8

Bakım verilen hastaların hastalık özelliklerine göre dağılımı Tablo 4'te ayrıntılı bir şekilde yer almaktadır.

Bakım verilen hastaların %25,3'ünün 20 yıl üzeri, %22,2'sinin 6-10 yıl hastalık süresi olup $16,43 \pm 9,53$ yıl hastalık süresi ortalamasına sahip olduğu tespit edildi. Hastaların %64,0'ının şizofreni, %36,0'ının bipolar bozukluk tanısı olduğu saptandı. Hastaların %41,1'inin aylık-6 ay altı, %37,0'ının 2 sene ve üzeri atak yaşama sıklığı olduğu tespit edildi. Hastaların %44,4'ünün 1-3 kez, %30,3'ünün 4 kez ve üzeri hastaneye yatış sayıları olduğu bulundu. Hastaların %59,3'ünün sosyal işlevselliğinde bozulma olduğu saptandı. Hastaların %62,6'sının mesleki işlevselliğinde bozulma olduğu belirlendi. Hastaların %71,4'ünün düzenli ilaç kullandığı tespit edildi. Hastaların %19,2'sinin intihar girişimi olduğu ve intihar girişimi olanların %82,5'inin 1-3 kez intihar girişimi sayısı olduğu saptandı. Hastaların %51,5'inin madde kullandığı ve madde kullananların tamamının sigara kullandığı, %4,6'sının alkol kullandığı tespit edildi. Hastaların %17,2'sinin başkalarına şiddet uygulama öyküsü olduğu belirlendi.

4.3. Bakım Verenlerin Sürekli Umut Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Tablo 5

Bakım verenlerin Sürekli Umut Ölçeği ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler (n=297)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Min-max	$\bar{X} \pm SS$
Alternatif yollar düşüncesi	4,00-32,00	18,66±9,52
Eyleyici düşünce	11,00-32,00	21,88±6,78
SUÖ toplam	15,00-64,00	40,54±16,23
Yapısal stil	4,00-20,00	11,88±5,03
Gelecek algısı	4,00-20,00	11,46±7,11
Aile uyumu	6,00-30,00	19,08±9,52
Kendilik algısı	6,00-30,00	18,55±9,79
Sosyal yeterlilik	6,00-30,00	19,51±9,43
Sosyal kaynaklar	9,00-35,00	24,94±9,09
YPDÖ toplam	37,00-165,00	105,42±48,99

Araştırmaya katılan bakım verenlerin Sürekli Umut Ölçeği ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutlarına ilişkin ortalama değerler Tablo 5’te verildi.

Bakım verenlerin alternatif yollar düşüncesi 18,66±9,52, eyleyici düşünce 21,88±6,78, Sürekli Umut Ölçeği toplam puan ortalamasının 40,54±16,23 olduğu görüldü. Yapısal stil 11,88±5,03, gelecek algısı 11,46±7,11, aile uyumu 19,08±9,52, kendilik algısı 18,55±9,79, sosyal yeterlilik 19,51±9,43, sosyal kaynaklar 24,94±9,09, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının 105,42±48,99 olduğu tespit edildi.

4.4. Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Sürekli Umut Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Tablo 6

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre Sürekli Umut Ölçeği ve alt boyutları puanlarının dağılımı (n=297)

Özellikler	Ölçek ve Alt Boyutları		
	Alternatif yollar düşüncesi	Eyleyici düşünce	SUÖ toplam
	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$
Cinsiyet			
Kadın	17,95±9,43	21,49±6,72	39,44±16,09
Erkek	19,59±9,58	22,39±6,86	41,98±16,37
t	-1,467	-1,132	-1,334
P	0,143	0,259	0,183
Yaş			
30 ve altı (1)	25,39±6,65	26,36±5,20	51,76±11,73
31-40 (2)	21,10±9,41	23,64±6,87	44,74±16,25
41-50 (3)	18,11±9,34	21,55±6,80	39,66±16,10
51 ve üstü (4)	16,91±9,43	20,67±6,62	37,57±15,97
F	9,085	8,137	8,766
P	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	3<1; 4<1	3<1; 4<1	3<1; 4<1
Medeni durum			
Hiç evlenmemiş (1)	181,97	176,44	178,83
Evli (2)	152,64	153,09	152,98
Eşi ölmüş (3)	80,82	84,92	83,24
Boşanmış/ayrı yaşıyor (4)	127,38	128,26	126,68
KW	23,363	19,469	21,030
P	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	3<1; 3<2	3<1; 3<2	3<1; 3<2
Eğitim durumu			
İlkokul ve öncesi (1)	14,57±8,88	18,98±6,30	33,55±15,10
Ortaokul (2)	18,11±8,23	21,43±5,72	39,54±13,87
Lise (3)	22,44±8,59	24,39±6,04	46,83±14,53
Üniversite (4)	23,66±8,62	25,65±6,36	49,31±14,91
F	20,840	21,050	21,145
P	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	1<3; 1<4; 2<4	1<3; 1<4; 2<4	1<3; 1<4; 2<4
Meslek			
Ev hanımı (1)	120,45	123,11	121,59
Emekli (2)	147,76	144,42	146,05
İşçi (3)	153,73	150,07	152,13
Memur (4)	203,50	210,24	207,66
Diğer (5)	194,89	193,59	194,11
KW	34,128	33,602	33,892
P	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	1<4; 1<5; 2<4	1<4; 1<5; 2<4; 2<5; 3<4	1<4; 1<5; 2<4; 2<5
Sosyal güvence			
Var	156,29	156,14	156,45
Yok	78,96	80,45	77,46
Z	-4,573	-4,448	-4,637
p	0,000*	0,000*	0,000*

Tablo 6'nın devamı

Çalışma durumu			
Tam gün	21,39±8,93	23,90±6,50	45,29±15,38
Çalışmıyor	17,10±9,51	20,72±6,69	37,82±16,11
t	3,825	3,973	3,905
p	0,000*	0,000*	0,000*
Gelir durumu			
Düşük (1)	96,92	95,71	96,13
Orta (2)	196,30	196,92	196,92
Yüksek (3)	201,63	208,58	208,58
KW	101,815	105,456	103,489
P	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3

*p<0,05

Araştırmaya katılan bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre Sürekli Umut Ölçeği ve alt boyutları puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Tablo 6'da verildi.

Bakım verenlerin cinsiyete göre Sürekli Umut Ölçeği ve alt boyutları düzeylerinin farklılık göstermediği görüldü (p>0,05).

Bakım verenlerin yaşına göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı (p<0,05). 30 ve altı yaş olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre 30 ve altı yaş olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması 41-50 yaş, 51 ve üstü yaş olan gruplardan yüksek olduğu belirlendi.

Bakım verenlerin medeni durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı (p<0,05). Hiç evlenmemiş olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre hiç evlenmemiş ve evli olan grupların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması eşit olmuş olan gruptan yüksek olduğu tespit edildi.

Bakım verenlerin eğitim durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı (p<0,05). Üniversite mezunu olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni

testine göre lise ve üniversite mezunları sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması ilkokul ve öncesi olan gruptan yüksek, üniversite mezunları sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması ortaokul olan gruptan yüksek olduğu bulundu.

Bakım verenlerin mesleğine göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Memur olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre memur ve diğer meslekten olan grupların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması ev hanımı olan gruptan yüksek, memur olan grupların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması emekli olan gruptan yüksek, diğer meslekten olan grup sürekli umut, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması emekli olan gruptan yüksek, memur olan grup eyleyici düşünce puan sıra ortalaması işçi olan gruptan yüksek olduğu görüldü.

Bakım verenlerin sosyal güvencesine göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Tam gün çalışanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin gelir durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Yüksek gelirli olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre orta ve yüksek gelir gruplarının sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması düşük olan gruptan yüksek olduğu belirlendi.

Tablo 7

Bakım verenlerin bakım verme özelliklerine göre Sürekli Umut Ölçeği ve alt boyutları puanlarının dağılımı (n=297)

Özellikler	Ölçek ve Alt Boyutları		
	Alternatif yollar düşüncesi	Eyleyici düşünce	SUÖ toplam
	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$
Bakım verilen hastaya yakınlık durumu			
Anne (1)	117,90	123,38	120,69
Baba (2)	137,88	134,22	135,30
Kardeş (3)	162,40	158,67	160,29
Eş (4)	158,71	158,90	159,11
Çocuk (5)	186,48	183,47	185,06
Diğer (6)	126,57	133,00	132,21
KW	23,140	17,619	20,072
P	0,000*	0,003*	0,001*
<i>Bonferroni</i>	1<3; 1<5	1<5	1<5
Bakım verilen hastayla aynı evde yaşama durumu			
Evet	17,43±9,47	21,03±6,73	38,46±16,11
Hayır	23,32±8,24	25,10±6,03	48,42±14,23
t	-4,855	-4,605	-4,766
P	0,000*	0,000*	0,000*
Bakım verme süresi (yıl)			
1-5 (1)	25,07±6,16	26,36±4,69	51,44±10,78
6-10 (2)	22,24±8,11	24,32±5,87	46,56±13,88
11-15 (3)	16,52±10,06	20,40±7,13	36,91±17,09
16-20 (4)	14,31±9,16	18,76±6,55	33,08±15,66
20 yıl üzeri (5)	12,37±7,67	17,65±5,45	30,02±13,05
F	23,396	21,544	22,874
P	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	3<1; 4<1; 5<1; 3<2; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 3<2; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 3<2; 4<2; 5<2
Bakımından sorumlu olduğu başka bir hastanın varlığı			
Var	10,65±6,89	16,18±5,00	26,82±11,76
Yok	21,31±8,76	23,77±6,22	45,09±14,91
t	-9,539	-9,539	-9,590
p	0,000*	0,000*	0,000*
Daha önce bakım verme deneyimi			
Var	21,17±9,24	23,41±6,62	44,59±15,77
Yok	18,25±9,52	21,63±6,79	39,89±16,24
t	1,829	1,565	1,727
p	0,068	0,119	0,085

Tablo 7'nin devamı

Bakım verilen süre boyunca hastalık tanısı alma durumu			
Evet	9,60±4,83	15,77±3,44	25,37±8,14
Hayır	21,45±8,85	23,37±6,45	45,21±15,22
t	-14,388	-13,467	-14,147
P	0,000*	0,000*	0,000*
Bakım verilen süre boyunca psikolojik sorun yaşama durumu			
Evet	8,25±4,55	14,38±3,08	22,63±7,46
Hayır	20,66±8,90	23,33±6,33	43,99±15,16
t	-14,331	-14,929	-14,806
P	0,000*	0,000*	0,000*
Bakım gereksinimlerini karşılamada kendini yeterli bulma durumu			
Evet (1)	27,03±4,24	27,90±3,15	54,93±7,26
Hayır (2)	7,95±2,74	14,47±2,36	22,42±4,93
Kısmen (3)	15,66±5,70	19,23±3,68	34,89±9,19
F	629,116	594,840	642,837
P	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1
Hastanın psikiyatrik hastalık tanısı hakkında bilgi düzeyini yeterli bulma durumu			
Evet (1)	24,57±7,49	26,19±5,44	50,76±12,85
Hayır (2)	8,70±3,13	15,27±2,24	23,97±5,14
Kısmen (3)	12,94±7,19	17,51±4,80	30,45±11,88
F	123,811	130,250	128,422
P	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 3<1	2<1; 2<3; 3<1
Bakım verme nedeniyle günlük yaşamındaki sorumluluklarının etkilenme durumu			
Evet (1)	10,06±4,96	15,81±3,44	25,87±8,25
Hayır (2)	28,12±3,19	28,71±2,36	56,83±5,43
Kısmen (3)	20,44±3,88	22,56±3,12	43,00±6,59
F	612,884	610,669	640,690
P	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	1<2; 1<3; 3<2	1<2; 1<3; 3<2	1<2; 1<3; 3<2
Hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada yardım alma durumu			
Evet	25,11±6,66	26,38±4,92	51,49±11,49
Hayır	12,50±7,56	17,59±5,40	30,09±12,84
t	15,229	14,653	15,105
P	0,000*	0,000*	0,000*

*p<0,05

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme özelliklerine göre Sürekli Umut Ölçeği ve alt boyutları puanlarının farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Tablo 7’de verildi.

Bakım verenlerin bakım verilen hastaya yakınlık durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Yakınlığı çocuğu olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre çocuğu olan grubun sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması annesi olan gruptan yüksek, kardeş olan grubun alternatif yollar düşüncesi puan sıra ortalaması annesi olan gruptan yüksek olduğu görüldü.

Bakım verenlerin bakım verilen hastayla aynı evde yaşama durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Aynı evde yaşamayanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması aynı evde yaşayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin bakım verme süresine göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). 1-5 yıldır hastaya bakım verenlerin sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre 1-5 yıl olan grup sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması 11-15 yıl, 16-20 yıl, 20 yıl ve üzeri olan gruplardan yüksek, 6-10 yıl olan grup sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması 11-15 yıl, 16-20 yıl, 20 yıl ve üzeri olan gruplardan yüksek olduğu belirlendi.

Bakım verenlerin bakımından sorumlu olduğu başka bir hastanın varlığına göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Bakımından sorumlu olduğu başka bir hastası olmayanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması olanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin daha önce bakım verme deneyimine göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$).

Bakım verme deneyimi olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin bakım verilen süre boyunca hastalık tanısı alma durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Hastalık tanısı almayanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması alanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin bakım verilen süre boyunca psikolojik sorun yaşama durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Psikolojik sorun yaşamayanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması yaşayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin bakım gereksinimlerini karşılamada kendini yeterli bulma durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Bakım gereksinimlerini karşılamada kendini yeterli bulanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre yeterli olan grup sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması yeterli olmayan, kısmen yeterli olan gruplardan yüksek, kısmen yeterli olan grup sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması yeterli olmayan gruptan yüksek olduğu bulundu.

Bakım verenlerin hastanın psikiyatrik hastalık tanısı hakkında bilgi düzeyini yeterli bulma durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Hastanın psikiyatrik hastalık tanısı hakkında bilgi düzeyini yeterli bulanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre yeterli olan grup sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması yeterli olmayan, kısmen yeterli olan gruplardan yüksek, kısmen yeterli olan grup sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi puan ortalaması yeterli olmayan gruptan yüksek olduğu tespit edildi.

Bakım verenlerin bakım verme nedeniyle günlük yaşamındaki sorumluluklarının etkilenme durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Bakım verme nedeniyle sorumlulukları

etkilenmeyen grup sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre etkilenmeyen grup sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması etkilenen, kısmen etkilenen gruplardan yüksek, kısmen etkilenen grup sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması etkilenen gruptan yüksek olduğu görüldü.

Bakım verenlerin hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada yardım alma durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Yardım alanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması almayanlara göre daha yüksektir.

4.5. Bakım Verilen Hastaların Özelliklerine Göre Sürekli Umut Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Tablo 8

Bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Sürekli Umut Ölçeği ve alt boyutları puanlarının dağılımı (n=297)

Özellikler	Ölçek ve Alt Boyutları		
	Alternatif yollar düşüncesi	Eyleyici düşünce	SUÖ toplam
	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$
Cinsiyet			
Kadın	19,14±9,53	21,93±6,86	41,07±16,32
Erkek	18,20±9,51	21,83±6,74	40,03±16,17
t	0,851	0,129	0,553
P	0,395	0,897	0,581
Yaş			
30 ve altı	17,87±9,62	21,22±6,91	39,09±16,45
31-40	17,30±9,63	21,03±6,90	38,33±16,42
41-50	19,32±9,27	22,28±6,54	41,60±15,74
51 ve üstü	19,40±9,63	22,44±6,89	41,84±16,48
F	0,902	0,816	0,871
P	0,441	0,486	0,457
Medeni durum			
Hiç evlenmemiş (1)	137,73	138,42	137,99
Evli (2)	172,73	171,50	172,23
Eşi ölmüş (3)	162,50	160,56	161,00
Boşanmış/ayrı yaşıyor (4)	128,17	129,17	128,79
KW	13,160	11,622	12,346
P	0,004*	0,009*	0,006*
<i>Bonferroni</i>	1<2; 4<2	1<2; 4<2	1<2; 4<2
Eğitim durumu			
İlkokul ve öncesi (1)	17,06±9,83	20,60±6,94	37,66±16,71
Ortaokul (2)	17,24±9,23	20,93±6,48	38,17±15,63
Lise (3)	20,09±8,94	22,96±6,38	43,05±15,22
Üniversite (4)	23,46±8,31	25,57±6,08	49,03±14,36
F	5,388	6,309	5,813
P	0,001*	0,000*	0,001*
<i>Bonferroni</i>	1<4; 2<4	1<4; 2<4	1<4; 2<4
Meslek			
Ev hanımı (1)	143,43	139,93	141,55
Emekli (2)	167,97	168,38	168,78
İşsiz (3)	108,64	115,28	111,85
İşçi (4)	217,95	214,82	216,34
Diğer (5)	194,81	193,86	193,56
KW	39,545	33,732	36,291
P	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	3<2; 3<4; 3<5; 1<4	3<2; 3<4; 3<5; 1<4	3<2; 3<4; 3<5; 1<4
Sosyal güvence			
Var	20,28±9,46	23,06±6,72	43,34±16,12
Yok	13,19±7,52	17,91±5,37	31,10±12,75
t	5,670	5,785	5,746
p	0,000*	0,000*	0,000*

Tablo 8'in devamı

Çalışma durumu			
Tam gün	25,70±5,53	26,68±4,16	52,38±9,63
Çalışmıyor	17,56±9,55	21,13±6,81	38,69±16,28
t	5,253	4,997	5,172
p	0,000*	0,000*	0,000*
Gelir durumu			
Düşük (1)	115,39	116,12	115,50
Orta (2)	215,66	214,09	215,30
Yüksek (3)	199,61	199,78	200,78
KW	90,084	85,110	88,140
P	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3

*p<0,05

Bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Sürekli Umut Ölçeği ve alt boyutları puanlarının farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Tablo 8'de verildi.

Bakım verilen hastaların cinsiyete göre Sürekli Umut Ölçeği ve alt boyutları düzeylerinin farklılık göstermediği görüldü (p>0,05).

Bakım verilen hastaların yaşa göre Sürekli Umut Ölçeği ve alt boyutları düzeylerinin farklılık göstermediği belirlendi (p>0,05).

Bakım verilen hastaların medeni durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı (p<0,05). Evli olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre evlilerin sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması hiç evlenmemiş, boşanmış/ayrı yaşıyor olan gruplardan yüksek olduğu tespit edildi.

Bakım verilen hastaların eğitim durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı (p<0,05). Üniversite mezunu olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre üniversite mezunları sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması ilkökul ve öncesi, ortaokul olan gruplardan yüksek olduğu bulundu.

Bakım verilen hastaların mesleğine göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). İşçi olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre işçilerin sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması ev hanımı, işsiz olan gruplardan yüksek, emekli ve diğer meslekten olan grupların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması işsiz olan gruptan yüksek olduğu belirlendi.

Bakım verilen hastaların sosyal güvencesine göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların çalışma durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Tam gün çalışanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların gelir durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Orta gelirli olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre orta ve yüksek gelir gruplarının sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan sıra ortalaması düşük olan gruptan yüksek olduğu tespit edildi.

Tablo 9

Bakım verilen hastaların hastalık özelliklerine göre Sürekli Umut Ölçeği ve alt boyutları puanlarının dağılımı (n=297)

Özellikler	Ölçek ve Alt Boyutları		
	Alternatif yollar düşüncesi	Eyleyici düşünce	SUÖ toplam
	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$	$\bar{x} \pm SS/Sıra Ort.$
Tanı			
Şizofreni	17,83±9,63	21,36±6,80	39,19±16,37
Bipolar bozukluk	20,12±9,18	22,80±6,68	42,93±15,77
t	-2,001	-1,770	-1,913
p	0,046*	0,078	0,057
Hastalık süresi (yıl)			
1-5 (1)	23,28±6,59	25,06±4,96	48,33±11,48
6-10 (2)	22,05±8,22	24,24±5,82	46,29±13,94
11-15 (3)	17,95±10,02	21,46±7,10	39,40±17,04
16-20 (4)	16,40±9,83	20,02±7,03	36,41±16,80
20 yıl üzeri (5)	15,89±9,61	20,16±6,87	36,41±16,42
F	7,341	6,938	7,229
P	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	4<1; 5<1; 4<2; 5<2	4<1; 5<1; 4<2; 5<2	4<1; 5<1; 4<2; 5<2
Atak yaşama sıklığı			
Aylık-6 ay altı (1)	10,54±5,76	15,90±3,75	26,44±9,37
6 aylık-2 yıl altı (2)	18,25±8,19	21,78±5,67	40,03±13,72
2 yıl ve üstü (3)	27,90±3,12	28,56±2,35	56,46±5,36
F	273,788	313,506	297,166
P	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	1<2; 1<3; 2<3	1<2; 1<3; 2<3	1<2; 1<3; 2<3
Hastaneye yatış sayısı			
Yatış yok (1)	25,41±6,26	26,63±4,67	52,04±10,86
1-3 kez (2)	19,89±9,49	22,64±4,67	42,54±16,23
4 kez ve üstü (3)	11,21±6,27	16,80±4,57	28,01±10,68
F	69,601	63,051	67,670
P	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	2<1; 3<1; 3<2	2<1; 3<1; 3<2	2<1; 3<1; 3<2
Sosyal işlevsellikte bozulma			
Var	12,36±6,86	17,33±4,72	29,69±11,47
Yok	27,82±3,46	28,50±2,55	56,31±5,86
t	-22,863	-23,731	-23,516
p	0,000*	0,000*	0,000*
Mesleki işlevsellikte bozulma			
Var	13,11±7,50	17,85±5,19	30,96±12,58
Yok	27,95±3,16	28,63±2,28	56,58±5,26
t	-19,794	-20,736	-20,395
p	0,000*	0,000*	0,000*
Düzenli ilaç kullanımı			
Var	22,14±8,75	24,29±6,36	46,43±15,04
Yok	9,98±4,48	15,86±3,00	25,84±7,32
t	15,732	15,460	15,809
P	0,000*	0,000*	0,000*

Tablo 9'un devamı

İntihar girişimi			
Var	11,95±6,54	17,37±4,88	29,32±11,25
Yok	20,25±9,43	22,95±6,74	43,20±16,10
t	-7,843	-7,164	-7,641
P	0,000*	0,000*	0,000*
Madde kullanımı			
Var	16,60±9,46	20,41±6,73	37,01±16,11
Yok	20,84±9,11	23,44±6,51	44,28±15,55
t	-3,929	-3,934	-3,950
P	0,000*	0,000*	0,000*
Başkalarına yönelik şiddet durumu			
Var	11,16±5,55	16,57±3,72	27,73±9,12
Yok	20,21±9,43	22,98±6,76	43,19±16,12
t	-9,216	-9,480	-9,435
P	0,000*	0,000*	0,000*

*p<0,05

Bakım verilen hastaların hastalık özelliklerine göre Sürekli Umut Ölçeği ve alt boyutları puanlarının farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Tablo 9'da verildi.

Bakım verilen hastaların tanısına göre Sürekli Umut Ölçeği alt boyutlarından alternatif yollar düşüncesi boyutu puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı (p<0,05). Bipolar bozukluk tanısı olanların alternatif yollar düşüncesi puan ortalaması şizofreni tanısına göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların hastalık süresine göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı (p<0,05). 1-5 yıldır hasta olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre 1-5 yıl ve 6-10 yıl olan gruplar sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması 16-20 yıl, 20 yıl ve üzeri olan gruplardan yüksek olduğu görüldü.

Bakım verilen hastaların atak yaşama sıklığına göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı (p<0,05). 2 yıl ve üstü atak yaşama sıklığı olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre 6 aylık-2 yıl altı ve 2 yıl ve üstü olan gruplar sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması aylık-6 ay altı olan gruptan

yüksek, 2 yıl ve üstü olan grup sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması 6 aylık-2 yıl altı olan gruptan yüksek olduğu belirlendi.

Bakım verilen hastaların hastaneye yatış sayısına göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Yatışı olmayanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre yatışı olmayan ve 1-3 kez olan gruplar sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması 4 kez ve üstü olan gruptan yüksek, yatışı olmayan grup sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması 4 kez ve üstü olan gruptan yüksek olduğu tespit edildi.

Bakım verilen hastaların sosyal işlevsellikte bozulma durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Sosyal işlevsellikte bozulma olmayanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması olanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların mesleki işlevsellikte bozulma durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Mesleki işlevsellikte bozulma olmayanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması olanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların düzenli ilaç kullanımına göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Düzenli ilaç kullanımı olanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların intihar girişimine göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). İntihar girişimi olmayanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması olanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların madde kullanımına göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Madde kullanmayanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması kullananlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların başkalarına yönelik şiddet durumuna göre Sürekli Umut Ölçeği (SUÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Şiddet durumu olmayanların sürekli umut, alternatif yollar düşüncesi, eyleyici düşünce puan ortalaması olanlara göre daha yüksektir.



4.6. Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Tablo 10

Bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanlarının dağılımı (n=297)

Özellikler	Ölçek ve Alt Boyutları						
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar	YPDÖ toplam
	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.
Cinsiyet							
Kadın	12,08±5,28	10,99±7,04	18,46±9,68	17,99±9,83	18,98±9,47	24,38±9,24	102,88±49,66
Erkek	11,61±4,70	12,08±7,20	19,91±9,27	19,28±9,71	20,21±9,37	25,69±8,86	108,77±48,08
t	0,805	-1,309	-1,297	-1,128	-1,112	-1,231	-1,028
P	0,421	0,191	0,196	0,260	0,267	0,219	0,305
Yaş							
30 ve altı (1)	15,18±3,52	17,18±4,61	25,79±5,95	25,36±6,17	26,61±5,23	31,67±5,72	141,79±29,71
31-40 (2)	13,17±5,04	13,40±7,09	20,71±9,26	20,79±9,62	21,50±9,01	27,12±8,64	116,69±48,00
41-50 (3)	11,66±5,28	11,09±7,11	18,72±9,64	17,91±9,85	19,11±9,43	24,21±9,46	102,70±49,94
51 ve üstü (4)	10,98±4,91	9,97±6,90	17,49±9,54	16,86±9,77	17,76±9,50	23,32±8,97	96,37±48,47
F	8,033	11,856	8,019	8,413	9,598	9,495	9,543
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	3<1; 4<1	3<1; 4<1; 4<2	3<1; 4<1	3<1; 4<1	3<1; 4<1	3<1; 4<1	3<1; 4<1
Medeni durum							
Hiç evlenmemiş (1)	176,74	184,18	166,29	177,78	183,08	180,74	174,76
Evli (2)	153,40	151,81	156,01	152,90	151,99	154,37	154,47
Eşi ölmüş (3)	82,58	86,08	90,26	89,80	83,28	83,56	84,98
Boşanmış/ayrı yaşıyor (4)	127,18	125,09	106,65	120,47	129,53	104,18	114,50
KW	20,914	23,573	19,147	18,866	22,434	26,050	21,040
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	3<1; 3<2	3<1; 3<2	3<1; 3<2	3<1; 3<2	3<1; 3<2	3<1; 3<2; 4<1	3<1; 3<2

Tablo 10'un devamı

Eğitim durumu							
İlkokul ve öncesi (1)	9,86±4,6 3	8,30±6,2 4	15,06±8,97	14,42±9, 10	15,38±8,88	21,16±8, 39	84,17±44,8 7
Ortaokul (2)	11,16±4, 58	10,46±6, 59	19,05±8,96	17,70±9, 04	19,24±8,87	24,76±8, 50	102,38±45, 46
Lise (3)	13,80±5, 02	14,24±6, 89	22,55±8,98	22,00±9, 18	23,17±8,84	28,21±8, 64	123,97±46, 75
Üniversite (4)	14,53±4, 18	15,82±5, 97	23,98±8,05	24,16±8, 15	24,58±7,42	29,63±7, 90	132,71±40, 75
F	19,275	24,973	19,265	21,020	21,404	18,881	21,633
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	1<3; 1<4; 2<3; 2<4	1<3; 1<4; 2<3; 2<4	1<3; 1<4; 2<4	1<3; 1<4; 2<4	1<3; 1<4; 2<4	1<3; 1<4; 2<4	1<3; 1<4; 2<4
Meslek							
Ev hanımı (1)	129,95	121,49	124,89	121,78	122,51	123,72	123,73
Emekli (2)	141,19	145,46	151,48	152,03	147,01	149,26	149,01
İşçi (3)	150,68	152,96	150,64	148,36	155,54	147,31	151,64
Memur (4)	190,96	215,18	204,56	205,32	204,82	209,62	199,60
Diğer (5)	191,67	189,66	177,22	187,59	187,26	185,78	187,68
KW	21,790	38,550	23,921	30,328	29,845	30,080	26,234
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	1<4; 1<5; 2<5	1<4; 1<5; 2<4; 3<4	1<4; 1<5	1<4; 1<5	1<4; 1<5; 2<4	1<4; 1<5; 2<4; 3<4	1<4; 1<5
Sosyal güvence							
Var	155,58	155,93	156,16	156,01	155,69	155,22	155,86
Yok	85,80	82,38	80,18	81,64	84,70	89,29	83,14
Z	-4,114	-4,515	-4,491	-4,394	-4,212	-3,921	-4,266
p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Çalışma durumu							
Tam gün	12,96±4, 71	13,65±6, 92	21,50±8,80	21,14±9, 28	22,13±8,70	27,35±8, 58	118,73±45, 95
Çalışmıyor	11,25±5, 12	10,21±6, 93	17,70±9,65	17,06±9, 78	18,01±9,53	23,57±9, 10	97,81±49,1 6
t	2,849	4,118	3,450	3,519	3,785	3,520	3,679
p	0,005*	0,000*	0,001*	0,001*	0,000*	0,000*	0,000*
Gelir durumu							
Düşük (1)	97,09	98,69	98,82	95,83	97,42	98,62	95,58
Orta (2)	194,43	192,87	192,50	195,53	193,98	192,76	195,72
Yüksek (3)	221,88	221,54	224,46	223,63	223,29	223,63	224,46
KW	101,649	103,655	95,909	107,087	101,781	97,795	106,617
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3

*p<0,05

Araştırmaya katılan bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanlarının farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Tablo 10’da verildi.

Bakım verenlerin cinsiyete göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları düzeylerinin farklılık göstermediği görüldü ($p>0,05$).

Bakım verenlerin yaşına göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). 30 ve altı yaş olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre 30 ve altı yaş olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması 41-50 yaş, 51 ve üstü olan gruplardan yüksek, 31-50 yaş olanların gelecek algısı puan ortalaması 51 ve üstü olan gruptan yüksek olduğu belirlendi.

Bakım verenlerin medeni durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Hiç evlenmemiş olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre hiç evlenmemiş ve evli olan grupların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması eşit ölmüş olan gruptan yüksek, hiç evlenmemiş olan grup sosyal kaynaklar puan sıra ortalaması boşanmış/ayrı yaşıyor olan gruptan yüksek olduğu tespit edildi.

Bakım verenlerin eğitim durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Üniversite mezunu olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre lise ve üniversite mezunları yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı,

gelecek algısı puan ortalaması ilkokul ve öncesi olan gruptan yüksek, üniversite mezunları yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar puan ortalaması ortaokul olan gruptan yüksek, lise mezunu olan grup yapısal stil, gelecek algısı puan ortalaması ortaokul olan gruptan yüksek olduğu bulundu.

Bakım verenlerin mesleğine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Memur olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Mesleği diğer meslekten olan bakım verenlerin yapısal stil puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre memur ve diğer meslekten olan grupların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması ev hanımı olan gruptan yüksek, memur olan grupların gelecek algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar puan sıra ortalaması emekli olan gruptan yüksek, memur olan grupların gelecek algısı, sosyal kaynaklar puan sıra ortalaması işçi olan gruptan yüksek, diğer meslekten olan grup yapısal stil puan sıra ortalaması emekli olan gruptan yüksek olduğu görüldü.

Bakım verenlerin sosyal güvencesine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin çalışma durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Tam gün çalışanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin gelir durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Yüksek gelirli olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar,

aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre orta ve yüksek gelir gruplarının yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması düşük olan gruptan yüksek olduğu bulundu.



Tablo 11

Bakım verenlerin bakım verme özelliklerine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanlarının dağılımı (n=297)

Özellikler	Ölçek ve Alt Boyutları						
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar	YPDÖ toplam
	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.
Hastaya yakınlık durumu							
Anne (1)	123,93	112,98	122,73	119,14	116,54	120,70	118,59
Baba (2)	133,05	138,29	147,95	146,24	135,54	147,68	138,47
Kardeş (3)	160,01	161,86	155,03	161,96	161,98	159,47	160,03
Eş (4)	151,68	159,92	155,87	152,73	158,83	149,31	155,13
Çocuk (5)	192,31	194,24	183,67	188,00	192,34	188,90	192,60
Diğer (6)	129,21	126,07	124,36	114,71	120,36	135,64	129,14
KW	21,429	33,330	16,551	22,213	27,774	20,286	24,189
P	0,001*	0,000*	0,005*	0,000*	0,000*	0,001*	0,000*
Bonferroni	1<5; 2<5	1<3; 1<4; 1<5; 2<5	1<5	1<3; 1<5	1<3; 1<4; 1<5; 2<5	1<5	1<5
Hastayla aynı evde yaşama durumu							
Evet	11,10±4, 90	10,47±15, 21	17,89±9,5 8	17,23±9, 78	18,30±9, 47	23,80±9,1 0	98,79±48,8 4
Hayır	14,81±4, 43	15,21±5,9 7	23,60±7,8 2	23,53±8, 11	24,11±7, 77	29,80±7,6 4	130,55±41, 00
t	-5,719	-5,343	-4,859	-5,201	-4,993	-4,828	-5,203
P	0,000	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bakım verme süresi (yıl)							
1-5 (1)	15,44±3, 83	16,24±5,8 5	25,76±5,9 2	25,38±6, 55	26,51±5, 67	31,24±6,0 5	140,56±32, 69
6-10 (2)	13,73±4, 80	13,95±6,4 8	22,15±8,7 0	21,95±8, 86	22,96±8, 00	27,96±8,2 2	122,71±44, 06
11-15 (3)	10,55±4, 71	10,10±7,0 0	17,55±9,3 5	16,52±9, 91	17,28±9, 34	23,45±9,0 1	95,45±48,2 1
16-20 (4)	9,37±4,4 0	8,24±6,25	14,14±9,0 7	13,63±9, 10	14,47±9, 04	20,47±8,5 3	80,31±45,3 5
20 yıl üzeri (5)	8,88±3,8 5	6,78±5,40	13,29±8,2 3	12,55±7, 90	13,63±8, 22	19,12±7,6 7	74,24±40,2 0
F	23,852	22,168	22,325	22,947	26,309	22,493	24,518
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	3<1; 4<1; 5<1; 3<2; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 3<2; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 3<2; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 3<2; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 3<2; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 3<2; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 3<2; 4<2; 5<2

Tablo 11'in devamı

Bakımından sorumlu başka hasta varlığı							
Var	7,64±3,12	5,38±3,94	10,77±6,36	10,18±6,26	11,50±6,38	17,50±5,97	62,96±30,17
Yok	13,28±4,75	13,48±6,78	21,84±8,76	21,32±9,15	22,17±8,76	27,41±8,59	119,51±45,83
t	-11,709	-12,561	-11,734	-11,721	-11,286	-10,995	-12,133
p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bakım verme deneyimi							
Var	13,29±5,27	12,20±7,39	20,44±9,63	20,37±9,68	22,00±8,80	26,00±9,21	114,29±48,58
Yok	11,65±4,97	11,34±7,08	18,87±9,50	18,25±9,79	19,11±9,48	24,77±9,07	104,00±49,00
t	1,951	0,714	0,982	1,284	1,929	0,802	1,251
p	0,052	0,476	0,327	0,200	0,059	0,423	0,212
Hastalık tanısı alma durumu							
Evet	7,21±2,44	4,96±2,90	10,06±5,43	9,06±4,78	10,14±5,07	16,30±5,08	57,73±24,45
Hayır	13,31±4,75	13,46±6,83	21,87±8,75	21,47±9,05	22,40±8,55	27,61±8,36	120,12±45,15
t	-14,208	-14,918	-13,558	-14,967	-14,765	-13,749	-14,905
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Psikolojik sorun yaşama durumu							
Evet	6,77±2,38	4,77±2,43	8,98±4,37	8,02±3,45	9,00±3,83	15,27±4,24	52,81±19,25
Hayır	12,56±4,81	12,75±7,00	21,03±8,99	20,57±9,30	21,54±8,82	26,81±8,57	115,56±46,42
t	-13,253	-14,100	-14,172	-16,275	-15,954	-14,103	-15,507
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bakım verme konusunda yeterlilik durumu							
Evet (1)	16,10±3,00	17,67±4,13	27,44±3,92	27,26±4,23	27,87±3,55	32,90±3,94	149,23±20,98
Hayır (2)	6,59±1,39	4,21±0,82	8,58±3,20	7,63±2,08	8,65±2,42	15,11±3,24	50,76±11,15
Kısmen (3)	10,18±3,25	8,05±4,61	15,79±6,39	15,05±6,31	16,84±6,12	21,52±6,13	87,43±30,50
F	388,506	451,829	579,640	658,694	727,671	531,261	681,359
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1

Tablo 11'in devamı

Hastanın tanısı hakkında bilgi düzeyini yeterli bulma durumu							
Evet (1)	14,96±4,01	16,15±5,66	25,14±7,15	24,99±7,36	25,49±6,97	30,78±6,84	137,51±36,86
Hayır (2)	6,73±1,55	4,27±0,88	8,36±3,28	7,76±2,66	9,06±3,51	14,64±3,04	50,82±13,77
Kısmen (3)	8,89±3,88	6,71±4,74	13,40±7,19	12,29±6,94	13,85±7,32	19,45±6,70	74,58±35,06
F	116,833	150,124	138,739	155,185	136,140	143,783	152,628
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1	2<1; 2<3; 3<1
Bakım verme nedeniyle sorumlulukların etkilenme durumu							
Evet (1)	7,54±2,56	4,97±2,60	10,50±5,03	9,41±4,36	10,70±4,78	16,65±4,60	59,77±22,19
Hayır (2)	16,59±2,45	18,78±2,41	28,43±2,58	28,43±2,55	28,64±2,63	33,89±2,57	154,76±12,94
Kısmen (3)	13,03±3,58	12,09±4,87	21,25±5,86	21,09±5,06	23,50±3,93	27,38±5,21	118,34±25,27
F	390,127	772,040	576,570	831,172	704,253	627,984	805,296
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	1<2; 1<3; 3<2	1<2; 1<3; 3<2	1<2; 1<3; 3<2	1<2; 1<3; 3<2	1<2; 1<3; 3<2	1<2; 1<3; 3<2	1<2; 1<3; 3<2
Bakım vermede yardım alma durumu							
Evet	15,20±3,77	16,50±5,10	26,50±4,69	25,65±6,18	26,13±6,02	31,97±4,67	141,94±29,15
Hayır	8,70±3,92	6,65±5,18	12,01±7,31	11,77±7,53	13,20±7,59	18,24±6,95	70,57±37,29
t	14,545	16,510	20,414	17,405	16,313	20,076	18,424
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*

*p<0,05

Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım verme özelliklerine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanlarının farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Tablo 11’de verildi.

Bakım verenlerin hastaya yakınlık durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Yakınlığı çocuğu olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre çocuğu olan grubun yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması annesi olan gruptan yüksek, çocuğu olan grubun yapısal stil, gelecek algısı, sosyal yeterlilik puan sıra ortalaması babası olan gruptan yüksek, kardeş olan grubun gelecek algısı, kendilik algısı, sosyal yeterlilik puan sıra ortalaması annesi olan gruptan yüksek, eşi olan grubun gelecek algısı, sosyal yeterlilik puan sıra ortalaması annesi olan gruptan yüksek olduğu görüldü.

Bakım verenlerin hastayla aynı evde yaşama durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Aynı evde yaşamayanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması aynı evde yaşayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin bakım verme süresine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). 1-5 yıldır hastaya bakım verenlerin yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre 1-5 yıl olan grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması 11-15 yıl, 16-20 yıl, 20 yıl ve üzeri olan gruplardan yüksek, 6-10 yıl olan grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar puan ortalaması 11-15 yıl, 16-20 yıl, 20 yıl ve üzeri olan gruplardan yüksek olduğu belirlendi.

Bakım verenlerin bakımından sorumlu başka hasta varlığına göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Başka hastası olmayanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması olanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin bakım verme deneyimine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Bakım verme deneyimi olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin hastalık tanısı alma durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Hastalık tanısı almayanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması alanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin psikolojik sorun yaşama durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Psikolojik sorun yaşamayanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması yaşayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin bakım verme konusunda yeterlilik durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Bakım verme konusunda kendisini yeterli bulanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre yeterli olan grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması yeterli olmayan, kısmen yeterli olan gruplardan yüksek, kısmen yeterli olan grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar puan ortalaması yeterli olmayan gruptan yüksek olduğu bulundu.

Bakım verenlerin hastanın tanısı hakkında bilgi düzeyini yeterli bulma durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Hastanın tanısı hakkında bilgi düzeyini yeterli bulanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre yeterli olan grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması yeterli olmayan, kısmen yeterli olan gruplardan yüksek, kısmen yeterli olan grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar puan ortalaması yeterli olmayan gruptan yüksek olduğu tespit edildi.

Bakım verenlerin bakım verme nedeniyle sorumlulukların etkilenme durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Sorumlulukları etkilenmeyen grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre etkilenmeyen grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması etkilenen, kısmen etkilenen gruplardan yüksek, kısmen etkilenen grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, yapısal stil, gelecek algısı, aile uyumu, kendilik algısı, sosyal yeterlilik, sosyal kaynaklar puan ortalaması etkilenen gruptan yüksek olduğu görüldü.

Bakım verenlerin bakım vermede yardım alma durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Yardım alanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması almayanlara göre daha yüksektir.

4.7. Bakım Verilen Hastaların Özelliklerine Göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının İncelenmesi

Tablo 12

Bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanlarının dağılımı (n=297)

Özellikler	Ölçek ve Alt Boyutları						
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar	YPDÖ toplam
	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.
Cinsiyet							
Kadın	12,37±5,03	11,99±7,1 1	19,61±9, 41	19,10±9,68	20,18±9, 27	25,34±9, 02	108,59±48, 56
Erkek	11,40±5,01	10,95±7,1 0	18,59±9, 62	18,01±9,89	18,87±9, 57	24,57±9, 16	102,39±49, 36
t	1,667	1,251	0,924	0,960	1,205	0,732	1,091
P	0,097	0,212	0,356	0,338	0,229	0,465	0,276
Yaş							
30 ve altı	11,24±4, 86	10,44±7,1 8	18,40±8, 71	17,58±9,67	18,62±8, 96	24,36±8, 36	100,64±46, 44
31-40	11,28±5, 22	10,71±6,9 6	17,81±9, 71	17,26±9,91	18,23±9, 66	23,86±9, 18	99,14±49,7 4
41-50	12,04±4, 91	11,72±7,0 2	19,48±9, 64	19,04±9,59	20,00±9, 40	25,24±9, 18	107,53±48, 66
51 ve üstü	12,46±5, 09	12,25±7,2 8	19,98±9, 65	19,48±9,95	20,42±9, 51	25,74±9, 30	110,33±50, 01
F	1,018	0,982	0,812	0,905	0,924	0,663	0,887
P	0,385	0,402	0,488	0,439	0,430	0,575	0,448
Medeni durum							
Hiç evlenmemiş (1)	134,31	134,05	138,93	139,28	136,00	140,31	136,49
Evli (2)	170,90	175,64	170,07	169,37	172,84	167,27	171,55
Eşi ölmüş (3)	159,22	176,17	159,72	165,17	175,61	155,56	167,00
Boşanmış/ayrı yaşıyor (4)	144,60	130,80	131,00	130,34	130,98	133,81	134,14
KW	11,141	18,537	10,248	10,026	14,166	7,659	11,713
P	0,011*	0,000*	0,017*	0,018*	0,003*	0,054	0,008*
Bonferroni	1<2	1<2; 4<2	1<2	1<2	1<2; 4<2	-	1<2

Tablo 12'nin devamı

Eğitim durumu							
İlkokul ve öncesi (1)	11,07±5,10	10,41±6,92	17,60±9,77	17,05±9,84	18,11±9,59	23,50±9,20	97,75±49,48
Ortaokul (2)	11,29±4,91	10,17±7,06	17,25±9,16	16,85±9,80	17,90±9,39	23,25±9,09	96,71±48,25
Lise (3)	12,46±4,87	12,22±7,22	20,49±9,18	19,63±9,51	20,65±9,11	26,27±8,78	111,71±47,67
Üniversite (4)	14,40±4,55	15,63±6,05	24,23±7,80	24,26±7,91	24,63±7,66	29,91±7,21	133,06±40,31
F	4,781	6,155	6,003	6,167	5,545	6,070	6,080
P	0,003*	0,000*	0,001*	0,000*	0,001*	0,001*	0,001*
<i>Bonferroni</i>	1<4; 2<4	1<4; 2<4	1<4; 2<4	1<4; 2<4	1<4; 2<4	1<4; 2<4	1<4; 2<4
Meslek							
Ev hanımı (1)	148,00	146,29	145,52	146,38	146,53	143,97	146,24
Emekli (2)	163,79	169,02	163,42	166,61	167,98	165,41	167,86
İşsiz (3)	104,88	106,35	113,93	108,34	105,63	113,79	107,28
İşçi (4)	208,02	209,48	202,89	209,84	205,07	206,14	205,82
Diğer (5)	206,58	191,42	194,56	191,19	201,92	194,31	196,72
KW							
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	3<1; 3<2; 3<4; 3<5; 1<4	3<1; 3<2; 3<4; 3<5; 1<4	3<2; 3<4; 3<5; 1<4	3<1; 3<2; 3<4; 3<5; 1<4	3<1; 3<2; 3<4; 3<5; 1<4	3<2; 3<4; 3<5; 1<4	3<1; 3<2; 3<4; 3<5; 1<4
Sosyal güvence							
Var	12,69±4,98	12,77±7,10	20,77±9,30	20,24±9,68	21,07±9,28	26,39±9,11	113,93±48,57
Yok	9,15±4,20	7,03±5,14	13,40±7,96	12,84±7,81	14,07±7,99	20,07±7,15	76,76±38,63
t	5,830	7,366	6,446	6,476	5,917	5,982	6,544
p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Çalışma durumu							
Tam gün	15,43±3,92	16,65±4,22	25,83±5,11	25,90±5,24	26,43±4,82	31,50±4,99	141,72±26,81
Çalışmıyor	11,32±4,97	10,65±7,14	18,04±9,62	17,40±9,84	18,44±9,52	23,92±9,16	99,77±49,27
t	5,926	7,479	7,742	8,242	8,269	7,782	8,013
p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Gelir durumu							
Düşük (1)	118,16	116,19	117,82	115,67	116,49	117,81	115,95
Orta (2)	206,73	211,75	208,18	212,89	210,71	208,06	211,98
Yüksek (3)	230,50	222,06	223,06	221,72	226,11	224,50	224,83
KW	75,770	92,300	77,421	88,208	84,790	78,517	85,593
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
<i>Bonferroni</i>	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3	1<2; 1<3

*p<0,05

Bakım verilen hastaların sosyodemografik özelliklerine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanlarının farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Tablo 12’de verildi.

Bakım verilen hastaların cinsiyete göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları düzeylerinin farklılık göstermediği görüldü ($p>0,05$).

Bakım verilen hastaların yaşa göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları düzeylerinin farklılık göstermediği belirlendi ($p>0,05$).

Bakım verilen hastaların medeni durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutlarından aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Evli olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, aile uyumu, yapısal stil, kendilik algısı puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Eşi ölmüş olanların sosyal yeterlilik, gelecek algısı puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre evlilerin yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması hiç evlenmemiş olan gruplardan yüksek, evlilerin gelecek algısı, sosyal yeterlilik puan sıra ortalaması hiç evlenmemiş olan gruplardan yüksek olduğu tespit edildi.

Bakım verilen hastaların eğitim durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Üniversite mezunu olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre üniversite mezunları yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması ilkökul ve öncesi, ortaokul olan gruplardan yüksek olduğu bulundu.

Bakım verilen hastaların mesleğine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). İşçi olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması diğer

gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre işçilerin yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması ev hanımı, işsiz olan gruplardan yüksek, ev hanımı, emekli ve diğer meslekten olan grupların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması işsiz olan gruptan yüksek, emekli ve diğer meslekten olan grupların aile uyumu, sosyal kaynaklar puan sıra ortalaması işsiz olan gruptan yüksek olduğu belirlendi.

Bakım verilen hastaların sosyal güvencesine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Sosyal güvencesi olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların çalışma durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Tam gün çalışanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların gelir durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Yüksek gelirli olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre orta ve yüksek gelir gruplarının yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan sıra ortalaması düşük olan gruptan yüksek olduğu tespit edildi.

Tablo 13

Bakım verilen hastaların hastalık özelliklerine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanlarının dağılımı (n=297)

Özellikler	Ölçek ve Alt Boyutları						
	Yapısal stil	Gelecek algısı	Aile uyumu	Kendilik algısı	Sosyal yeterlilik	Sosyal kaynaklar	YPDÖ toplam
	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.	$\bar{x} \pm$ SS/Sıra Ort.
Tam							
Şizofreni	11,60±5,16	10,82±7,06	18,50±9,61	17,78±9,88	18,75±9,59	24,34±9,19	101,80±49,50
Bipolar bozukluk	12,36±4,78	12,59±7,11	20,12±9,30	19,90±9,52	20,86±9,03	26,01±8,84	111,84±47,62
t	-1,258	-2,067	-1,412	-1,793	-1,888	-1,522	-1,701
p	0,209	0,040*	0,159	0,074	0,060	0,129	0,090
Hastalık süresi (yıl)							
1-5 (1)	15,03±4,40	14,81±6,29	24,61±6,37	23,92±7,25	25,36±6,25	30,08±6,61	133,81±36,11
6-10 (2)	13,55±4,75	14,81±6,49	22,05±8,83	22,11±8,94	22,92±8,22	27,89±8,29	122,70±44,58
11-15 (3)	11,63±4,96	11,00±7,27	19,02±9,59	18,00±10,06	18,77±9,68	24,86±9,21	103,28±49,74
16-20 (4)	10,46±4,96	9,71±6,84	16,10±9,60	15,71±9,79	16,73±9,47	22,35±9,12	91,06±48,76
20 yıl üzeri (5)	10,27±4,63	9,27±6,91	16,39±9,49	15,63±9,49	16,60±9,45	22,12±8,99	90,27±47,98
F	9,525	7,865	8,472	8,759	9,940	8,499	9,157
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	3<1; 4<1; 5<1; 4<2; 5<2	4<1; 5<1; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 4<2; 5<2	3<1; 4<1; 5<1; 4<2; 5<2
Atak sıklığı							
Aylık-6 ay altı (1)	7,88±2,75	5,34±3,21	11,11±5,53	10,15±5,01	11,67±5,70	17,45±5,14	63,59±25,29
6 aylık-2 yıl altı (2)	11,35±4,87	10,51±6,49	18,08±8,78	17,32±8,94	18,55±8,81	23,51±8,56	99,32±45,40
2 yıl ve üstü (3)	16,62±2,38	18,81±2,06	28,53±2,22	28,58±1,93	28,77±2,00	34,10±1,77	155,41±9,74
F	213,691	353,113	282,901	339,690	267,654	289,586	328,567
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	1<2; 1<3; 2<3	1<2; 1<3; 2<3	1<2; 1<3; 2<3	1<2; 1<3; 2<3	1<2; 1<3; 2<3	1<2; 1<3; 2<3	1<2; 1<3; 2<3
Düzenli ilaç kullanımı							
Var	13,71±4,63	14,03±6,68	22,79±8,38	22,38±8,70	23,25±8,27	28,45±8,02	124,60±43,45
Yok	7,31±2,40	5,05±2,84	9,85±4,68	8,98±4,20	10,20±4,32	16,20±4,60	57,58±21,69
t	15,571	16,251	16,861	17,843	17,721	16,493	17,639
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*

Tablo 13'ün devamı

Hastaneye yatış sayısı							
Yatış yok (1)	15,60±3,73	16,89±4,95	26,13±6,11	25,96±6,20	26,75±5,76	31,60±6,33	142,93±31,84
1-3 kez (2)	12,39±4,97	12,21±7,01	20,17±9,26	19,60±9,67	20,48±9,17	26,03±8,72	110,89±47,74
4 kez ve üstü (3)	8,01±3,01	5,82±4,20	11,62±6,63	10,82±6,36	12,06±6,53	17,80±6,21	66,13±31,51
F	70,045	77,018	72,980	75,748	77,070	72,526	79,047
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Bonferroni	2<1; 3<1; 3<2	2<1; 3<1; 3<2	2<1; 3<1; 3<2	2<1; 3<1; 3<2	2<1; 3<1; 3<2	2<1; 3<1; 3<2	2<1; 3<1; 3<2
Sosyal işlevsellikte bozulma							
Var	8,81±3,85	6,62±4,76	12,84±7,19	11,96±7,04	13,41±7,28	19,01±6,87	72,64±35,57
Yok	16,34±2,64	18,50±2,73	28,17±2,73	28,12±2,78	28,39±2,82	33,57±2,85	153,09±35,57
t	-19,993	-27,208	-25,739	-27,194	-24,724	-25,145	-26,965
p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Mesleki işlevsellikte bozulma							
Var	9,15±4,09	7,18±5,33	13,54±7,67	12,71±7,67	14,09±7,76	19,64±7,33	76,31±38,51
Yok	16,44±2,53	18,63±2,35	28,38±2,34	28,32±2,15	28,59±2,23	33,83±2,10	154,20±11,36
t	-18,972	-25,459	-24,532	-26,099	-23,873	-24,743	-25,770
p	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
İntihar girişimi							
Var	8,60±3,50	6,18±4,23	12,89±7,08	11,96±6,79	13,51±6,80	18,88±6,64	72,02±33,50
Yok	12,65±5,03	12,71±7,09	20,55±9,44	20,11±9,75	20,94±9,42	26,38±9,00	113,35±48,78
t	-7,162	-9,037	-6,847	-7,418	-6,839	-7,118	-7,596
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Madde kullanımı							
Var	10,73±5,04	9,82±7,01	16,66±9,76	16,12±9,89	17,27±9,73	22,58±9,36	93,18±49,77
Yok	13,10±4,74	13,20±6,83	21,66±8,56	21,13±9,01	21,89±8,51	27,45±8,09	118,42±44,76
t	-4,169	-4,212	-4,701	-4,565	-4,357	-4,805	-4,601
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*
Başkalarına yönelik şiddet durumu							
Var	8,04±2,72	5,31±3,21	11,78±5,91	10,37±5,44	12,08±6,03	17,37±5,12	64,96±26,41
Yok	12,67±5,04	12,73±7,04	20,60±9,43	20,24±9,64	21,05±9,28	26,51±8,94	113,80±48,43
t	-9,295	-11,680	-8,616	-10,082	-8,704	-9,979	-10,137
P	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*	0,000*

*p<0,05

Bakım verilen hastaların hastalık özelliklerine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları puanlarının farklılaşp farklılaşmadığını belirlemek üzere yapılan testlerin sonuçları Tablo 13'te verildi.

Bakım verilen hastaların tanısına göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği alt boyutlarından gelecek algısı boyutu puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Bipolar bozukluk tanısı olanların gelecek algısı puan ortalaması şizofreni tanısına göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların hastalık süresine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). 1-5 yıldır hasta olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. 1-5 yıl ve 6-10 yıldır hasta olanların gelecek algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre 1-5 yıl ve 6-10 yıl olan gruplar yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması 16-20 yıl, 20 yıl ve üzeri olan gruplardan yüksek, 1-5 yıl olan grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı puan ortalaması 11-15 yıl olan gruptan yüksek olduğu görüldü.

Bakım verilen hastaların atak sıklığına göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). 2 yıl ve üstü atak sıklığı olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre 6 aylık-2 yıl altı ve 2 yıl ve üstü olan gruplar yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması aylık-6 ay altı olan gruptan yüksek, 2 yıl ve üstü olan grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması 6 aylık-2 yıl altı olan gruptan yüksek olduğu tespit edildi.

Bakım verilen hastaların düzenli ilaç kullanımına göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Düzenli ilaç kullanımı olanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması olmayanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların hastaneye yatış sayısına göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Yatışı olmayanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması diğer gruplara göre daha yüksektir. Farklılığa hangi grubun neden olduğunu gösteren bonferroni testine göre yatışı olmayan ve 1-3 kez olan gruplar yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması 4 kez ve üstü olan gruptan yüksek, yatışı olmayan grup yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması 4 kez ve üstü olan gruptan yüksek olduğu belirlendi.

Bakım verilen hastaların sosyal işlevsellikte bozulma durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Sosyal işlevsellikte bozulma olmayanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması olanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların mesleki işlevsellikte bozulma durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Mesleki işlevsellikte bozulma olmayanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması olanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların intihar girişimine göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). İntihar girişimi olmayanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması olanlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların madde kullanımına göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Madde kullanmayanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması kullananlara göre daha yüksektir.

Bakım verilen hastaların başkalarına yönelik şiddet durumuna göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) ve ölçek alt boyutları puanlarının anlamlı bir şekilde farklılaştığı saptandı ($p<0,05$). Şiddet durumu olmayanların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık, sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı, gelecek algısı puan ortalaması olanlara göre daha yüksektir.



4.8. Bakım Verenlerde Sürekli Umut Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Tablo 14

Bakım verenlerde Sürekli Umut Ölçeği ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkiler (n=297)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. Alternatif yollar düşüncesi	-									
2. Eyleyici düşünce	0,982**	-								
3. SUÖ toplam	0,997**	0,994**	-							
4. Yapısal stil	0,910**	0,895**	0,908**	-						
5. Gelecek algısı	0,941**	0,935**	0,943**	0,914**	-					
6. Aile uyumu	0,935**	0,932**	0,938**	0,898**	0,936**	-				
7. Kendilik algısı	0,960**	0,953**	0,961**	0,928**	0,968**	0,974**	-			
8. Sosyal yeterlilik	0,952**	0,941**	0,952**	0,922**	0,939**	0,960**	0,980**	-		
9. Sosyal kaynaklar	0,937**	0,934**	0,940**	0,908**	0,945**	0,978**	0,978**	0,966**	-	
10. YPDÖ toplam	0,961**	0,954**	0,962**	0,941**	0,970**	0,983**	0,995**	0,985**	0,987**	-

*p<0,05; **p<0,01

Araştırmaya katılan bakım verenlerde Sürekli Umut Ölçeği ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve alt boyutları arasındaki ilişkiler Tablo 14’te verildi.

Bakım verenlerde alternatif yollar düşüncesi ile yapısal stil arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,910$, $p<0,01$), alternatif yollar düşüncesi ile gelecek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,942$, $p<0,01$), alternatif yollar düşüncesi ile aile uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,935$, $p<0,01$), alternatif yollar düşüncesi ile kendilik algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,960$, $p<0,01$), alternatif yollar düşüncesi ile sosyal yeterlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,952$, $p<0,01$), alternatif yollar düşüncesi ile sosyal kaynaklar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,937$, $p<0,01$), alternatif yollar düşüncesi ile YPDÖ toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,961$, $p<0,01$) bir ilişki bulundu.

Bakım verenlerde eyleyici düşünce ile yapısal stil arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,895$, $p<0,01$), eyleyici düşünce ile gelecek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,935$, $p<0,01$), eyleyici düşünce ile aile uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,932$, $p<0,01$), eyleyici düşünce ile kendilik algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,953$, $p<0,01$), eyleyici düşünce ile sosyal yeterlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,941$, $p<0,01$), eyleyici düşünce ile sosyal kaynaklar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,934$, $p<0,01$), eyleyici düşünce ile YPDÖ toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,954$, $p<0,01$) bir ilişki bulundu.

Bakım verenlerde SUÖ toplam ile yapısal stil arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,908$, $p<0,01$), SUÖ toplam ile gelecek algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,943$, $p<0,01$), SUÖ toplam ile aile uyumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,938$, $p<0,01$), SUÖ toplam ile kendilik algısı arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,961$, $p<0,01$), SUÖ toplam ile sosyal yeterlilik arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,952$, $p<0,01$), SUÖ toplam ile sosyal kaynaklar arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,940$, $p<0,01$), SUÖ toplam ile YPDÖ toplam arasında istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü ($r=0,962$, $p<0,01$) bir ilişki bulundu.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

5.1. Bakım Verenlerin Sürekli Umut Ölçeği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Bu araştırmada bakım verenlerin alternatif yollar düşüncesi $18,66\pm 9,52$, eyleyici düşünce $21,88\pm 6,78$, Sürekli Umut Ölçeği toplam puan ortalamasının $40,54\pm 16,23$ olduğu belirlendi. Bakım verenlerin puan ortalamaları dikkate alındığında umutlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir (Tablo 5). Ulusal literatürde bakım verenlere yönelik umut düzeylerini inceleyen herhangi bir araştırmaya ulaşılamadı. Wang ve diğerlerinin (2020), Hernandez ve diğerlerinin (2013), Ghahremani ve diğerlerinin (2006), Stanley ve Balakrishnan'ın (2021a) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmalarda bakım verenlerin umutlarının yüksek düzeyde olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar araştırmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermemektedir. Farklılıkların olması araştırmaya katılan bakım verenlerin farklı bireysel ve kültürel özelliklere sahip olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bu araştırmada bakım verenlerin yapısal stil $11,88\pm 5,03$, gelecek algısı $11,46\pm 7,11$, aile uyumu $19,08\pm 9,52$, kendilik algısı $18,55\pm 9,79$, sosyal yeterlilik $19,51\pm 9,43$, sosyal kaynaklar $24,94\pm 9,09$, Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalamasının $105,42\pm 48,99$ olduğu belirlendi. Bakım verenlerin puan ortalamaları dikkate alındığında psikolojik dayanıklılıklarının orta düzeyde olduğu söylenebilir (Tablo 5). Bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde Wang ve diğerlerinin (2020), Stanley ve Balakrishnan'ın (2021b), Abd El ve diğerlerinin (2018) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmalarda bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıklarının orta düzeyde olduğu bulunurken; bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak Nihayati ve diğerlerinin (2020) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle, Uğurtay'ın (2019) bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenleriyle, Jain ve Singh'in (2014) şizofreni ve bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmalarda bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıklarının yüksek düzeyde ve Mahmoud'un (2018), Lök ve Bademli'nin (2020), Abdelaal ve diğerlerinin (2021) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmalarda bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıklarının düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Sonuçlar arasındaki bu farklılıkların nedeni bakım verenlerin bireysel, kültürel ve deneyimsel olarak farklı özelliklere sahip olmaları olabilir.

5.2. Bakım Verenlerin Özelliklerine Göre Sürekli Umut Ölçeği Puanlarının Tartışılması

Bu araştırmada bakım verenlerin cinsiyetine göre umut düzeylerinin anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi (Tablo 6). Wang ve diğerlerinin (2020), Yakoobian ve diğerlerinin (2009) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmalarda cinsiyete göre umut düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir.

Bu araştırmada bakım verenlerin yaşına göre umut düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. 30 ve altı yaş grubunda olanların umut düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6). Stanley ve Balakrishnan'ın (2021a), Francisquini ve diğerlerinin (2020) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmalarda yaşa göre umut düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar araştırmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bakım verenlerin yaşı ilerlediğinde amaç edinebilme ve amaçları gerçekleştirebilme yeteneklerinin azaldığı şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırmada bakım verenlerin eğitim durumuna göre umut düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Üniversite mezunu olanların umut düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6). Bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde Francisquini ve diğerlerinin (2020) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmada eğitim durumuna göre umut düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunduğu bildirilmiştir. Bakım verenlerin eğitim düzeyi arttığında yaşamdan anlam bulabilme, amaç belirleyebilme ve amaçlara giden yolları üretebilme becerilerinin arttığı şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırmada bakım verenlerin mesleğine göre umut düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Memur olanların umut düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6). Bakım verenlerin meslek sahibi olmalarının eğitim düzeyi ile ilişkili olarak bakım verme rolü haricinde amaçları olduğunun farkında olmalarını ve amaçlarını elde edebilmek için harekete geçmelerini sağladığı şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırmada bakım verenlerin medeni durumuna göre umut düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Hiç evlenmemiş olanların umut düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6). Bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak Wang ve diğerlerinin (2020) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmada medeni duruma göre umut düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir.

Bu araştırmada bakım verenlerin sosyal güvencesine göre umut düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Sosyal güvencesi olanların umut düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6). Bakım verenlerin sosyal güvencesinin olması bakım vermenin neden olduğu ekonomik yük düşünüldüğünde umut düzeyini arttıran bir değişken olarak yorumlanabilir.

Bu araştırmada bakım verenlerin gelir durumuna göre umut düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Yüksek gelirli olanların umut düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6). Bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak Wang ve diğerlerinin (2020) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmada gelir durumuna göre umut düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir.

Bu araştırmada bakım verenlerin çalışma durumuna göre umut düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Tam gün çalışanların umut düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 6). Bakım verenlerin çalışmalarının bakım verme rolünün neden olduğu stresi azaltıp çalışma hayatına ve amaçlarına yönelmelerine katkı sağladığı şeklinde yorumlanabilir.

5.3. Bakım Verenlerin zelliklerine Göre Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık leği Puanlarının Tartışılması

Bu araştırmada bakım verenlerin cinsiyetine göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edildi (Tablo 10). Wang ve diğerlerinin (2020), Stanley ve Balakrishnan'ın (2021b) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle, Uğurtay'ın (2019) bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenleriyle, Yağmur ve Türkmen'in (2017) ruhsal hastalığı olan hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmalarda cinsiyete göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir. Bu sonuçlar araştırmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir.

Bu araştırmada bakım verenlerin sosyal güvencesine göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Sosyal güvencesi olanların psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 10). Bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde Uğurtay'ın (2019) bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmada sosyal güvenceye göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunurken; bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak Nihayati ve diğerlerinin (2020) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmada sosyal

güvenceye göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir. Sonuçlar arasındaki bu farklılıkların nedeni bakım verenlerin farklı bireysel ve kültürel özelliklere sahip olmaları olabilir.

Bu araştırmada bakım verenlerin çalışma durumuna göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Tam gün çalışanların psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 10). Bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde Uğurtay'ın (2019) bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmada çalışma durumuna göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunduğu bildirilmiştir. Bakım verenlerin çalışmalarının gelir seviyesinin yükselmesi, sosyalleşme, destekleyici ilişkiler kurma ve sosyal destek kaynakları bulma açısından psikolojik dayanıklılıkları üzerinde koruyucu faktör olarak rol oynadığı şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırmada bakım verenlerin medeni durumuna göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Hiç evlenmemiş olanların psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 10). Bakım verenlerin hiç evlenmemiş olması evliliğe dair sorumluluklarının olmamasına bağlı olarak psikolojik dayanıklılık düzeyini arttıran bir değişken olarak yorumlanabilir.

Bu araştırmada bakım verenlerin eğitim durumuna göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Üniversite mezunu olanların psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 10). Wang ve diğerlerinin (2020), Nihayati ve diğerlerinin (2020) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle, Uğurtay'ın (2019) bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenleriyle, Yağmur ve Türkmen'in (2017) ruhsal hastalığı olan hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmalarda eğitim durumuna göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar araştırmanın sonuçlarını destekler niteliktedir. Bakım verenlerin eğitim düzeyi arttığında stres verici yaşam olaylarıyla etkili baş edebilme kabiliyetlerinin arttığı şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırmada bakım verenlerin yaşına göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. 30 ve altı yaş grubunda olanların psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 10). Bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde Yağmur ve Türkmen'in (2017) ruhsal hastalığı olan hastaların bakım

verenleriyle yaptığı araştırmada yaşa göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunurken; bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak Stanley ve Balakrishnan'ın (2021b) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmada yaşa göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir. Farklılıkların olması araştırmaya katılan bakım verenlerin farklı bireysel, kültürel ve deneyimsel özelliklere sahip olmasından kaynaklandığını düşündürmektedir.

Bu araştırmada bakım verenlerin mesleğine göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Memur olanların psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 10). Bu araştırmanın sonuçlarından farklı olarak Nihayati ve diğerlerinin (2020) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmada mesleğe göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunmadığı bildirilmiştir.

Bu araştırmada bakım verenlerin gelir durumuna göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edildi. Yüksek gelirli olanların psikolojik dayanıklılık düzeyinin daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 10). Wang ve diğerlerinin (2020) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle, Uğurtay'ın (2019) bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım verenleriyle, Yağmur ve Türkmen'in (2017) ruhsal hastalığı olan hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmalarda gelir durumuna göre psikolojik dayanıklılık düzeylerinde anlamlı bir farklılık bulunduğu bildirilmiştir. Bu sonuçlar araştırmanın sonuçlarıyla benzerlik göstermektedir. Bakım verenlerin gelir durumu arttığında düşük gelir seviyesinin neden olduğu risk faktörünün etkisi yok edilerek psikolojik dayanıklılığın gelişimine katkı sağladığı şeklinde yorumlanabilir.

5.4. Bakım Verenlerde Sürekli Umut leği ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık leği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bu araştırmada bakım verenlerin umut ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulundu. Umut düzeyi arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeyinin arttığı saptandı (Tablo 14). Ulusal literatürde bakım verilere yönelik umut ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir araştırmaya ulaşılamadı. Bu araştırmanın sonuçlarına benzer şekilde Wang ve diğerlerinin (2020) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleriyle yaptığı araştırmada umut ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki bulunduğu bildirilmiştir.

Kronik psikiyatri hastalarına bakım verenlerin bakım yükleri, kontrol edilmesi zor hastalık belirtileri, hastanın düşük bağımsızlık düzeyi, toplumsal işlevselliğinin kötü olması ve tedaviye uyumsuzluğu, sosyal destek kaynaklarının yetersizliği, hastalığın relaps ve remisyon dönemleriyle devam eden kronik seyir göstermesinden kaynaklanan çaresizlik ve belirsizlik gibi negatif duygular nedeniyle umut düzeyleri olumsuz yönde etkilenmektedir. Kronik ruhsal hastalığı olan bir ebeveynin olması ya da ailevi hastalıklar her ne kadar psikolojik dayanıklılığın gelişimi için ön koşul olarak ifade edilen risk faktörlerini barındırsa da düşük umut düzeyi, olumsuz bakış açısı, geleceğe dair beklentilerin negatif olması, destekleyici ilişkilerin olmaması gibi koruyucu faktörler olmadığı sürece psikolojik dayanıklılık gelişiminden söz edilememektedir. Düşük umut ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine sahip olan bakım verenler ise bakım vermenin getirdiği zorluklarla etkili bir şekilde baş edememektedir.

Umut ve psikolojik dayanıklılık stres verici yaşam olaylarıyla mücadele edebilmeyi kolaylaştıran olumlu özellikler olması nedeniyle birbirleriyle ilişkili kavramlar olmaları beklenen bir sonuçtur. Bu araştırmada ortaya koyulan pozitif yönlü ilişkinin varlığı ulusal literatürde öncü olmakla birlikte uluslararası literatür tarafından da desteklenmektedir. Bu sonuç bakım verenlerde yüksek umut düzeylerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerini de yükselttiği, bakım verenlerin umutları arttığında bakım verme nedeniyle karşılaştıkları zorlukların başarıyla üstesinden gelebilme yeteneklerinin arttığı şeklinde yorumlanabilir.

Bu araştırmada bakım verenlerin Sürekli Umut Ölçeği alt boyutlarından alternatif yollar düşüncesi ve eyleyici düşünce ile Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği alt boyutları olan sosyal kaynaklar, aile uyumu, sosyal yeterlilik, yapısal stil, kendilik algısı ve gelecek algısı arasında anlamlı ve pozitif yönlü bir ilişki tespit edildi (Tablo 14). Buna göre umut düzeyi yüksek olan ya da diğer bir deyişle kendine gerçekçi amaçlar belirleyen, amaçlarını elde etmeye çalışırken zorluklarla karşılaşsa bile farklı çözüm yolları bularak mücadele etmeye devam eden ve amaca ulaşmaya dair verdiği bu mücadelede pes etmeyen, kendindeki güce inanan ve motivasyonunu kaybetmeyen bakım verenlerin, güçlü olduğu yönlerini tanıma, kendine dair farkındalığının yüksek olması, aileyle olumlu ilişkiler içerisinde olma, sosyal çevresinde başarılı bir şekilde ilişkilerini sürdürebilme, diğerleriyle birlikte olmaktan keyif alma, sorunlarını çevresiyle paylaşarak yardım isteyebilme, sosyal çevresi tarafından desteklenme ve geleceğe pozitif bakabilme gibi psikolojik dayanıklılık özelliklerine sahip olduğu söylenebilir.

ALTINCI BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Kronik psikiyatri hastalarına birincil bakım verenlerin umut ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin orta düzeyde olduğu sonucuna varıldı.

Bakım verenlerin cinsiyet dışındaki sosyodemografik özelliklerine göre umut ve psikolojik dayanıklılıklarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edildi. Sonuçlara göre 30 ve altı yaş grubunda, hiç evlenmemiş, üniversite mezunu, memur, bir işte çalışan ve gelir durumu yüksek olan bakım verenlerin umut ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edildi.

Bakım verenlerin bakım verme özelliklerine göre umut ve psikolojik dayanıklılıkları incelendiğinde, bakım verilen hastaya yakınlık durumu, bakım verilen hastayla aynı evde yaşama durumu, bakım verme süresi, bakımından sorumlu olduğu başka bir hastanın varlığı, bakım verdiği süre boyunca hastalığı bulunma ya da psikolojik sorun yaşama durumu, hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada yardım alma durumuna göre umut ve psikolojik dayanıklılığın anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği belirlendi. Çocuğuna bakım veren, hastayla aynı evde yaşamayan, bakım verme süresi 5 yıldan az olan, bakım verdiği süre boyunca hastalığı bulunmayan ya da psikolojik sorun yaşamayan, bakımından sorumlu olduğu başka bir hastası olmayan, hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada yardım alan bakım verenlerin umut ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı.

Bakım verenlerin bakım verdikleri kronik psikiyatri hastalarının sosyodemografik özelliklerinden cinsiyet ve yaş dışında gelir durumu, medeni durum, çalışma durumu, meslek, eğitim durumuna göre umut ve psikolojik dayanıklılıklarının anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği bulundu. Evli, üniversite mezunu, işçi, bir işte çalışan, gelir durumu orta/yüksek olan hastalara bakım verenlerin umut ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptandı.

Bakım verilen hastaların hastalık özelliklerinden tanı, düzenli ilaç kullanımı, atak yaşama sıklığı, intihar girişimi, başkalarına şiddet uygulama durumu, sosyal ya da mesleki işlevsellikte bozulma durumuna göre bakım verenlerin umut ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği görüldü. Bipolar bozukluk tanılı, atak

yaşama sıklığı 2 yıldan fazla olan, başkalarına şiddet uygulama öyküsü olmayan, intihar girişiminde bulunmayan, sosyal ya da mesleki işlevselliğinde bozulma olmayan, düzenli ilaç kullanımı olan hastalara bakım verenlerin umut ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü.

Kronik psikiyatri hastalarına birincil bakım verenlerin umut ve psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde pozitif yönlü, güçlü bir ilişki olduğu belirlendi. Bakım verenlerin umut düzeyi arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeylerinin arttığı sonucuna varıldı.

6.2. Öneriler

Bu araştırmanın gösterdiği sonuçlar doğrultusunda;

-Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri tarafından kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerine yönelik olarak umut ve psikolojik dayanıklılığı arttırmaya odaklanan müdahale programlarının geliştirilmesi ve uygulanması,

-Bakım verenlere yönelik olarak geliştirilen müdahale programlarında olumlu bakış açısı kazandırma, umut aşılama, problem çözme becerileri, etkili baş etme yöntemleri, hastalık hakkında bilgilendirme gibi konulara yer verilmesi,

-Bakım verenlerin sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi amacıyla benzer deneyimlere sahip bakım verenleri bir araya getiren destekleyici ortamların oluşturulması,

-Hastayla aynı evde yaşayan, hastaya bakım verme süresi 5 yıldan fazla olan, bakımından sorumlu olduğu başka bir hastası olan, bakım verdiği süre boyunca hastalığı bulunan ya da psikolojik sorun yaşayan ve hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada yardım almayan bakım verenlerin umutsuzluk ve psikolojik dayanıksızlık yönünden riskli bakım verenler olarak değerlendirilmesi ve bu özelliklere sahip bakım verenlere müdahale programlarına dahil etmede öncelik tanınması,

-Şizofreni tanılı, atak yaşama sıklığı 2 yıldan az olan, sosyal ya da mesleki işlevselliğinde bozulma olan, başkalarına şiddet uygulama öyküsü olan, intihar girişiminde bulunan ve düzenli ilaç kullanmayan hastalara bakım verenlerin umutsuzluk ve psikolojik dayanıksızlık yönünden riskli bakım verenler olarak değerlendirilmesi ve bu özelliklere sahip bakım verenlere müdahale programlarına dahil etmede öncelik tanınması,

-Birincil bakım verenlerde umut ve psikolojik dayanıklılığı arttırmak amacıyla değiştirilebilir risk faktörlerine odaklanılarak bakım verme sorumluluğunun aile üyeleri arasında paylaşılması, bakım verenlerin psikolojik yönden desteklenmesi, hastaların işlevselliğinin ve ilaç tedavisine uyumunun artırılması gibi koruyucu faktörlerin geliştirilmesi,

-Gelecekte yapılacak çalışmalarda kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinde umut ve psikolojik dayanıklılığa ilişkin derinlemesine veriler elde etmek amacıyla nitel araştırmalar planlanması, umut ve psikolojik dayanıklılığı arttıran müdahale programlarının etkinliğinin deneysel çalışmalarda ortaya koyulması önerilmektedir.



KAYNAKÇA

- Abd El SAEM., Abd El-Nabi AA. and Fathalla HED. (2018). "Resilience, burden, and quality of life in Egyptian family caregivers of patients with schizophrenia", *Egyptian Nursing Journal*, 15(2), 196-204.
- Abdelaal HM., Eita LH. and Khedr MM. (2021). "Resilience and perceived social support among family caregivers of patients with schizophrenia", *Egyptian Journal of Health Care*, 12(1), 1108-1122.
- Acar C. ve Kartalçı S. (2014). "Sizofreninin etyopatogenezinde katekol-O-metiltransferaz (COMT) geninin rolü", *Psikiyatri Guncel Yaklasimler*, 6(3), 217.
- Ak M., Yavuz KF., Lapsekili N. ve Türkçapar MH. (2012). "Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi", *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25(4), 330-337.
- Amagai M., Takahashi M. and Amagai F. (2016). "Qualitative study of resilience of family caregivers for patients with schizophrenia in Japan", *Mental Health in Family Medicine*, 12, 307-312.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5*. American Psychiatric Publishing: Washington.
- Angst J. and Sellaro R. (2000). "Historical perspectives and natural history of bipolar disorder", *Biological Psychiatry*, 48(6), 445-457.
- Arguvanlı S. ve Taşçı, S. (2013). "Bipolar bozukluklarda bakım verenlerin sorunları", *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 21-30.
- Arguvanlı S. (2018). "Bipolar bozukluğu olan bireyler ve aileleri", *Türkiye Klinikleri J Psikiyatri Nurs-Special Topics*, 4(1), 48-53.
- Arısoy Ö. ve Oral ET. (2009). "Bipolar bozuklukla ilgili genetik araştırmalar: bir gözden geçirme", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 282-293.
- Armutlulu İH. (2008). *İşletmelerde Uygulamalı İstatistik*. Alfa Yayınları: İstanbul.

- Arslantaş 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.
- Arslantaş H. ve Adana F. (2011). “Şizofreninin bakım verenlere yükü”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.
- Aşkan T. (2019). Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireye Bakım Verenlerde Eş Bağımlılık ve İlişkili Faktörler, Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Atagün Mİ., Balaban ÖD., Atagün Z., Elagöz M. ve Özpolat AY. (2011). “Kronik hastalıklarda bakım veren yükü”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
- Awad AG. and Voruganti LN. (2008). “The burden of schizophrenia on caregivers: a review”, *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-62.
- Ayano G. (2016). “Schizophrenia: a concise overview of etiology, epidemiology diagnosis and management: review of literatures”, *Journal of Schizophrenia Research*, 3(2), 2-7.
- Ayyıldız E. (2017). Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Baş Etme Yöntemlerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çanakkale.
- Bademli K. ve Duman ZÇ. (2013a). “Şizofreni hastalarının bakım verenleri”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.
- Barnett JH. and Smoller JW. (2009). “The genetics of bipolar disorder”, *Neuroscience*, 164(1), 331-343.
- Basım HN. ve Çetin F. (2011). “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği’nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.
- Baytunca MB., Aydın R. ve Erermiş S. (2014). “Bipolar bozukluğun genetik altyapısı”, *The Journal of Pediatric Research*, 1(2), 49-53.

- Bell M., Biesecker BB., Bodurtha J. and Peay HL. (2019). "Uncertainty, hope, and coping efficacy among mothers of children with Duchenne/Becker muscular dystrophy", *Clinical Genetics*, 95(6), 677-683.
- Bentsen H. (2003). "Does psychoeducational family intervention improve outcome of schizophrenia?", *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*, 123(18), 2571-2574.
- Binbay İT., 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*, 22(1), 40-52.
- Bishop M. and Greeff AP. (2015). "Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7), 463-471.
- Black DW. and Andreasen NC. (2010). *Introductory Textbook of Psychiatry 5th Edition*. American Psychiatric Publishing: Washington.
- Bland R. and Darlington Y. (2002). "The nature and sources of hope: Perspectives of family caregivers of people with serious mental illness", *Perspectives in Psychiatric Care*, 38(2), 61-68.
- Brambilla P., Glahn DC., Balestrieri M. ve Soares JC. (2005). "Magnetic resonance findings in bipolar disorder", *Psychiatric Clinics*, 28(2), 443-467.
- Butcher J., Mineka S. ve Hooley JM. (2013). *Anormal Psikoloji*. Kaknüs Yayınları: İstanbul.
- Castro FJG., Alba A. and Blanca MJ. (2020). "Association between character strengths and caregiver burden: Hope as a mediator", *Journal of Happiness Studies*, 21(4), 1445-1462.
- Cederlöf M., Larsson H., Lichtenstein P., Almqvist C., Serlachius E. and Ludvigsson JF. (2016). "Nationwide population-based cohort study of psychiatric disorders in individuals with Ehlers-Danlos syndrome or hypermobility syndrome and their siblings", *BMC Psychiatry*, 16(1),207.
- Ceylan B. (2007). Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin

- Karşılaştırılması, Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Konya.
- Chan DW. (2003). “Hardiness and its role in the stres-burnout relationship among prospective Chinese teachers in Hong Kong”, *Teaching and Teacher Education*, 19(4), 381-395.
- Cheavens JS., Feldman DB., Woodward JT. and Snyder CR. (2006). “Hope in cognitive psychotherapies: On working with client strengths”, *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 20(2), 135-145.
- Cheng YC. (2005). “Caregiver Burnout: A Critical Review Of The Literature”, *Alliant International University*, San Diego.
- Çalışkan MB., Ata EE. ve Dikeç G. (2021). “Psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni tanılı hastalara uygulanan psikososyal rehabilitasyon programları: sistematik derleme”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 13(1), 77-92.
- Çam O. ve Çuhadar D. (2013). “Bipolar bozukluk tanısı alan hastalarda içselleştirilmiş damgalamayı azaltmada hemşirelik girişimi olarak psikoeğitim”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 29(2), 83-93.
- Çam O. ve Engin E. (Ed.). (2014). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. Birinci Baskı. İstanbul Tıp Kitabevi: İstanbul.
- Çam O. ve Büyükbayram A. (2017). “Hemşirelerde psikolojik dayanıklılık ve etkileyen faktörler”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8(2), 118–126.
- Çetin M. (2015). “Şizofreni Tedavisi: Geçmişi, Bugünü ve Geleceği”, *Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 25(2), 95-9.
- Çiltaş Ç. (2019). Kadın Konukevi Hizmeti Almakta Olan Kadınların Psikolojik Dayanıklılık ile Umut Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Deveci A., Danacı AE., Yurtsever F., Deniz F. ve Yüksel EG. (2008). “Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 266-273.

- Dias R., Neto JPS., Santos RL., Sousa MFBD., Baptista MAT., Lacerda IB., Kimura NRS. and Dourado MCN. (2016). "Caregivers' resilience is independent from the clinical symptoms of dementia", *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 74(12), 967-973.
- Doğan S., Doğan O., Tel H., Çoker F., Polatöz Ö. ve Baseğmez, FD. (2002a). "Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Ayaktan hastalar". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(2), 69-74.
- Doğan O., Doğan, S., Tel H., Çoker, F., Polatöz Ö. ve Baseğmez FD. (2002b). "Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 133-139.
- Duggal D., Sacks-Zimmerman A., and Liberta T. (2016). "The impact of hope and resilience on multiple factors in neurosurgical patients", *Cureus*, 8(10).
- Duggleby W., Holtslander L., Kylma J., Duncan V., Hammond C. and Williams A. (2010). "Metasynthesis of the hope experience of family caregivers of persons with chronic illness", *Qualitative Health Research*, 20(2), 148-158.
- Duggleby WD., Swindle J., Peacock S. and Ghosh S. (2011). "A mixed methods study of hope, transitions, and quality of life in family caregivers of persons with Alzheimer's disease", *BMC Geriatrics*, 11(1), 1-12.
- Duggleby W., Lee H., Nikolaichuk C. and Lewis DF. (2021). Systematic review of factors associated with hope in family carers of persons living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*.
- Duman ZÇ. ve Bademli K. (2013b). "Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 78-94.
- Eroğlu MZ. ve Özpoyraz N. (2010). "Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(2), 206-236.
- Erol N., Kılıç C., Ulusoy M., Keçeci M. ve Şimşek Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Birinci Baskı. Eksen Tanıtım: Ankara.
- Ertan, T. (2008). "Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi", *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu*, 62, 25-30.
- Fan YC., Chen MB., Lin KC., Bai YM. and Wei SJ. (2014). "The resilience and health status of primary caregivers of schizophrenia patients". *Hu Li Za Zhi*, 61(6), 29-38.

- Fitryasari R., Yusuf A., Tristiana RD. and Nihayati HE. (2018). "Family members' perspective of family resilience's risk factors in taking care of schizophrenia patients", *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 255-261.
- Francisquini PD., Soares MH., Machado FP., Luis MAV. and Martins JT. (2020). "Relationship between well-being, quality of life and hope in family caregivers of schizophrenic people", *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1).
- Gedik MM. (2019). Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Hizmetlerine Yönelik Deneyimleri, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Gel KT. ve Kesgin MT. (2017). "İnformal bakım verenlerin bakım yüküne ilişkin hemşirelerin görüşleri", *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 20(4), 267-278.
- Gahremani Z., Alavi MJ. and Hosseini F. (2006). "Correlates of quality of life in the family caregivers of schizophrenic patients with hope", *Iran Journal of Nursing*, 19(45), 17-26.
- Gilman R., Dooley J. and Florell D. (2006). "Relative levels of hope and their relationship with academic and psychological indicators among adolescents", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(2), 166-178.
- Gizir CA. (2007). "Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması", *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3(28), 113-128.
- Global Burden of Disease Study (GBD). (2017). "Disease and injury incidence and prevalence collaborators, global, regional and national incidence, prevalence and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: A systematic analysis for the global burden of disease study 2017", *Lancet*, 392(10159), 1789-1858.
- Gomez ND., Martin JG., Civantos DP., Jurado CFL., Lopez PP. and Caceres MC. (2020). "Understanding Resilience Factors Among Caregivers of People with Alzheimer's Disease in Spain". *Psychology Research and Behavior Management*, 13, 1011-1025.

- Greeff AP., Vansteenwegen A. and Ide M. (2006). "Resiliency in families with a member with a psychological disorder", *The American Journal of Family Therapy*, 34(4), 285-300.
- 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 AE., Çubukçuoğlu Z., Taş C., Gülseren Ş. ve Mete L. (2010). "Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler". *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 203-12.
- Gültekin BK. (2010). "Ruhsal bozuklukların önlenmesi: Kavramsal çerçeve ve sınıflandırma", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), 583-594.
- Gümüş AB. (2006). "Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler, psiko eğitim ve hemşirelik", *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 8(1), 23-34.
- Günay R. (2017). İnmeli veya Psikiyatrik Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Veren Kişilerdeki Bakım yükü ve İlgili Değişkenler, Yüksek Lisans Tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Gündüz F. (2019). Kanserli Hasta ve Bakım Verenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek ile Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (HSGM). (2017). Kronik Ruhsal Hastalıklar. Erişim adresi: Kronik Ruhsal Hastalıklar (saglik.gov.tr). Erişim tarihi: 24 Ağustos 2021.
- Hancı N. (2014). İki Uçlu Mizaç Bozukluğu-I Hastası Bakım Veren Yük Düzeyinin, Şizofreni Hastası Bakım Veren Yük Düzeyiyle Karşılaştırılması, Uzmanlık Tezi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa.
- Hendrick V., Altshuler LL., Gitlin MJ. and Hammen C. (2000). "Gender and bipolar illness", *The Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 393-396.
- Hernandez M., Barrio C. and Yamada AM. (2013). "Hope and burden among Latino families of adults with schizophrenia", *Family Process*, 52(4), 697-708.

- Hernandez M., Barrio C., Gaona L., Helu-Brown P., Hai A. and Lim C. (2019). "Hope and schizophrenia in the Latino family context". *Community Mental Health Journal*, 55(1), 42-50.
- Herz MI., Lamberti JS., Mintz J., Scott R., O'Dell SP., McCartan L. and Nix, G. (2000). "A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study", *Archives of General Psychiatry*, 57(3), 277-283.
- İnce SÇ. (2019). Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Uygulanan Fiziksel Sağlığı Koruma ve Geliştirme Programının Fiziksel Sağlığa ve Yaşam Kalitesine Etkisi, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Jain A. and Singh DC. (2014). "Resilience and quality of life in caregivers of schizophrenia and bipolar disorder patients", *Global Journal of Human-Social Science*, 14(5), 25-28.
- Jansen JE., Haahr UH., Lyse HG., Pedersen MB., Trauelsen AM. and Simonsen E. (2017). "Psychological flexibility as a buffer against caregiver distress in families with psychosis", *Frontiers in Psychology*, 8, 1625.
- Jonker L. and Greeff AP. (2009). "Resilience factors in families living with people with mental illnesses", *Journal of Community Psychology*, 37(7), 859-873.
- Judd LL. and Akiskal HS. (2003). "The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases", *Journal of Affective Disorders*, 73(1-2), 123-131.
- Kara K., Akarsu S. ve Verim S. (2013). "Bipolar bozuklukta nörogörüntüleme", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 1-14.
- Kara N. ve Türkçapar MH. (2015). "Şizofreni alttıplerinin geçerliliği: Karşılaştırmalı bir çalışma", *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17(3), 119-128.
- Karaağaç H. ve Var EÇ. (2019). "Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi", *Klinik Psikiyatri*, 22, 16-26.
- Kennedy N., Boydell J., Kalidindi S., Fearon P., Jones PB., Van Os J. and Murray RM. (2005). "Gender differences in incidence and age at onset of mania and bipolar

- disorder over a 35-year period in Camberwell, England”, *American Journal of Psychiatry*, 162(2), 257-262.
- Kesebir S., İnanç L., Bezgin ÇH. ve Cengiz F. (2013). “Kadınlarda bipolar bozukluk”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 220-231.
- Keskin A., Ünlüoğlu İ., Bilge U. ve Yenilmez Ç. (2013). “Ruhsal bozuklukların yaygınlığı, cinsiyetlere göre dağılımı ve psikiyatrik destek alma ile ilişkisi”, *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 344-351.
- Kessing LV. (2004). “Gender differences in the phenomenology of bipolar disorder”, *Bipolar Disorders*, 6, 421-425.
- Kessler RC., Ormel J., Petukhova M., McLaughlin KA., Green JG., Russo LJ., Alonso J. (2011). “Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys”, *Archives of General Psychiatry*, 68 (1), 90-100.
- Kocakaya R. (2017). Engelli Üyeye Sahip Ailelerdeki Bireylerin Psikolojik Dayanıklılığı ile Algılanan Aile İşlevselliği Arasındaki İlişki, Yüksek Lisans Tezi, Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kocal Y., Karakuş G. ve Sert D. (2017). “Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi”, *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.
- Kopelowicz A., Liberman RP. and Wallace CJ. (2003). “Psychiatric rehabilitation for schizophrenia”, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(2), 283-298.
- Krejcie RV. and Morgan DW. (1970). “Determining sample size for research activities”, *Educational and Psychological Measurement*, 30(3), 607-610.
- Kul S. (2014). “Uygun istatistiksel test seçim kılavuzu”, *Plevra Bülteni*, 8(2), 26-29.
- Liberman RP. (Ed.). (1988). *Psychiatric Rehabilitation of Chronic Mental Patients*. American Psychiatric Press: Washington.
- Lohne V., Miaskowski C. and Rustöen, T. (2012). “The relationship between hope and caregiver strain in family caregivers of patients with advanced cancer”, *Cancer Nursing*, 35(2), 99-105.

- Lök N. ve Bademli K. (2021). "The relationship between the perceived social support and psychological resilience in caregivers of patients with schizophrenia", *Community Mental Health Journal*, 57(2), 387-391.
- Magana SM., Garcia JR., Hernandez MG. and Cortez R. (2007). "Psychological distress among latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma", *Psychiatric Services*, 58(3), 378-84.
- Magliano L., Marasco C., Fiorillo A., Malangone C., Guarneri M., Maj M. and Working Group of the Italian National Study on Families of Persons with Schizophrenia. (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.
- Mahmoud S. (2018). "Association between burden of care and resilience among family caregivers living with schizophrenic patients", *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 7(2), 42-55.
- Maj M., Akiskal HS., Lopez-Ibor JJ., and Sartorius N. (Eds.). (2003). *Bipolar Disorder*. John Wiley & Sons.
- Marangell LB., Bauer MS., Dennehy EB., Wisniewski SR., Allen MH., Miklowitz DJ., Oquendo MA., Frank E., Perlis RH., Martinez JM., Fagiolini A., Otto MW., Chessick CA., Zboyan HA., Miyahara S., Sachs G. and Thase ME (2006). "Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years", *Bipolar Disorders*, 8(5p2), 566-575.
- Matsuda M. and Kohno A. (2021). "Development of a Blended Learning System for Nurses to Learn the Basics of Psychoeducation for Patients with Mental Disorders", *BMC Nursing*, 20(164), 1-15.
- McCann TV., Lubman DI. and Clark E. (2011). "First-time primary caregivers' experience of caring for young adults with first-episode psychosis", *Schizophrenia bulletin*, 37(2), 381-388.
- Merikangas KR., Akiskal HS., Angst J., Greenberg PE., Hirschfeld RM., Petukhova M. and Kessler RC. (2007). "Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder

- in the National Comorbidity Survey replication”, *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 543-552.
- Michalak EE., Murray G., Young AH., and Lam RW. (2008). “Burden of bipolar depression”, *CNS Drugs*, 22(5), 389-406.
- Miklowitz, DJ. and Johnson SL. (2006). “The psychopathology and treatment of bipolar disorder”, *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 199-235.
- Nasrallah HA. and Smeltzer DJ. (2005). *Şizofreni: Güncel Tanı ve Tedavi El Kitabı*. Alptekin K. (çeviren). AstraZeneca.
- Nihayati HE., Isyuniarsasi I. and Tristiana RD. (2020). “The relationship of self-efficacy between resilience and life quality of caregivers toward schizophrenics”, *Systematic Reviews in Pharmacy*, 11(3), 834-837.
- Oktan V. (2012). “Psikolojik sağlamlığın gelişiminde bir moderator olarak umut”, *International Journal of Human Sciences*, 9(2), 1691-1701.
- Orak OS. ve Sezgin S. (2015). “Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 33-39.
- Öz F. ve Yılmaz EB. (2009). “Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık”, *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.
- Özpoyraz N. ve Taman L. (1998). “Şizofrenik bozukluk”, *Galenos Aylık Tıp Dergisi*, (1), 26-31.
- Öztürk O. ve Uluşahin A. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Tuna Matbaacılık: Ankara.
- Palacio C., Krikorian A. and Limonero JT. (2018). “The influence of psychological factors on the burden of caregivers of patients with advanced cancer: Resiliency and caregiver burden”. *Palliative & Supportive Care*, 16(3), 269-277.
- Palacio GC., Krikorian A., Gomez-Romero MJ. and Limonero JT. (2019). “Resilience in caregivers: A systematic review”. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine®*, 37(8), 648-658.
- Perlick DA., Rosenheck RA., Miklowitz DJ., Chessick C., Wolff N., Kaczynski R., Ostacher M., Patel J. and Desai R., STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group

- (2007). "Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder", *Bipolar Disorders An International Journal of Psychiatry and Neurosciences*, 9(3), 262-73.
- Post RM. (2004). "The status of the sensitization/kindling hypothesis of bipolar disorder", *Current Psychosis & Therapeutics Reports*, 2(4), 135-141.
- Power J., Goodyear M., Maybery D., Reupert A., O'Hanlon B., Cuff R. and Perlesz A. (2015). "Family resilience in families where a parent has a mental illness", *Journal of Social Work*, 16(1), 66-82.
- Qin J., Leung D. and Shao J. (2002). "Estimation with survey data under nonignorable nonresponse or informative sampling", *Journal of the American Statistical Association*, 97(457), 193-200.
- Quinn J., Barrowclough C. and Tarrier N. (2003). "The Family Questionnaire (FQ): a scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(4), 290-296.
- Reynolds GP. and Kirk SL. (2010). "Metabolic side effects of antipsychotic drug treatment-pharmacological mechanisms", *Pharmacology & Therapeutics*, 125(1), 169-179.
- Rössler W. (2006). "Psychiatric rehabilitation today: An overview", *World Psychiatry*, 5(3), 151-157.
- Saunders JC. (2003). "Families living with severe mental illness: A literature review", *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198.
- Sayar GH., Özten E., Eryılmaz G., Göğçeğöz I. ve Ceylan ME. (2014). "Elektrokonvulzif tedavi üzerine güncel bir gözden geçirme", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(2), 107-125.
- Schaffer A., Isometsa ET., Azorin JM., Cassidy F., Goldstein T., Rihmer Z., Sinyor M., Tondo L., Moreno DH., Turecki G., Reis C., Kessing LV., Ha K., Weizman A., Beautrais A., Chou YH., Diazgranados N., Levitt AJ., Zarate CA. and Yatham, L. (2015). "A review of factors associated with greater likelihood of suicide attempts and suicide deaths in bipolar disorder: Part II of a report of the International Society

- for Bipolar Disorders Task Force on Suicide in Bipolar Disorder”, *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(11), 1006-1020.
- Simpson G. and Jones K. (2013). “How important is resilience among family members supporting relatives with traumatic brain injury or spinal cord injury?”, *Clinical Rehabilitation*, 27(4), 367-377.
- Snyder CR., Harris C., Anderson JR., Holleran SA., Irving LM., Sigmon ST., Yoshinobu L., Gibb J., Langelle C. and Harney P. (1991). “The will and the ways: development and validation of an individual-differences measure of hope”, *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(4), 570-585.
- Snyder CR., Feldman DB., Taylor JD., Schroeder LL. and Adams VH. (2000). “The roles of hopeful thinking in preventing problems and enhancing strengths”, *Applied and Preventive Psychology*, 9(4), 249-269.
- Snyder CR. (2002). “Hope theory: Rainbows in the mind”, *Psychological Inquiry*, 13(4), 249-275.
- Snyder CR., Feldman DB., Shorey HS. and Rand KL. (2002). “Hopeful choices: A school counselor's guide to hope theory”, *Professional School Counseling*, 5(5), 298-307.
- Solano JPC., Silva AG., Soares IA., Ashmawi HA. and Vieira JE. (2016). “Resilience and hope during advanced disease: a pilot study with metastatic colorectal cancer patients”, *BMC Palliative Care*, 15(70), 1-8.
- Songur E. (2015). “Çocukluk çağı başlangıçlı şizofreni”, seminer, 29 Mart 2015, Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
- Stanley S. and Balakrishnan S. (2021a). “Informal caregiving in schizophrenia: correlates and predictors of perceived rewards”, *Social Work in Mental Health*, 19(3), 230-247.
- Stanley S. and Balakrishnan S. (2021b). “Informal caregivers of people with a diagnosis of schizophrenia: determinants and predictors of resilience”, *Journal of Mental Health*, 1-8.
- Summakoğlu D., ve Ertuğrul B. (2018). “Şizofreni ve tedavisi”, *Lectio Scientific*, 2(1), 43-61.

- Sümbüloğlu K. ve Sümbüloğlu V. (2007). *Biyostatistik*. On İkinci Baskı. Hatiboğlu Yayınevi: Ankara.
- Şar V. (2010). “DSM-5 taslak tanı ölçütlerine genel bir bakış:“Batı cepesinde yeni bir şey yok”mu?”, *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 13, 196-208.
- Şengün F., Altıok HÖ. ve Üstün B. (2011). “Kanıt dayalı bir uygulama: Psikoeğitim”, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(3), 66-74.
- Tarhan S. ve Bacanlı H. (2015). “Sürekli Umut Ölçeği’nin Türkçe’ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması”, *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 1-14.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (SB). (2011a). Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Erişim adresi: Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (saglik.gov.tr). Erişim tarihi: 11 Ağustos 2021.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (SB). (2011b). Hemşirelik Yönetmeliği. Erişim adresi: www.saglik.gov.tr. Erişim tarihi: 25 Eylül 2021.
- Tel H., Doğan S., Özkan B. ve Çoban S. (2010). “Hasta yakınlarına göre kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların tedaviye uyumu”, *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1), 7-12.
- Tiryaki A. (2008). “Şizofrenide ruhsal toplumsal risk etmenleri üzerine eleştirel bir gözden geçirme”, *Klinik Psikiyatri*, 11(5), 3-8.
- Toseland RW., Smith G. and McCallion P. (2001). “Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population” A. Gitterman (Ed.). içinde *Family Caregivers of the Frail Elderly* , (s. 548-581). Columbia University Press: New York.
- Townsend MC. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri*. Özcan CT. ve Gürhan N. (çeviren). Akademisyen Tıp Kitabevi: Ankara.
- Truitt M., Biesecker B., Capone G., Bailey T. and Erby L. (2012). “The role of hope in adaptation to uncertainty: The experience of caregivers of children with Down syndrome”, *Patient Education and Counseling*, 87(2), 233-238.
- Turan ND. (2019). “Kronik ruhsal bozukluklarda ruhsal eğitim ve iş uygulamaları”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 120-128.

- Tümlü GÜ. ve Recepoğlu E. (2013). “Üniversite akademik personelinin psikolojik dayanıklılık ve yaşam doyumu arasındaki ilişki”, *Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3(3), 205-213.
- Türk Dil Kurumu (TDK). (2019). Güncel Türkçe Sözlük. Erişim adresi: www.tdk.gov.tr. Erişim tarihi: 17 Eylül 2021.
- Tüzer V., Zincir S., Başterzi AD., Aydemir Ç., Kısa C. ve Göka E. (2003). “Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi”, *Klinik Psikiyatri*, 6(4), 189-197.
- Uğurtay H. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde İzlenen İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk Tanılı Hastaların Birincil Bakım Vericilerinde Empati ve Psikolojik Dayanıklılık, Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ünsal G., Karaca S., Arnik M., Öz YC., Aşık E., Kızılkaya M., Duran S., Aydın S., Türk D. ve Şıpkın S. (2014). “Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri”. *Clinical and Experimental Health Sciences*, 4(2), 90-95.
- Valle MF., Huebner ES. and Suldo SM. (2006). “An analysis of hope as a psychological strength”, *Journal of School Psychology*, 44(5), 393-406.
- Vega P., Barbeito S., Azua SRD., Cengotitabengoa MM., Ortega IG., Saenz M. and Pinto AG. (2011). “Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women”, *Women’s Health*, 7(6), 663-676.
- Wang A., Bai X., Lou T., Pang J. and Tang S. (2020). “Mitigating distress and promoting positive aspects of caring in caregivers of children and adolescents with schizophrenia: Mediation effects of resilience, hope, and social support”, *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(1), 80-91.
- Yağmur T. ve Türkmen SN. (2017). “Ruhsal hastalığı olan hastalara bakım veren aile üyelerinde algılanan stres ve psikolojik dayanıklılık”, *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 542-548.

- Yakoobian MSF., Mamani AWD. and Mueser KT. (2009). "Predictors of distress and hope in relatives of individuals with schizophrenia", *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(2), 130-140.
- Yalçın S. ve Açıkgöz İ. (2014) "Sağlık bilimleri fakültesi son sınıf öğrencilerinin umutsuzluk düzeylerinin karşılaştırılması", *Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(26), 259-270.
- Yazıcı A., Saatçioğlu Ö., Coşkun S. ve Yanık M. (2010). "Bakırköy kronik ruhsal hasta rehabilitasyon formunun yapılandırılması", *Nöropsikiyatri Arşivi*, 47, 183-95.
- Yeloğlu ÇH. ve Hocoğlu Ç. (2017). "Önemli bir ruh sağlığı sorunu: bipolar bozukluk", *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8(30), 41-54.
- Yıldırım S., Yalçın N. ve Güler C. (2017). "Kronik ruhsal hastalıklarda bakımveren yükü: sistematik derleme", *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8(3), 165-171.
- Yıldız E. (2016). Kronik Psikiyatri Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yükleri ve Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Malatya.
- Yıldız MK. ve Ekin M. (2017). "Kanserli hastaya bakım veren aile üyelerinin bakım yükleri ve öfke ifade tarzları arasındaki ilişki ve etkileyen faktörler", *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 14(3), 176-184.
- Yılmaz, T. (2019). "Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının (DSM) Son İki Baskısı Arasındaki Değişikliklerin İncelenmesi". T. Yılmaz (Ed.). içinde *Psikoloji, Sosyoloji ve Coğrafya Bakış Açısından Sağlık*. (s. 1-19). Berikan Yayıncılık: Ankara.
- Zauszniewski JA., Bekhet AK. and Suresky MJ. (2010). "Resilience in family members of persons with serious mental illness", *Nursing Clinics of North America*, 45(4), 613-626.
- Zeren T., Tamam L. ve Evlice YE. (2003). "Elektrokonvülsif terapi (EKT): Bir genel değerlendirme", *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 12(4), 340-378.

EKLER

EK 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU

Değerli Katılımcı,

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ danışmanlığında yüksek lisans öğrencisi olan Şeyma ERKUŞ tarafından yürütülen “**Kronik Psikiyatri Hastalarının Birincil Bakım Verenlerinde Umut ve Psikolojik Dayanıklılık**” konulu tez çalışmasına katılmak üzere davet edilmektesiniz. Bu çalışma kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinde umut ve psikolojik dayanıklılığı inceleyerek birincil bakım verenlerin ruh sağlıklarının korunmasına ve geliştirilmesine katkıda bulunmak amacıyla yapılmaktadır.

Araştırmaya katılmayı kabul etmeniz halinde belirtilen konuda sizler için hazırlanmış olan “Tanıtıcı Bilgi Formu, Sürekli Umut Ölçeği ve Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” yöneltilen ve tahminen 20 dakika zaman ayırarak verilen soruları cevaplamamız istenecektir. Çalışmadan elde edilecek bilgiler araştırmacılar tarafından gizli tutulacak ve tamamen bilimsel amaçlı olarak kullanılacaktır. Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayalı olup herhangi bir zamanda herhangi bir nedenle ya da neden göstermeksizin araştırmadan çekilme hakkınız bulunmaktadır. Araştırma ile ilgili ek bilgilere ihtiyaç duymanız halinde sorular sorabilir ya da iletişim bilgilerinden araştırmacıya ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında sonuçlar ile ilgili bilgi almak isterseniz araştırmacıya iletebilirsiniz.

Yukarıda yer alan bilgileri okudum ve araştırmanın amacını, hak ve sorumluluklarımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının:

Adı - Soyadı:

İmza:

E-mail / Telefon:

Tarih:

Araştırmacının:

Adı - Soyadı:

İmza:

E-mail / Telefon:

Tarih:

EK 2. Tanıtıcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

Değerli Katılımcı,

Bu çalışma kronik psikiyatri hastalarının birincil bakım verenlerinde umut ve psikolojik dayanıklılığı incelemek amacıyla yapılmaktadır. Kendinize ya da bakım verdiğiniz hastaya yönelik kişisel bilgi belirtmenize gerek yoktur. Çalışmadan sağlıklı sonuçlar elde edilebilmesi, sorulara eksiksiz, gerçekçi ve içtenlikle cevap vermenize bağlıdır. Katkılarınız için teşekkür ederim.

Danışman

Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

Şeyma ERKUŞ

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi

Hemşirelik Anabilim Dalı

Yüksek Lisans Öğrencisi

BAKIM VERİLEN KRONİK PSİKIYATRİ HASTASINA AİT BİLGİLER

1. Hastanın tanısını belirtiniz:
2. Hastanın yaşını belirtiniz:
3. Hastanın cinsiyeti nedir?
1) Kadın () 2) Erkek ()
4. Hastanın medeni durumu nedir?
1) Hiç evlenmemiş () 2) Evli () 3) Eşi ölmüş () 4) Boşanmış/Ayrı yaşıyor ()
5. Hastanın eğitim durumu nedir?
1) Okuryazar () 4) Lise mezunu ()
2) İlkokul mezunu () 5) Üniversite mezunu ()
3) Ortaokul mezunu () 6) Okuryazar değil ()
6. Hastanın mesleğini belirtiniz:
7. Hastanın sosyal güvencesi var mı?
1) Var () 2) Yok ()
8. Hastanın çalışma durumu nedir?
1) Tam gün çalışıyor () 2) Yarım gün çalışıyor () 3) Çalışmıyor ()
9. Hastanın gelir durumunu nasıl değerlendiriyorsunuz?
1) Düşük () 2) Orta () 3) Yüksek ()
10. Hastaya tanı konduğundan bu yana geçen süreyi belirtiniz: ay/yıl
11. Hastanın hastalığı nedeniyle atak yaşama sayısını belirtiniz: ay/yıl

12. Hastanın hastaneye toplam yatış sayısını belirtiniz:
13. Hastanın sosyal işlevselliğinde bozulma var mı?
1) Evet () 2) Hayır ()
14. Hastanın mesleki işlevselliğinde bozulma var mı?
1) Evet () 2) Hayır ()
15. Hasta ilaçlarını düzenli olarak kullanıyor mu?
1) Evet () 2) Hayır ()
16. Hastanın daha önce intihar girişimi oldu mu?
1) Evet () 2) Hayır ()
17. Yanıtınız “Evet” ise kaç kez intihar girişimi olduğunu belirtiniz:
18. Bakım verdiğiniz hasta madde kullanıyor mu?
1) Evet () 2) Hayır ()
19. Yanıtınız “Evet” ise ne kullandığını belirtiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
1) Sigara () 2) Alkol () 3) Diğer (Belirtiniz)
20. Bakım verdiğiniz hasta başkalarına yönelik şiddet davranışları gösteriyor mu?
1) Evet () 2) Hayır ()

KRONİK PSİKİYATRİ HASTASININ BİRİNCİL BAKIM VERENİNE AİT BİLGİLER

1. Yaşınızı belirtiniz:
2. Cinsiyetiniz nedir?
1) Kadın () 2) Erkek ()
3. Medeni durumunuz nedir?
1) Hiç evlenmemiş () 2) Evli () 3) Eşi ölmüş () 4) Boşanmış/Ayrı yaşıyor ()
4. Eğitim durumunuz nedir?
1) Okuryazar () 2) İlkokul mezunu () 3) Ortaokul mezunu ()
4) Lise mezunu () 5) Üniversite mezunu ()
5. Mesleğinizi belirtiniz:
6. Sosyal güvenceniz var mı?
1) Var () 2) Yok ()
7. Çalışma durumunuz nedir?
1) Tam gün çalışıyor () 2) Yarım gün çalışıyor () 3) Çalışmıyor ()

8. Gelir durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
1) Düşük () 2) Orta () 3) Yüksek ()
9. Bakım verdiğiniz kronik psikiyatri hastası ile yakınlık durumunuz nedir?
1) Anne () 3) Kardeş () 5) Çocuk ()
2) Baba () 4) Eş () 6) Diğer (Belirtiniz)
10. Bakım verdiğiniz kronik psikiyatri hastasıyla aynı evde mi yaşıyorsunuz?
1) Evet () 2) Hayır ()
11. Hastaya ne kadar süredir bakım verdiğinizi belirtiniz: ay/yıl
12. Bakımından sorumlu olduğunuz başka hasta var mı?
1) Var () 2) Yok ()
13. Öncesine ait bakım verme deneyiminiz var mı?
1) Var () 2) Yok ()
14. Hastaya bakım verdiğiniz süre boyunca sizde ek bir hastalık oluştu mu?
1) Evet () 2) Hayır ()
15. Yanıtınız “Evet” ise ek hastalık olarak ne oluştuğunu belirtiniz:
16. Bakım verdiğiniz hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada kendinizi yeterli buluyor musunuz?
1) Evet () 2) Hayır () 3) Kısmen ()
17. Bakım verdiğiniz hastanın almış olduğu psikiyatrik hastalık tanısı ile ilgili bilgi düzeyinizi yeterli buluyor musunuz?
1) Evet () 2) Hayır () 3) Kısmen ()
18. Bakım verme nedeniyle günlük yaşamınızdaki sorumluluklarınızın etkilendiğini düşünüyor musunuz?
1) Evet () 2) Hayır () 3) Kısmen ()
19. Hastanın bakım gereksinimlerini karşılamada yardım alma durumunuzu belirtiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
1) Yardım almıyorum () 4) Arkadaşımdan yardım alıyorum ()
2) Eşimden yardım alıyorum () 5) Diğer (Belirtiniz)
3) Akrabalarımın yardım alıyorum ()
20. Kronik psikiyatrik hastalığı olan yakınıma bakım veriyor olmak konusundaki hislerinizi belirtiniz? (Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz)
1) Yorgun () 5) Üzgün () 9) Huzurlu ()
2) Korkulu () 6) Mutlu () 10) Yalnız ()
3) Güçlü () 7) Öfkeli () 11) Kaygılı ()
4) Çaresiz () 8) Cesur () 12) Diğer (Belirtiniz)

EK 3. Sürekli Umud Ölçeği

SÜREKLİ UMUT ÖLÇEĞİ

	Kesinlikle Yanlış	Çoğunlukla Yanlış	Oldukça Yanlış	Biraz Yanlış	Biraz Doğru	Oldukça Doğru	Çoğunlukla Doğru	Kesinlikle Doğru
1. Sıkıntılı bir durumdan kurtulmak için pek çok yol düşünebilirim.								
2. Enerjik bir biçimde amaçlarıma ulaşmaya çalışırım.								
3. Çoğu zaman kendimi yorgun hissederim.								
4. Bir problemin birçok çözüm yolu vardır.								
5. Tartışmalarda kolayca yenik düşerim.								
6. Hayatta önem verdiğim şeylere ulaşmak için pek çok yol düşünebilirim.								
7. Sağlığım için endişelenirim.								
8. Başkalarının ümitsizliğe kapıldığı durumlarda bile sorunu çözecek bir yol bulabileceğimi bilirim.								
9. Geçmiş yaşantıları beni geleceğe iyi hazırladı.								
10. Hayatta oldukça başarılıyım.								
11. Genellikle endişelenecek bir şeyler bulurum.								
12. Kendim için koyduğum hedeflere ulaşıyorum.								

Referans: Tarhan S. ve Bacanlı H. (2015). "Sürekli Umud Ölçeği"nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması", *The Journal of Happiness & Well-Being*, 3(1), 1-14.

EK 4. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ		
1. Beklenmedik bir olay olduğunda... Her zaman bir çözüm bulurum	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların... Başarılması zordur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır... Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum Diğer kişilerle birlikte	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı... Benimkinden farklıdır	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ... Hiç kimseyle tartışmam	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Arkadaşlarımla/Aile üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi... Çözmem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi... Nasıl başaracağımı bilirim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ... İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak Önemli değildir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim Çok mutlu	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Çok mutsuz
12. Beni ... Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim... Olduğuna çok inanırım	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum Ümit verici	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir... Zamanımı planlama	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir Kolayca yapabildiğim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yapmakta zorlandığım

17. Ailem şöyle tanımlanabilir ... Birbirinden bağımsız	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ... Zayıftır	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ... Çok fazla güvenmem	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ... Belirsizdir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ... Günlük yaşamımda yoktur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ... Benim için zordur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Benimi iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ... Geleceğe pozitif bakar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında... Bana hemen haber verilir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken Kolayca gülerim	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır: Birbirlerini desteklemez biçimde	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır Her şeyi umutsuzca gören bir	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Beni başarıya götürebilecek iyi
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ... Zordur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ... Bana yardım edebilecek kimse yoktur	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ... Başa çıkmaya çalışırım	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ... İşleri bağımsız olarak yapmayı	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ... Yeteneklerimi beğenirler	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Yeteneklerimi beğenmezler

Referans: Basım HN. ve Çetin F. (2011). "Yetişkinler için Psikolojik Dayamlılık Ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması", *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2). 104-114.

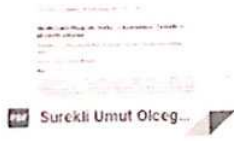
EK 5. Ölçek Kullanım İzinleri

SÜREKLİ UMUT ÖLÇEĞİ

4 Ağu 2020 Sal 17:35

İyi çalışmalar

--



YETİŞKİNLER İÇİN PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

20 Tem 2020 Paz 19:32

Alici' den

Merhaba. Ölçeği çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Ölçeğin yer aldığı makaleyi, makalenin sonunda yer alan ölçeğin word ortamındaki halini ve değerlendirme esaslarını içeren bilgi notunu ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.

EK 6. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İzni



T.C.
ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : 18920478-050.01.04-E.2000151077
Konu : Başvuru İncelemesi(Prof. Dr.
Aysun BABACAN GÜMÜŞ)

04/10/2020

Sayın Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ

Yürütücülüğünü yapmış olduğunuz "Kronik Psikiyatri Hastalarının Birincil Bakım Verenlerinde Umut ve Psikolojik Dayanıklılık" başlıklı 2011-KAEK-27/2020-E.2000120859 nolu projeniz ile ilgili olarak Klinik Araştırmalar Etik Kurulunun almış olduğu 23.09.2020 tarih ve 12-26 nolu kararı aşağıdadır.

Bilgilerinize rica ederim.

Karar Tarihi:23.09.2020

Karar No :2020-12

Karar-26)2011-KAEK-27/2020-E.2000120859 no'lu araştırma ile ilgili olarak, Proje yürütücüsü Prof. Dr. Aysun BABACAN GÜMÜŞ'ün çalışması Etik Kurul tarafından değerlendirilmiş olup; yapılan oylamada "**ETİK KURUL ONAYINI ALIR**" kararı verilmiştir.

EK 7. Bursa Halk Sağlığı Hizmetleri Başkanlığı Kurum İzni



T.C.
BURSA VALİLİğİ
İl Sağlık M¼d¼rl¼ę¼

00127109861

Sayı : 72873149-806.02.02
Konu : Araştırma İzin talebi (şeyma
ERKUş)

BURSA SAğLIK M¼D¼RL¼ę¼ HALK SAğLIğI HİZMETLERİ BAşKANLIğI ARAşTIRMA TALEPLERİNİ DEğERLENDİRME KOMİSYONU TOPLANTI TUTANAğI

Başkanlığımız Araştırma Taleplerini Değerlendirme Komisyonu, sunulan dosyanın Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼n¼n *“Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Alanında Yapılacak Olan Araştırma İzin / Onay Taleplerine İlişkin Değerlendirmeye Esas Teşkil Eden Kriterler”*e uygunluğunu değerlendirmek üzere 14.10.2020 tarihinde saat 14.00’da toplanmıştır.

Başvuru evrakları incelendiğinde, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Hemşirelik Anabilim Dalı’nda yüksek lisans öğrencisi olan şeyma ERKUş’un 12/10/020 tarihli dilekçesiyle, Çanakkale Onsekiz Mart Ünivesritesi Sağlık Bilimleri Enstit¼s¼ Hemşirelik Anabilim Dalı’nda görevli Prof. Dr. Aysun BABACAN G¼M¼ř danışmanlığında y¼r¼t¼len *“Kronik Psikiyatri Hastalarının Birincil Bakım Verenlerde Umut Ve Psikolojik Dayanıklılık”* başlıklı akademik tez çalışmasını 01.12.2020-31.06.2021 tarihleri arasında Bursa Osmangazi (H¼rriyet) Toplum Ruh Sağlığı ve Bursa Çekirge Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapabilmek için izin talep ettiği anlaşılmaktadır.

Komisyon tarafından yapılan değerlendirme sonucunda:

1. Yapılması planlanan çalışmanın Hasta Hakları Y¼netmelięine uygun bir şekilde y¼r¼t¼lmesi ve özellikle bu y¼netmelikte bahsi geçen *“Mahremiyete Saygı G¼sterilmesi”* ile *“Bilgilerin Gizli Tutulması”* hususlarına azami dikkat g¼sterilmesi kaydıyla yapılmasının komisyonumuzca kabul edilmesine,
2. Komisyonun çalışmasının yapılmasına ilişkin onayına, yapılan çalışmanın sonuç raporunun bir n¼shasının Halk Sağlığı Genel M¼d¼rl¼ę¼’ne iletilmek üzere iki n¼sha olarak Başkanlığımıza g¼nderilmesi hususunda kuruma bilgi verilerek tebliğine;

Oy birliği ile karar verilmiştir.

Ek:

- 1- Anket ve Ölçek Formları
- 2- Araştırma Formu
- 3- Araştırmacıya ve Araştırmaya Ait Bilgiler
- 4- Başvuru Formunun Doldurulması Esnasında Dikkat Edilecek Hususlar
- 5- Düzeltme Raporu
- 6- Etik Kurul Onayı
- 7- Sorumlu ve Araştırmacı Özgeçmişleri
- 8- ŞEYMA ERKUŞ TEZ ÇALI_Ustyazi_207333c3-6bdb-4af6-a668-6cacfcf183c7
- 9- Yönetim Kurulu Kararı



EK 8. Bursa Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı Kurum İzni



T.C.
BURSA VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

00132067515

Sayı : E-67508481-799
Konu : Şeyma ERKUŞ'un Tez Çalışma İzin
Talebi Hk.

BURSA ÇEKİRGE DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİNE

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Şeyma ERKUŞ'un Kurumunuza bağlı Bursa Osmangazi (Hürriyet) Toplum Ruh Sağlığı ve Bursa Çekirge Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapmak istediği "Kronik Psikiyatri Hastalarının Birincil Bakım Verenlerinde Umut ve Psikolojik Dayanıklılık" başlıklı tez çalışmasını ilişkin gerekli onayın verildiğine dair komisyon kararı ekte gönderilmiş olup, ilgili çalışmanın yapılması Başkanlığımızca da uygun görülmüştür.

Kararın ilgiliye tebliği ve çalışmanın tamamlanması akabinde hazırlanan sonuç raporunun bir nüshasının Başkanlığımıza gönderilmesini rica ederim.