

Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yakınlarının Bakım Yüğü ve Öfkeyi İfade Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Beklem Tutkulu

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsüne Hemşirelik
Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur.

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Haziran 2019
Gazimağusa, Kuzey Kıbrıs

Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Araştırma Enstitüsü onayı

Prof. Dr. Ali Hakan Ulusoy
L.E.Ö.A. Enstitüsü Müdür Vekili

Bu tezin Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarım.

Prof. Dr. Refia Selma Görgülü
Hemşirelik Bölüm Başkanı

Bu tezi okuyup değerlendirdiğimizi, tezin nitelik bakımından Hemşirelik Yüksek Lisans derecesinin gerekleri doğrultusunda hazırlandığını onaylarız.

Prof. Dr. Gülümser Kublay
Tez Danışmanı

Değerlendirme Komitesi

1. Prof. Dr. Gülümser Kublay

2. Doç.Dr. Hatice Bebiş

3. Yrd.Doç.Dr. Berna Arifoğlu

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bir psikiyatri hastanesine başvuran kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren kişilerin bakım yükü ile öfke ifade etme biçimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesidir.

Yöntem: Araştırma, kesitsel, tanımlayıcı korelasyonel tiptedir. Araştırmanın örneklemini bir psikiyatri ve sinir hastalıkları hastanesi polikliniğine başvuran kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren 110 hasta yakını oluşturmuştur. Veriler, hasta ve hasta yakınlarına ait tanıtıcı özelliklere ilişkin veri formu, Zarit Bakım Yükü Ölçeği ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanılarak, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme yoluyla, Ocak-Mayıs 2018 tarihleri arasında toplanmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan bakım vericilerin %60'ı kadın, %70.9'u evli, %40.9'u ilkokul mezunudur. Bakım vericilerin %44.5'i çalışmazken, %50'sinin geliri giderine eşittir. Bakım verenlerin %49.1'i hastalarıyla günde 13-24 saat arasında zaman geçirmektedir. Bakım verenlerin, bakım yükü ölçeğinden elde edilen toplam puan ortalamasının $53,40 \pm 15,46$ olarak orta düzeyin üzerinde olduğu ayrıca sürekli öfke, öfke içe, öfke dışı ve öfke kontrol seviyelerinin de orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bu çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarının bakım yükü düzeyi ile sürekli öfke, öfke kontrol, öfke içte ve öfke dışı alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmamıştır.

Sonuç: Bakım verenler orta düzeyin üzerinde bakım yükü yaşamaktadır. Bakım verenlerin sürekli öfke, öfke dışı, öfke içe ve öfke kontrol düzeyleri orta düzeyde tespit edilmiştir. Çalışmada çıkan sonuçlar değerlendirildiğinde bakım verenlerin, bakım yükünü hafifletecek desteğin sağlanması ve öfke ifade etme

biçimleri değerlendirilip, öfkeyi doğru ifade etme biçimlerinin öğretilmesi bakım yükünü azaltmada ve öfkeyi daha iyi yönetebilmesine katkı oluşturabilir. Bakım yükü ve öfke puanını etkileyen nedenlere yönelik derinlemesine çalışmalar yapılması önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Kronik Ruhsal Hastalık, Bakım Veren, Bakım Yükü, Öfke

ABSTRACT

Objective: This study aimed to investigate the relationship between the care burden of caregivers of individuals with chronic mental illness who present to a psychiatric hospital and the way they express their anger.

Methods: This research is a cross-sectional, descriptive correlational type. The sample for study included 110 caregivers who were staying with patient in psychiatric and neurological hospital outpatient clinic. Data for the study were collected face-to-face interviews by the researcher, using the Explanatory Information Form, The Zarit Caregiver Burden Interview, the Trait Anger and Anger Expression Scale.

Results: %60 of the caregivers who participated in the study were women. 70% of the participants is married. 40% of the participants is primary school graduates. 44.5% of the participants are unemployed, where as the remaining %50 of the participants have an equal income and expense. 49.1% of the caregivers spend between 13 to 24 hours a day with their patient. When added to the caregivers burden scale the total result average is 53,40 \pm 15,46. This result is above mid-grade and also has determined that their constant anger, anger towards self, anger towards others and anger management levels are also mid-grade. Between the burden level and constant anger, anger towards self, anger towards others and anger management subdimension points there has been no statistically significant difference.

Conclusion: The caregivers who have participated in the study experience above mid-grade patient burden. It has been determined that the participants constant anger, anger towards self, anger towards others and anger management levels are mid-grade. When all results evaluated, the caregivers care burden could be reduced

by support. Anger expression forms could be evaluated and instructing accurate anger expressions forms could help reduce caregivers care burden and could contribute in well anger management. Studies could be done to examine the effectors that cause burden and anger points.

Keywords: Chronic Psychiatric Illness, Caregiver, Care Burden, Anger

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim boyunca ve tez çalışmamın başından sonuna kadar desteğini ve bilgisini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım sayın Prof. Dr. Gülümser Kublay 'a;

Tez çalışmam boyunca sabırla beni yönlendiren, bilgi ve desteğini sağlayan değerli hocam Prof. Dr. Besti Üstün'e;

Yüksek lisans eğitimim süresince bilgi ve desteğini aldığım Yrd. Doç. Dr. Gülten Sucu Dağ'a;

Yüksek Lisans öğrenimim esnasında bilgi ve yorumları ile destek veren Doğu Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Başkanı Prof. Dr. Refia Selma Görgülü hocama;

Eğitim sürecim boyunca bana yardımcı olan, bilgi ve deneyimlerini bize aktaran tüm hocalarıma;

Veri toplama sürecimde yardımlarını esirgemeyen, Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekim, Başhemşire, poliklinik ve servis hemşirelerine ayrıca Uzm.klinik psikolog Perihan Bilgehan'a;

Bu çalışmada umudunu, umutsuzluğunu, kaygısını, korkusunu paylaşan ve onların dünyalarına girmeme izin veren hasta yakınlarına

Tez jürimde yer alan, bilgi ve önerilerini esirgemeyen çok değerli hocalarıma;
İstatiksel çalışmamda bana yardımcı olan Uzm. Hamza Fatih Sapanca 'ya;

Yüksek lisans eğitimim ve tez çalışmam boyunca deneyimlerini, bilgilerini ve desteklerini hissettiğim Uzm.Hem. Zişan Pekri'ye, Öğr.Gör. Gülcan Dürüst Sakallı'ya ve hemşire Aylin Kılıç'a;

Bu yola birlikte çıktığım çok değerli sınıf arkadaşlarım, Hemşire Melihat Buldaç'a, Hemşire Leyla Toklu'ya, Hemşire Demet Çetin'e sonsuz teşekkürler.

Ayrıca, tüm hayatım boyunca desteklerini her zaman yanımda hissettiğim aileme, eşime ve canım kızıma sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖZ	iii
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR.....	vii
TABLO LİSTESİ.....	xii
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiii
1 GİRİŞ	1
1.1 Problemin Tanımı ve Önemi	1
1.2 Araştırmanın amacı	5
1.3 Araştırma Soruları	5
2 GENEL BİLGİLER	7
2.1 Kronik Ruhsal Hastalıklar ve Epidemiyolojisi.....	7
2.2 Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yaşadıkları Güçlükler.....	9
2.3 Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler Ve Bakım Yüğü.....	11
2.4 Öfke İfade Biçimi.....	14
2.4.1 Öfke Yönetimi	16
2.5 Öfke Yönetimi ve Bakım Yüğü Arasındaki İlişki.....	20
2.6 Bakım Yüğüünün Azaltılmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rolü.....	21
3 GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1 Araştırmanın Tipi	25
3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı.....	25
3.3 Araştırmanın Evren ve Örnekleme.....	25
3.4 Verilerin Toplanması.....	26

3.4.1 Veri Toplama Araçları	26
3.4.2 Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Veri Formu	26
3.4.3 Zarit Bakım Yükü Ölçeği	27
3.4.4 Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği.....	27
3.5 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması	28
3.6 Verilerin Değerlendirilmesi.....	28
3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları	28
3.8 Araştırmanın Etik Boyutu	29
3.9 Araştırma Takvimi	30
4 BULGULAR.....	31
5 TARTIŞMA	44
5.1 Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	44
5.2 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması.....	45
5.3 Bakım Yükü ve Öfke Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Tartışılması.....	45
5.4 Bakım yükü ile Öfke İfade Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması..	47
5.5 Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	47
5.6 Hastaların Tanıtıcı Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması.....	50
5.7 Bakıcı Yaşı ile Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması	52
5.8 Hasta Yaşı ile Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması	53

6 SONUÇ VE ÖNERİLER	54
6.1 Sonuçlar	54
6.2 Öneriler	56
KAYNAKLAR	57
EKLER	68
Ek 1: Bakanlık İzni	69
Ek 2: Etik Kurulu Onayı	70
Ek 3: Ölçek İzinleri	71
Ek 4: Onam Formu	73
Ek 5: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği	75
Ek 6: Tanıtıcı Özellikler Formu	77
Ek 7: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	79

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=110)	31
Tablo 2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=110)	33
Tablo 3. Bakım yükü ve Öfke Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	34
Tablo 4. Bakım Verenlerin Yük Düzeyi İle Öfke İfade Etme Biçim Düzeyi Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları.....	35
Tablo 5. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 6. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 7. Bakıcı Yaşı ile Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları.....	42
Tablo 8. Hasta Yaşı ile Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları.....	43

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Araştırma Planı ve Takvimi.....	30
Şekil 2. Öfke İfade Etme Biçim Düzeyi ile Bakım Verenlerin Yük Düzeyi Arasındaki Korelasyon Regresyon Grafiği.....	35

Bölüm 1

GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı ve Önemi

Son yıllarda kronik ruhsal hastalıkların tedavisinde hastaların, hastanede kalış sürelerinin azaltılması, tekrarlı yatışların önlenmesi ve toplum içinde tedavi temel hedef olarak alınmıştır. Bu yaklaşım, kronik ruhsal hastalarının bakım gereksinimlerinin karşılanmasını sağlık bakım hizmeti veren sağlık kurumlarından aile içinde bakıma doğru yön değişmesine neden olmuştur. Bu değişim hasta yakınlarının daha çok sorumluluk almasına ve birincil (primer) bakım verici rolünü üstlenmesine neden olmuştur (1,8).

Kronik ruhsal hastalıklar, dünyada ve ülkemizde bireyde yeti yitiminin en önemli nedenlerindedir. Kronik ruhsal hastalıklarda yeti yitimine ek olarak damgalanma, toplumdaki uzaklaşma, yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik, sosyal, çevresel alanda düşük düzeyde olması, fiziksel sağlık sorunları ve rehabilitasyon kavramlarına ilişkin pek çok sorun yaşanmaktadır. Kronik psikiyatri hastalarının çoğu yaşamlarını, aileleri ile birlikte sürdürmekte ve bu kişiler kendilerinden beklenen rolleri yerine getirmede güçlük yaşamakta, uzun süreli aile bakımına ve desteğine ihtiyaç duymaktadır. Bakım verme sürecinde aile üyeleri sosyal yaşam ve üretim sürecinden uzak kalmakta, hastalık ile ilgili fiziksel, ruhsal, duygusal, sosyal ve ekonomik güçlükler yaşamaktadır. Tüm bu güçlüklerin ve güçlüklerle etkin baş etme yöntemlerinin kullanılmamasının bir sonucu olarak bakım veren aile üyeleri sosyal, duygusal, ekonomik, ve fiziksel alanlarda yük yaşamaktadır. DSÖ tarafından 2001

yılında yayımlanan raporda ruhsal sağlık sorunu olan bireylerin yakınlarında anlamlı düzeyde bakım yükü olduğu açıklanmıştır (1, 2, 3, 8, 4,5).

Bakım yükünü etkileyen birçok faktör vardır.Literatür incelendiğinde, bakım yükünü etkileyen tanımlayıcı özellikler (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu vb) hastaya ait ve bakım verene ait olarak iki grupta belirtilmiştir.Tanımlayıcı özellikler dışında bakım yükü ile ilişkili diğer faktörlere bakıldığında ise bakım yükü ile depresyon,anksiyete düzeyi ve ruhsal hastalık riski arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu; yaşam kalitesi, öz-yeterlilik düzeyi,hastaların işlevsellik düzeyleri ve sosyal destek düzeyleri arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Gülseren ve arkadaşlarının (2010) yapmış olduğu bir çalışmada, hastayla en fazla ilgilenen kişilerin çoğunu kadınlar, kadınların çoğunu da anneler oluşturmuş ve bakım veren bireyin kadın olması daha fazla yükü ile ilişkili bulunmuştur (5, 10, 30).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aile üyeleri, aile içi rollerine bir de bakım vericilik rolünün eklenmesiyle hissettikleri bakım yükü ve stresin bir sonucu olarak; anksiyete, umutsuzluk, öfke ,depresyon, uykusuzluk gibi psikolojik problemler yaşamaktadırlar (1,2,3,8).Yapılan araştırmalar gözden geçirildiğinde, kronik ruhsal hastası olan bireye sahip olan ailelerin öfke ve başetme sorunlarını daha çok yaşadığı saptanmıştır. Bakım verme zor bir süreç olup, bakım verenler engellenme duygusu yaşamaktadır.Bakım verenlerin yaşadığı öfke, ruhsal hastalığın olumsuz etkileri, hasta bireyin davranışları ve bu davranışlarla etkin baş edememek, aile içindeki rolünü yürütememe, tedavideki maddi sıkıntılar ile bağlantılı olduğu belirlenmiştir.Bademli ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada, ailelelerin yaşadığı sosyal, fiziksel ve duygusal yükün bakım verende öfkeye neden olduğu ve bakım yükü ile öfke arasında ilişki olduğu belirlenmiştir. MacNeil ve arkadaşlarının

(2009) çalışmasında ise bakım verenlerin, bakım yükü nedeniyle yaşadıkları öfke, bakım verenlerde anksiyete ve zarar vermeye meyilli davranışlara sebebiyet verdiği ve bakım verenlerde öfke düzeyi ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir (58). Bakım yükü arttıkça, bakım verenlerin öfke düzeyi artmakta veya bakım verenlerin öfkesi arttıkça bakım yükü de artmaktadır. Bu durumda bakım verenlerin öfke düzeyi arttığında ve doğru ifade edilmediğinde hem kendi hem de bakım verdikleri hasta birey için olumsuz etkiler yaratmaktadır (7, 8).

Bakım veren kişiler, kronik ruhsal hastalıkla ve ortaya çıkan güçlüklerle baş etmede yeterli bilgiye sahip olmadığı durumunda birçok sıkıntı yaşamakta ve bakım yükü artmaktadır. Bakım yükü ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi, hem bakım verenlerin yükünü azaltmakta hem de bakım verilen hastaların gereksinimleri karşılanmasını sağlayarak her iki grubunda yaşam kalitesini yükseltmektedir (5, 30). Bakım verenler, artan bakım yüküne bağlı yaşanan öfkenin kontrolü ve öfkenin doğru ifade edilebilmesi için bilgi ve desteğe ihtiyaç duyarlar (7, 36).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenler için sunulacak olan hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilme ve desteklenme bakım yükünü azaltacak ve tedavinin etkinliğini artırmada büyük önem taşımaktadır. Hasta ve bakım veren yakınlarına verilecek olan bilgilendirme ve eğitimlerde, ruh sağlığı profesyonellerinin ve özellikle psikiyatri hemşirelerinin büyük önemi ve sorumlulukları vardır (5).

Profesyonel destek sağlayan psikiyatri hemşirelerinin, bakım verenlere yönelik olarak primer rolü eğitim ve danışmanlıktır. Bu roller çerçevesinde, bakım verene ruhsal hastalık ve tedavisi hakkında bilgi, baş etme ve problem çözme becerilerinin kazandırılması, doğru öfke ifade etme biçimi, öfke kontrolünün sağlanması ve destek sistemlerinin oluşturulması gibi konularda bireysel ve grup psikoeğitimi planlayarak ve uygulayarak destek sağlar (44).

Yapılan çalışmalar incelendiği zaman, psikoeğitim verilen hasta yakınlarının, hastayı daha iyi kabullendiği, aile işlevlerinin olumlu etkilendiği, hastalık hakkında bilgilerinin arttığı ve bakım verenlerin stres ve yüklerinin azaldığı görülmüştür (3, 5).

Psikiyatri hemşirelerinin rol aldığı diğer bir uygulama ise, aileden aileye destek programlarıdır. Bu programlar, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinin sosyal ve duygusal açıdan birbirlerine destek olmalarını sağlayarak algılanan sosyal desteği artırdığı ve bakım yükünü azalttığı belirlenmiştir (9). Yıldırım ve ark. (2013) tarafından yapılan çalışmada, aileden aileye destek programı uygulanmış ve bakım verenlerin yüklerinin anlamlı düzeyde azaldığı belirtilmiştir. Uygulanan aile müdahalesi programlarının olumlu etkilerine rağmen yeterince sunulmadığı görülmektedir (70).

Kronik ruhsal hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonuna aile katılımını sağlamak, aile ile işbirliği kurma ve sürdürmede ekip yaklaşımına gereksinim vardır. Şizofreni hastalığı olan bireye bakım verme sürecinde hemşireler; hastalar ve ailelerle sürekli etkileşim halindedir. Hemşireler bu süreçte danışmanlık, eğitim, kaynak kişi rollerini gerçekleştirerek bakım verenlerin bakım yükünü azaltarak, yaşadıkları güçlüklerle, öfke duygularıyla baş etmeleri için stratejiler ve müdahaleler geliştirebilirler. Böyle müdahalelerin geliştirilebilmesi için bakım yükü ve öfke arasındaki ilişkisinin belirlenmesi önemlidir (2,3).

Bakım verenler ile ilgili ilk çalışmalar 1950'li yıllara kadar dayanmakta olup kronik ruhsal hastalıklarda ve onların bakım verenlerinde yapılmıştır. Günümüze kadar bakım yükü ile ilgili birçok çalışma yapılmış ve bakım yükünü etkileyen faktörler belirlenmeye çalışılmıştır. Buna rağmen bakım verenler halen daha geri planda kalmakta ve bakım verme sürecinde birçok güçlük yaşamaktadırlar (30).

Bakım yükü ile öfke ifade etme biçimleri arasında ilişkiyi belirleyen çalışmaların ve bakım yükünü azaltmaya yönelik deneysel çalışmaların artırılması ve kronik psikiyatri hastalarının ailelerine yönelik sürekliliği olan programların geliştirilmesi ve ruh sağlığı sistemi içinde yer alması önemlidir.

K.K.T.C’de bu konu ile ilgili herhangi bir çalışmaya ve uygulamaya ulaşılamamıştır. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım veren yakınları ile ilgili çalışmaların yapılması, bakım yükü ve öfke ifade etme biçimlerinin belirlenmesi ile ailelere yönelik uygulanacak müdahalelerin planlanması için önemlidir. Bu çalışma ile elde edilecek verilerin bu alanda yetersiz olan bilgi birikimine katkı vereceği ve hasta yakınlarının bakım yükünü azaltacak, ailelere yönelik müdahalelerin düzenlenmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.2 Araştırmanın amacı

Bu araştırma ile bir psikiyatri hastanesine başvuran kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren kişilerin bakım yükü ile öfke ifade etme biçimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

1.3 Araştırma Soruları

1. Araştırmaya katılan bakım verenlerin ve hastaların tanıtıcı özellikleri nelerdir?
2. Araştırmaya katılan bakım verenlerin bakım yükü ortalaması nedir?
3. Araştırmaya katılan bakım verenlerin sürekli öfke ifade tarzı ölçeği ve alt ölçekleri ortalaması nedir?
4. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükleri ile öfke ifade etme biçimleri arasında ilişki var mıdır?
5. Araştırmaya katılan bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü ve öfke ifade etme biçimleri arasında fark var mıdır?

6. Araştırmaya katılan hastaların tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü ve öfke ifade etme biçimleri arasında fark var mıdır?

Bölüm 2

GENEL BİLGİLER

2.1 Kronik Ruhsal Hastalıklar ve Epidemiyolojisi

Kronik ruhsal hastalıklar her toplumda, her sosyoekonomik düzeyde, her kültürde ve her coğrafi bölgede sık karşılaşılan sağlık sorunlarından. Şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve diğer psikotik bozukluklar, majör depresyon, bipolar bozukluk ve kronik obsesif kompulsif bozukluk kronik ruhsal hastalık olarak ele alınmaktadır (1, 2). Goldman ve arkadaşları (1981), kronik ruhsal bozukluğu; belirli tipte bir ruhsal hastalığı olan ve günlük yaşamın temel özelliklerinden (kişisel temizlik ve bakım, kendini idare etme, kişiler arası ilişkiler, sosyal yükümlülükleri yerine getirme, öğrenme ve eğlenme) üç ya da daha fazlasına ilişkin fonksiyonel yeterliliğe zarar veren ya da gelişimini bozan başka bir ruhsal bozukluğun olma durumu olarak tanımlamıştır (45).

Kronik ruhsal hastalıklar, dünyada ve ülkemizde bireyde yeti yitiminin en önemli nedenlerindedir (39). Yetiyitimine en fazla neden olan on hastalıktan beşi (depresyon, şizofreni, bipolar bozukluk, alkole bağlı sorunlar, obsesif kompulsif bozukluk) ruhsal hastalıklardır (39). Ruhsal sağlık sorunların yetiyitimine yol açan hastalıklar içinde önemli bir yer alması, hastalıkların uzun süreli olmasının yanı sıra artan kentleşme, toplumsal ilişkilerdeki değişim gibi nüfus ve demografik değişikliklerle de açıklanmaktadır (40). Kronik ruhsal hastalıklarda yetiyitimine ek olarak damgalanma, toplumdan uzaklaşma, yaşam kalitesinin fiziksel, psikolojik,

sosyal, çevresel alanda düşük düzeyde olması, fiziksel sağlık sorunları ve rehabilitasyon kavramlarına ilişkin pek çok sorun yaşanmaktadır (45).

Kronik ruhsal hastalıklar, fiziksel aktivitenin azalmasına ve olumsuz yaşam tarzı alışkanlıklarına neden olmaktadır. Tüm bunlara ek olarak uygulanan tedavi, fiziksel koşullar ve hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan negatif belirtiler ya da depresif duyu durumları fiziksel sağlık sorunlarına da neden olmaktadır (54).

Kronik ruhsal hastalıkların sık ve yaygın görülmesinin yanı sıra, çoğunlukla fark edilememesi ve bu nedenle etkin tedavi edilememesi sonucu bu hastalıkların toplumsal, ekonomik ve duygusal olarak maliyeti çok ağır olup, hastalıkların sıkıntılarını ise hasta yakınları ve sağlık personeli üstlenmektedir (38).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin sosyal destekleri, mesleki becerileri, toplum kaynaklarını kullanma ve günlük yaşam problemleriyle baş etme becerileri ile çevreye uyumları azalmış ya da kaybolmuş olabilir. Bu hastalar aile içinde ve toplumda kendilerinden beklenen rolleri yerine getirmede güçlük yaşadıkları için uzun süreli aile bakımı ve desteğini almak zorunda kalmaktadırlar (45).

Dünyada yapılmış en büyük epidemiyolojik çalışmalardan biri olan ve ABD’de “Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü” tarafından gerçekleştirilen “Epidemiyolojik Alan Çalışması”nda (Epidemiologic Catchment Area-ECA) en az bir ruhsal hastalığın toplumdaki bir aylık yaygınlığının %15 olduğu saptanmıştır. Aynı çalışmada en yaygın görülen ruhsal bozukluğun ise anksiyete bozuklukları olduğu ve toplumun %7’sinde görüldüğü bildirilmiştir. Cinsiyetlere göre bakıldığında ise, kadınlarda anksiyete bozukluklarının erkeklerde alkol ve madde kullanımının en sık görülen tanılar olduğu tespit edilmiştir (38).

Türkiye’de ruh sağlığı alanında planlama yapmak için Sağlık Bakanlığı desteği ile gerçekleştirilmiş ve konu ile ilgili bilgi sağlayan iki önemli çalışma

bulunmaktadır. ‘Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması’, Türkiye’de gerçekleştirilmiş en büyük ve en önemli epidemiyolojik çalışmalardan biri olup bu çalışma ile ruhsal bozuklukların yaygınlığı, risk etkenleri, yeti yitimi ve ruhsal hizmetlerin kullanımına ilişkin ilk kez ulusal düzeyde bilgilere ulaşılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına bakıldığı zaman, Türkiye’de nüfusun %18’inin yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirdiği bildirilmekte ve alkol bağımlılığı dışında tüm bozuklukların yaygınlığı kadınlarda erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (38, 39, 46).Sağlık Bakanlığı’nın yaptığı Türkiye Hastalık Yüğü Çalışması’nda da benzer bulgular ortaya çıkmıştır. Ulusal düzeyde hastalık yüğü nedenlerinin temel hastalık gruplarına göre dağılımı yapıldığında, kardiyovasküler hastalıklardan sonra %19 ile ikinci sırada psikiyatrik hastalık grubunun yer aldığı görülmektedir (46, 47).

2.2 Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yaşadıkları Güçlükler

Ruhsal hastalıklar bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarını olumsuz etkilemektedir. Bu duruma ek olarak bireyde sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmakta, bireylerin kişilik ve bireysel alışkanlıklarında değişmelere yol açmakta, toplumsal ilişkilerini olumsuz etkilemektedir (2, 3, 4, 5, 30).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireyler genellikle aileleriyle birlikte yaşamakta ve çoğunlukla iletişim, beslenme, boşaltım, uyku, öz bakım ve aile içi rollerini yerine getirme gibi günlük yaşam aktivitelerini sürdürmekte zorlanmakta, bu gereksinimlerin karşılanmasında ise birlikte yaşadıkları kişilere ve çevrelerine bağımlı hale gelmektedirler.Hasta bireylerin yaşamını etkileyen önemli sorunlardan bir diğeri ise işsizlik, çalışamama veya çalışma konusundaki isteksizliktir (41).

Günümüzde ruhsal hastalığı olan bireyler tüm dünyada büyük bir damgalanma ve ayrımcılık ile karşı karşıya bulunmaktadır. Bu bireyler damgalanma endişesi ile tedavi için sağlık kurumuna başvurmadan çekinmekte, tedaviye

başlandığında ise toplum tarafından dışlanmaları iyileşme süreci için önemli bir engel oluşturmaktadır (41). Taşkın ve ark.'nın (2002) yaptıkları bir çalışmada toplumun hastalarla belirli mesafede olduğunu, hastalara karşı reddedici, dışlayıcı, ayrımcı ve kısıtlayıcı tutumlar sergilendiği belirtilmiştir (48). Hasta birey kendisini ruhsal hastalığından dolayı, toplum tarafından olumsuz yargılandığını hissetmesi ve bunun sonucunda değersizlik, reddedilme endişesi, ümitsizlik, utanç, işe yaramazlık ve özgüvende azalma gibi olumsuz duygularla kendisini toplumdan geri çekmesi ve kişiler arası ilişkilerinde azalma sonucunda benlik saygısında düşme görülmektedir . Toplumda ruhsal hastalığı olan bireylere karşı olumsuz tutumlar, bireylerin sosyalleşmesini engellerken, evlenme, çocuk sahibi olma ve çalışma haklarını, işe alınmalarını, ev kiralamalarını ve diğer insanlara yakın yaşama, komşuluk yapma olanaklarını kısıtlamaktadır. Bu durum hastanın toplumsal ilişkilerden iyice kopmasına ve bunlara bağlı olarak hastalıkla etkin baş edememesine yol açmaktadır (42).

Ciddi ruhsal hastalığı olan hastaların kültürel etkenlerin etkisinden de kaynaklı olarak cinsel işlevleri hakkında yetersiz veri bulunmakla birlikte kullanılan ilaç tedavileri özellikle antidepresan ve antipsikotiklerin yan etkileri ve ruhsal hastalıkları nedeniyle etkilenen yaşam kalitesi cinsel işlev bozukluğuna neden olmaktadır. Şizofreni, bipolar bozukluk, zeka geriliği, madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi kronik ruhsal hastalıklarda ilişki kurma, cinsel işlevler ve cinsel sorunlar hakkında konuşabilmek olumsuz etkilenmektedir (50).

Tedaviye uyum sorunları, birçok kronik hastalıkta görülmekle birlikte ruhsal bozukluklarda görülme oranı daha yüksektir. Tedaviye uyum sorunu yaşayan hastalarda, atakların artması, hastane yatışlarının tekrarlanması ve hastalığın

prognozunun olumsuz yönde etkilenmesi ile mesleki ve ailesel sorunlar oluşmakta, hastanın yaşam kalitesi düşmektedir (49).

Genel olarak bakıldığı zaman bireylerin yaşadığı güçlüklerin tedaviye uyum sorunları, madde kullanımı, özkıyım riski, ailevi sorunlar, damgalanma, sosyal ve mesleki becerilerin kaybı, ekonomik güçlükler, özgüven kaybı gibi geniş bir alana yayıldığı ve yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen sorunlar olduğu görülmektedir (41).

2.3 Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler Ve Bakım Yüğü

Son yıllarda şizofreni başta olmak üzere kronik psikiyatri hastalarının toplum içinde tedavi edilmesi anlayışının gelişmesi ailelerin hastaların bakımında daha fazla sorumluluk almalarına neden olmuş, hasta yakınları tanımadıkları ve hazır olmadıkları birincil bakım verici rolünü üstlenmek durumunda kalmışlardır. Şizofreni gibi ağır psikiyatrik hastalığı olan bir birey ile yaşama ve evde bakımını desteklemek aile bireylerinin fiziksel, sosyal, ekonomik, duygusal yönden güçlük yaşamalarına neden olmaktadır (11).

DSÖ tarafından 2001 yılında yayınlanan raporda, dünya nüfusunun %25'inde bir ruhsal sağlık sorunu bulunduğu ve bu kişilere bakım veren yakınlarının ruhsal hastalıktan dolayı anlamlı düzeyde yük ve stres yaşadıkları açıklanmaktadır (43). Bakım yükü ile ilgili ilk çalışmalar kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarında yapılmıştır. Bakım yükü özellikle kronik hastalıkları olan bireylerin yakınlarında gelişen yeti yitimine bağlı yaşadıkları fiziksel, duygusal, sosyal veya ekonomik güçlüklerin bütünü olarak tanımlanır. Yük kavramı objektif ve subjektif yük olarak ikiye ayrılmıştır. Objektif yük duygusu hasta bireyin rollerini ve sorumluluklarını yerine getirmemesi durumunda bakım verenin yaşadığı fiziksel,

ekonomik sıkıntılar, sosyal yaşamın ve günlük aktivitelerin değişmesidir. Subjektif yük duygusu ise bakım verenin yerine getirdiği sorumluluklardan dolayı yaşadığı duygusal ve psikolojik sorunları, bakım verenlerin yaşadıkları suçluluk, öfke, depresyon, endişe, ümitsizlik, geleceğe yönelik kaygı gibi duygusal sıkıntıları kapsamaktadır (3, 6, 9, 10, 11, 15, 30)

Bakım yükü bir de ekonomik, fiziksel, sosyal ve duygusal yük olarak gruplandırılmaktadır. Ekonomik; hasta bireylerde oluşan yetiyitimi nedeni ile veya toplumun ruhsal hastalıklara karşı damgalayıcı ve dışlayıcı bakış açısı nedeniyle hasta bireyler çalışamaz duruma gelmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireye bakım verenler ise bakım verme sürecinin kontrolsüzlüğü nedeni ile kendi işlerini ihmal etmekte ve gelir kaybı olmaktadır. Ayrıca tedavi masrafları nedeniyle de gelir kaybı ve ekonomik güçlükler yaşanmaktadır (45).

Sosyal yük; bakım vericiler genellikle tüm gün hasta bireyden sorumlu olup hasta ile birlikte vakit geçirmektedir. Bu durum bakım verenin kendilerine ait hiç zaman ayırmadıklarını göstermektedir. Ailelerin sosyal gezilerinde ve aktivitelerinde azalma yaşanmaktadır (45, 15). Eliüşük (2008) yaptığı çalışmasında ailelerin algıladıkları sosyal destek arttıkça bakım verenlerin umutsuzluk puanlarının düştüğü görülmektedir (3).

Duygusal yük; ruhsal hastalıklar bakım veren için duygusal maliyeti yüksek olan hastalıklardır. Bakım verenler, bakım sürecinde duygusal gerilim yaşamaktadır. Genellikle bu duygusal gerilim hissi; endişe, korku, damgalanma, utanç, üzüntü ve suçluluk belirtilerini içermektedir (15).

Bakım verenlerin yaşadıkları yük arttıkça ruhsal sağlık durumlarında olumsuz yönde etkilendiği görülmektedir (1). Kronik ruhsal hastalıklar bakım veren yakınlarına, psikolojik, sosyal ve ekonomik yük getirmekle kalmayıp aynı zamanda

fiziksel hastalık riskini de arttırmaktadır (2). Bakım verenlerde, bakım verme sürecinde fiziksel ağrılar görülebilmektedir. Bakım veren bireyler sigara ve alkol kullanımına yönelebilmektedir. Bakım verme sürecinde birey, uykusuzluk, yorgunluk, iştah kaybı, baş ağrısı ve sindirim sorunları gibi fiziksel rahatsızlıklar yaşamaktadır (45).

Bakım yükünü etkileyen birçok faktör vardır. Yapılan çalışmalarda bakım yükünü etkileyen tanımlayıcı özellikleri (cinsiyet, yaş, medeni durum, çalışma durumu vb.) hastaya ait ve bakım verene ait olarak iki gruba ayırmaktadır. Bakım verenin yaşının genç, eğitim düzeyinin düşük olması, hastanın erkek, bakım verenin kadın olması bakım yükünü arttırmaktadır. Ak ve arkadaşlarının (2012), kronik ruhsal hastalığı bulunan hastalara bakım verenlerin bakım yüklerini değerlendirmek amacıyla yaptığı çalışmada bakım verenlerin eğitim düzeyinin düşük olması bakım yükünü artıran faktörler arasında bulunmuştur. Ayrıca bakım verenin baş etme yöntemleri etkisiz olduğunda, depresyon, anksiyete ve öfke düzeyleri artmakta bu durumda bakım yükünün artmasına neden olduğu ortaya konulmuştur. Hastaya ait faktörler incelendiğinde hastanın kendi bakımına ve tedavisine katılmaması, hastanın işlevsellik seviyesinin azalması bakım yükünü arttırmaktadır (6, 30). Çetin ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık durumlarının artması bakım verenlerin yaşadığı bakım yükünü azalttığı görülmüştür (55).

Kronik ruhsal hastalığın tanı süresi ve hastanın hastaneye yatış sayısı arttıkça bakım yükünde arttığı belirtilmiştir (18).

Bakım verme, zor ve bakım verene ağır yükler getiren bir süreçtir. Kronik ruhsal hastalıklar ise yoğun ve uzun dönem sıkı takip gerektirmektedir. Bu durum bakım verenin yaşam kalitesini azaltmakta ve sağlığını, işlevselliğini olumsuz

etkilemektedir (15). Harmancı ve Duman (2016) yaptıkları çalışmada bakım verenlerin duygusal, fiziksel ve ekonomik yükleri arttıkça ruhsal sağlık sorunlarının da arttığını belirtmişlerdir (1). Tel ve Pınar (2013) ise yaptıkları çalışmada kronik ruhsal hastalığı olan bireye primer bakım verenlerin %41.8'inde depresyon belirtilerinin görüldüğünü ve bakım verenlerde depresyon ile tükenmişlik yaşandığını belirtmişlerdir (51).

2.4 Öfke İfade Biçimi

Öfke, günlük yaşantıda etkin olan istenmeyen sonuçlara, karşılanmayan beklentilere çevresel uyaranlara ve engellenmelere verilen doğal, evrensel duygusal tepkidir. Diğer birçok duygu gibi öfke de anlaşılabilen, etkin bir biçimde kontrol edildiğinde işlevsel bir duygudur. Öfke duygusu ifade edildiğinde ve yönetildiğinde bireyi olumlu yönde güdüleyici etkisi olabilmektedir. Ancak öfkenin kontrol edilmediği durumlarda davranışlara yansiyarak kişiler arası iletişimi bozmakta, bireyin kendisine ve çevresine zararı olabilmektedir. Öfkenin en tehlikeli sonuçlarından biri de şiddet içeren davranışlardır (31, 32, 34).

Öfke güçlü bir duygudur ve baş edilemediğinde bireyde ciddi sağlık sorunları ortaya çıkabilir. Özellikle immün sistem, kalp damar hastalıklarına, mide bağırsak sistemi hastalıklarına (ülser, kolit) ve migrene neden olabilir. Bunlara ek olarak sigara kullanma, madde bağımlılığı, yeme bozuklukları, depresyon ve düşük benlik saygısı gibi sorunlar da ortaya çıkabilir. Öfkenin bastırılma durumunda ise pasif agresif davranışlara yol açabilir (31, 35).

Yapılan çalışmalarda öfke ve saldırganlığın kadınlara oranla erkeklerde daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun nedeni ise kültür kaynaklı her iki cinsiyetin yetiştirilme tarzı ve toplumun onlardan beklentilerinin farklı olmasıdır. Erkeklerle bu

duygu izin verilip yakıştırılırken, kadınların daha sıcak ve destekleyici olması öfkesinin bastırılması öğretilmiştir (32,33,34).

Öfkeye neden olan birçok etmen vardır. Bu etmenlerin başında bireylerin engellenme ile karşılaşmasıdır. Hayat şartları, sorumlulukların getirdiği yükler, başkaları tarafından kendisine haksız biçimde davranıldığını hissetme, aile üyeleri, arkadaşlar veya toplum tarafından rededilme duygusu insanı engeller ve öfke yaratır (32). Diğer nedenlere bakıldığında, saldırıya uğrama, tehdit edilme, yoksun bırakılma, kısıtlanma olarak görülmektedir (32).

Sonuç olarak, öfke iki temel nedenden kaynaklanabilir. Birincisi bireyin kendisinden; ikincisi ise karşısındaki bireylerin onda oluşturduğu duygulardan ortaya çıkabilir (32).

Bireylerin öfke ifade etme biçimi, öfkenin farklı şekillerde yaşanması olarak tanımlanır. Her bireyin öfke ifade etme şekli farklı olabilir. Literatürde öfke ifade etme biçimleri ‘öfke içe’ ve ‘öfke dışa’ olarak gruplanmıştır. Bazı bireyler öfkesini içine atabildiği gibi dışa da yönlendirebilmektedir. Bazıları ise bireysel savunma mekanizmaları ile kontrol etmeye çalışırlar. Birey öfkesini kendi bedenine yöneltiyorsa veya bastırıyorsa öfke içe olarak tanımlanır. Birey öfkesini diğer insanlara, nesnelere ve çevreye yönelik ifade ettiğinde ise öfke dışa olarak tanımlanır. Dışa olan öfke, durumsal öfke düzeyinin fazla olduğunu ve saldırgan davranışı içine alır. (32).

Saldırgan davranış; dışa öfke ifade biçimi olup istenmeyen, yıkıcı olan ifade şeklidir. Fiziksel ve sözel olarak saldırgan davranışlar görülebilmektedir.

Öfke esnasında gösterilen fiziksel tepkiler çeşitlidir. Bunlara örnek; kas geriliminin artması, kaşların çatılması, surat asma, kızaran yüz, titreme, terleme, baş

agrsısı gibi belirtilerdir. Fizyolojik belirtiler istem dışı olup bunları kontrol etmek güçtür (32).

Öfke yararlı olabilen bir duygu olmasına karşın uygunifade edilemedėinde yıkıcı etkilere de yol açabilir. Yıkıcı fke, ev içi şiddet, fiziksel ve sözel taciz gibi sorunlara neden olabileceği gibi birçok sosyal ve kişisel problemin de ortaya çıkışında rol oynar. İş ve aile yaşantılarına ilişkin ciddi sorunların ortaya çıkmasına neden olur. Öfke ile etkin bir biçimde baş edememe sonucunda kişilerde sigara kullanma, madde bağımlılığı yeme bozuklukları ve depresyon gibi sorunlar ortaya çıkabilir (31).

2.4.1 Öfke Yönetimi

Öfke yönetimi; bireyin kişiler arası ilişkilerinde, öfke kontrolünün ne lde olduğunu veya ne kadar sakinleşme eğiliminde olduğunu belirtir. Öfke yönetiminde kullanılan yöntemler çok çeşitli olup, önemli olan ise bireysel olmasıdır. Bireyin gereksinimleri belirlenip bu gereksinimlere uygun yaklaşımın bulunması önemlidir (31, 32).

Öfkenin sağlıklı bir şekilde yaşanıp yaşanmaması, bireyin hem fiziksel yapısıyla hem de kişiler arası iletişimini de etkilemektedir. Yaşanan duygular yok edilemez ancak düzenlenebilir ve kontrol edilebilir olduğu bilinen bir gerçektir. Bu sebeple öfke yönetiminde bireylerin kendi öfke duygusunu tanıyabilmeleri ve öfkelerini kontrol edebilmeleri önemlidir (32). Sağlıklı ve yararlı bir öfke için öfkenin varlığının kabul edilip tanınması öfke yönetiminde en önemli adımdır. Birey öfkeye neden olan ve öfke ifadesini etkileyen biyolojik ve fizyolojik yapının, mantıklı ve mantık dışı inançlarının, içinde yaşadığı ortamın ve aile, kültür gibi çevresel etkenleri bilmesi ile öfkesini tanımış olacaktır (32).

Bireyler öfkeleri ile başa çıkmak için bilinçli veya bilinçsiz birçok yol kullanmaktadır. Bunlar; bastırma, sakinleştirme ve ifade etme olabilir. Diğer bir yol ise öfkenin bastırılıp daha yapıcı, olumlu davranışlara dönüştürülmesidir (31, 32, 34, 35).

Öfke ile başa çıkmada birçok yaklaşım teknikleri kullanılmaktadır. Genel olarak öfke kontrol yöntemleri; bilişsel, duygusal, iletişim ve davranışsal boyutları içerir (57).

Bir kısım çalışmalar basit davranışlar ve düşünceler üzerinde durmaktadır. Bu tür yöntemlerde, bireyin öfkeli ve saldırgan davranışlarını etkileyen çevresel özelliklerin değiştirilmesi, daha uygun davranışların kazanılması, öfkenin kaynaklarının ve sonuçlarının kaydedilmesi, saldırgan davranışların dikkatin dağıtılması ya da espri yoluyla azaltılması gibi sonuçlar hedeflenmektedir. Bireyler olaylara daha gerçekçi yaklaştıklarında ve gevşeme tekniklerini kullandıklarında öfke davranışının kontrol edilmesi ve azaltılması sağlanacaktır (31, 32).

Öfkenin kontrol edilmesinde bilişsel yöntemlerde ilk adım kişinin kendi çabalarının değişim için temel unsur olduğunu bilerek, öfkenin bedensel, ruhsal, davranışsal belirtilerinin fark edilmesi ve kişinin kendi kendisini yönetebilmesi için gerekli becerilerin kazanılmasıdır. Diğer adımda ise öfkeye neden olan etmenleri ve bireyin öfke nedeniyle kendisine ve çevresine sergilediği davranışları farketmesi gerekmektedir (57). Öfke duygusu yaratma potansiyeli olan durumların hayal edilmesi ve bu durumlar karşısında duyarsızlaşmak için egzersiz yapılması etkin çözümlerden biridir. Diğer yandan öfkenin ortaya çıkmasına neden olan olumsuz düşünceleri daha işlevsel olanları ile değiştirmek öfke duygusunu azaltacaktır (32).

Öfke duygusu ile başa çıkmak için empati yeteneğinin gelişmesi önemlidir. Başkalarının bakış açısını farketmek, kişinin öfke duygusunu daha iyi anlamasını

sağlar ve engelleyici durum karşısında dayanma gücünü artırır. Öfke ile başa çıkmada hayal kurma yöntemi de kullanılabilir. Hayal kurma kişinin öfkesini kontrol etmesinde bir güvenlik işlevi görür. Hayallerde engelleyici kişi ya da duruma karşı istenilen tepkiyi verebilme özgürlüğü vardır. Ancak hayal kurma durumunun uzatılması öfkeyi dışa yansıtmada olumsuz etki yapabilir (32).

Öfke davranışının ortaya çıkmasında, kişilerarası ilişkiye ait birçok sorunun ve yetersiz problem çözme becerilerinin etkili olduğu bilinmektedir. Bu durumda öfkeden korunmayı ve azaltmayı hedefleyen bazı yaklaşımlarda etkili iletişim becerileri, atılgan davranışların kazanılması, sosyal beceri eğitimi, sosyal desteklerin kullanımı, empati becerisi, çatışma çözümleri ve duygusal kontrolün artırılması gibi kişilerarası ilişkilerde etkin olmayı kolaylaştıran beceri eğitimleri önemlidir (31).

Öfkeyi kontrol etmek için etkili iletişim becerilerinde kullanılması gereken teknikler vardır. Bunlar;

- Atılganlık (kendini uygun ifade etme)
- Dinleme
- Tartışma (İki insan arasındaki çatışmayı fikir birliğine vararak çözmeye)
- Eleştirme (Yapıcı eleştiri yapabilme ve alabilme becerisi)
- Yansıtma (Kişinin, davranışının kabul edilemez olduğunu algılama sorumluluğunu alma becerisi) olarak belirtilmiştir (57).

Bireyin kontrol kaybı yaşayabileceği durumlarda gerçekçi ve yardım sağlayacak seçenekler sunulmalıdır. Bunlar;

- Fiziksel (egzersiz, yürüyüş, nefes egzersizi vb)
- Bilişsel (kitap okuma, resim yapma, film izleme)
- Sosyal (arkadaşlarla konuşma veya yalnız kalma)
- Çevresel (uyaranların azaltılması, müzik dinleme)

- Spritüel (dua etme, yoga, meditasyon) aktivitelere katılım sağlamaktır (35).

Öfke kontrolünü sağlamaya yönelik öneriler;

- Evrensel bir duygu olarak öfkenin kabulü: Öfke, evrensel bir duygudur. Bireylerin öfkesi ile başedebilmesi, daha az zarar görüp olumlu deneyimler yaşayabilmesi için öncelikle öfke duygusunun normal sağlıklı bir duygu olduğunu ancak ifade edilişi nedeni ile olumsuz bir duygu olarak kabul edildiğine inanması gerekir. Her insan kendi duygularından sorumlu olduğu için birey, öfkeli olduğunu kendi kendine itiraf etmeli ve kabul etmelidir.
- Öfke duygusunun getirdiği enerjiyi doğru şekilde kullanma: Öfke duygusu yaşandığında, birey ortaya çıkan enerjiyi iyi yönde kullandığında olumlu kazanımlar elde edecektir. Öfkeyi içte tutma ve dışsallaştırma davranışlarının yerine öfke kontrolünü sağlamaya yönelik adımlar atma önemlidir.
- Öfke nedenlerinin belirlenmesi: Birey, “beni öfkeliendiren asıl sorun ne?”, “neden bu kadar öfkeliyim?” sorularını kendisine sorarak; öfkesini başlatan tutum, olay, davranış, kişi ve duyarlı olduğu yanları tanımalıdır.
- Öfkenin ifade edilme biçimleri ve uygun ifade etme yolu: Bireyin öfkelenmesine neden olan durumlar karşısında nasıl davrandığını ve bu davranışlarının doğru olup olmadığını değerlendirmesi, uygun olmayan ifade yollarını kullanıyorsa tekrar gözden geçirmesi gerekir. Öfkeyi atılgan olarak ifade etme becerisini geliştirmeye yardımcı olacak yollar denenmelidir. Duyguları ima ederek değil, doğrudan ifade etme yolu seçilmelidir. Karşıdaki kişiyi baskılama, fiziksel olarak atağa geçme,

saldırma gibi olayı çözümsüzlüğe götüren eylemlerden uzak durulmalıdır. Karşıdaki bireyle iletişimin kurulabileceği uygun ortam yaratılmalıdır.

- Öfke duygusu ile etkili başetme yöntemleri geliştirme ve soruna yönelik uygun çözümler bulma: Birey öncelikle öfkelenmesine neden olan durumları belirleyerek kendisini bu durumlardan korumalıdır. Öfkelenmesine neden olan olaylarla karşılaştığı zaman ise, nasıl çözümleyeceğini düşünmeli ve uygun ifade etmesine yardımcı olacak farklı alternatifler aramalıdır. Öfkenin azaltılmasında gevşeme yöntemlerini kullanmak ve rahatlama becerilerini geliştirmek etkili bir yoldur. Savunmadan dinleme, sakinleşmeye çalışma, öfkeye neden olan tutumların farkına vararak çözüm arama, stresle başetme yöntemlerini öğrenme, öfke duygusu ile uygun olarak başetmeyi geliştirici uygulamalardır. Ayrıca değiştirilemeyen şeyleri kabul etmeyi öğrenmek ve kontrolünüz dışında olanı bırakmayı öğrenmek etkili yöntemlerdendir (59).

2.5 Öfke Yönetimi ve Bakım Yükü Arasındaki İlişki

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğu aileleri ile birlikte yaşamını sürdürmektedir. Yukarıda da belirtildiği gibi bakım verenler çeşitli fiziksel, ruhsal, sosyal ve ekonomik güçlükler yaşamaktadırlar. Bu güçlükler bireyde anksiyete, umutsuzluk, öfke, utanç, korku gibi duygular yaşanmasına neden olmaktadır (1).

Bakım verenlerin yaşadığı ortak duygulardan biri de öfke duygusudur. Kronik ruhsal hastalığı olan bireye bakım verme zor bir süreç olup bireyler engellenmeler yaşamaktadır. Bakım veren kişinin öfke düzeyi arttığında ve doğru ifade edilemediğinde hem kendi hem de bakım alan kişi olumsuz etkilenecektir (7,8).

Bakım verenlerin iyilik hali doğrudan kendilerini dolaylı olarak da hastaları etkilemektedir (56).

Bademli ve arkadaşlarının (2017) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarına bakım verenlerin yükleri ile öfke düzeyleri arasında pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur. Bakım verenin erkek, bekar ve bakım süresinin 1-5 yıl arasında olması öfke düzeyininin yüksek olmasına neden olmaktadır (7).

Hasta bireyin davranışlarının nedenlerini ve bu davranışlarla nasıl başa çıkılabileceğini bilmemek bakım verende öfke düzeyini artmasına neden olmaktadır (7).

Yıldırım ve arkadaşları (2017) yaptıkları çalışmalarında bakım yükü ile öfke ifade etme biçimleri arasındaki ilişkinin pozitif yönde olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmada fiziksel, sosyal ve duygusal yük arttıkça bakım verenin öfke içe ve öfke dışı puanlarında arttığı belirtilmiştir. (8).

MacNeil ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında ise bakım verenlerin, bakım yükü nedeniyle yaşadıkları öfke, bakım verenlerde anksiyete ve zarar vermeye meyilli davranışlara sebebiyet verdiği ve bakım verenlerde öfke düzeyi ile depresyon arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir (58).

Görüldüğü gibi öfke düzeyi arttıkça bakım yükü de artmakta ya da bakım yükü arttıkça öfke düzeyi de artmaktadır. Bakım yükünün azaltılmasına yönelik yapılacak müdahalelerde bakım verenin öfke ifade etme biçimlerinin belirlenip uygun öfke yönetiminin öğretilmesi önemlidir.

2.6 Bakım Yükünün Azaltılmasında Psikiyatri Hemşiresinin Rolü

Bakım verenler, kronik ruhsal hastalıkla ve karşılaşılan çeşitli güçlüklerle baş etmede, yeterli bilgi ve donanıma sahip olmaması durumunda birçok sıkıntı ve yük yaşamaktadır (5). Yükün belirlenmesi, hem bakım verenlerin yükünün azaltılması

hem de bakım alanların gereksinimlerinin karşılanmasını dolayısıyla her iki grubun yaşam kalitesinin yükselmesini sağlayacaktır (30).

Yapılan çalışmalarda kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ile öfke arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu belirtilmiştir. Artan bakım yüküne bağlı olarak bakım verenler öfke duygusu yaşamaktadır. Bireyler öfke ile başedemedikleri durumlarda ortaya çıkan olumsuz etkiler hem bakım vereni hem de hasta bireyi etkilemektedir. Bakım verme sürecinde yaşananları öfkeyi, öfkenin doğru ifade biçimi ve öfkeyi kontrol etmek için bilgi ve desteğe ihtiyaç duyulmaktadır. Psikiyatri hemşirelerinin bu yönde yapacağı girişimler, öfke kontrolü ve yönetimini geliştirerek bakım verenlerin öfkelerini doğru ifade etmesini sağlayacak ve hasta bireyin de aldığı bakım kalitesi artıracaktır (7, 36).

Kronik ruhsal hastalığı olan bireye bakım verenlerin, hastalık ve tedavi hakkında bilgilendirilmesi ve desteklenmesi bakım yükünü azaltmada ve tedavinin etkinliğini artırmada büyük önem taşımaktadır. Hasta ve bakım verenlere yapılacak bilgilendirme ve eğitimlerde onlarla çalışan ruh sağlığı ekibine ve özellikle psikiyatri hemşiresine önemli sorumluluklar düşmektedir (5).

Hemşireler Birliği (ANA)'nin yaptığı tanıma göre "Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşiresi; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren ruh sağlığı profesyonelidir" (53).

Psikiyatri hemşiresi hastanın sağlığı ya da durumuna uygun olan kapsamlı verileri toplar, risk düzeyini de içeren tanıları ya da problemleri ve beklenen sonuç kriterlerini belirler, beklenen sonuç kriterlerine ulaşmak için stratejiler ve plan geliştirir. Belirlenen planı uygular ve beklenen sonuç kriterlerinin ulaşılmasına yönelik ilerlemeyi değerlendirir (53).

Profesyonel destek sağlayan psikiyatri hemşiresi, yatan hasta servislerinde, psikiyatri polikliniklerinde ve toplum sağlığı hizmetlerinde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenleriyle çalışmaktadır (44).

Bütüncül bakım anlayışının gelişmesi ile birlikte psikiyatri hemşireliğinin rolleri ve uygulama alanları da bireysel gereksinimler doğrultusunda sürekli gelişmektedir (52). Psikiyatri hemşirelerinin bakım verene yönelik olarak primer rolü eğitim ve danışmanlıktır. Bu rolleri yerine getirirken bakım verene, hastalık ve tedavisi hakkında bilgi, ruhsal hastalıkla baş etme, problem çözme becerilerinin kazandırılması ve destek sistemlerinin oluşturulması gibi konularda bireysel ve grup psikoeğitimi planlayarak destek sağlar (44).

Psikoeğitim, ruhsal hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunun gerçekleştirilmesinde kullanılan eğitim yöntem ve tekniklerinin hasta ve hasta yakınlarına uygulanmasıdır. Bu eğitimlerde, taburculuk sonrasında ,hastane dışında da yardımcı olacak, yaşadıkları güçlüklerle baş edebilmesi, toplumda üretken bir yaşam sürebilmesi için ihtiyacı olan hastalık süreci, hastalık sürecinde yaşanılan sorunlar, ilaç kullanımı ve uyumu ve başetme becerileri gibi konular uygulamalı bir şekilde öğretilmektedir (5).

Yapılan çalışmalarda psikoeğitim ile taburculuğa hazırlanan ailenin; güveninin arttığı, hastayı daha iyi kabullendiği, hastaya sosyal destek sağladığı, aile işlevlerini olumlu etkilediği bunun sonucunda hastanın hastaneye tekrarlı yatış sıklığının ve süresinin azaldığı belirtilmiştir. Ayrıca müdahaleler sonrası bakım verenlerin stres ve bakım yüklerinin azaldığı, sosyal işlevselliklerinin arttığı ve hastalık hakkındaki bilgilerinin arttığı görülmüştür (3,5).

Psikiyatri hemşirelerinin rol aldığı aile müdahalelerinden olan diğer bir uygulama ise aileden aileye destek programlarıdır. Bu programlar, ailelere ruhsal

hastalıklar konusunda bilgi sağlayan, duygu ve düşüncelerin paylaşıldığı destek programlarıdır. Gönüllü olarak eğitim alan aile üyeleri, diğer aile üyelerini eğitmektedir. Aileler bu program sayesinde benzeri durumları yaşayan diğer aile üyeleri ile etkileşime geçebilmekte, kendi yaşamlarına farklı bir görüş açısı ile bakabilmekte ve edindiği bilgilerin paylaşımını yapabilmektedir. Yapılan araştırmalarda bakım verenler, aileden aileye destek programına katıldıktan sonra daha etkin sorun çözme becerisi kazandığını, kendilerine olan güvenlerinin arttığını, hasta bireye karşı daha fazla anlayış gösterebildiklerini, öfke duygularının azaldığını, stresle daha kolay baş edebildiklerini belirtmişlerdir (9).

Psikiyatri hemşiresinin sağladığı bir diğer destek alanı ise evde bakım hizmetidir. Bu hizmet, psikiyatri hemşiresinin de içinde bulunduğu bir ekip tarafından yürütülür. Evde bakım hizmeti, taburculuk sonrası hastanın ilaca uyumu, bakım planlaması, izlem ve değerlendirmede hasta ailesi ile birlikte iş birliği içinde yürütülür. Hemşireler aileyi desteklemek amacıyla psikoterapilerden de yararlanmaktadır (45).

K.K.T.C’de ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde psikiyatri hemşirelerinin bakım verenlere yönelik bir çalışmaya ve destek programına rastlanmamıştır. Psikiyatri hemşiresi, hasta ve ailesinin sağlığını korumak ve geliştirmek için ruh sağlığı sistemi içinde yer alması gereken psikoeğitim ve aileden aileye destek programlarını, planlanma, uygulama, aileleri değerlendirme ve izleme alanlarında yer almalıdır (9, 3).

Bölüm 3

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Tipi

Bu araştırma: Bir Psikiyatri hastanesi polikliniğine başvuran hastaların yakınlarının bakım yükü ile öfke ifade etme biçimleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla kesitsel tipte, tanımlayıcı ilişki arayıcı bir araştırma olarak yapılmıştır

3.2 Araştırmanın Yapıldığı Yeri ve Zamanı

Araştırma, Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 18 Ocak – 29 Mayıs 2018 tarihleri arasında yapılmıştır. Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 25 Haziran 1981 tarihinde özel dal hastanesi olarak hizmete başlamıştır. Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi yanında inşa edilen ve tek katlı olan hastane 180 yataklı olup yatılı hastaların bulunduğu üç servis (kadın, erkek ve klinik servis) ile bunun yanında poliklinik hizmetlerinin yapıldığı kısım bulunmaktadır. Poliklinik hizmeti hafta içi hergün 08.00-13.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. Poliklinik servisinde iki psikiyatrist, iki klinik psikolog ve iki hemşire bulunmaktadır.

3.3 Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi erişkin polikliniğinde yer alan iki psikiyatrist bir günde ortalama 40 hasta bakmaktadır. Araştırmanın örneklemini Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Polikliniği'ne 18 Ocak – 29 Mayıs tarihleri arasında başvuran kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren araştırmanın dâhil edilme kriterlerine uygun 110 hasta yakını oluşturmuştur.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- 18 yaşın üstünde olması
- Araştırmaya katılmaya gönüllü ve istekli olması
- İletişim engeli olmayan
- Bakım vericinin hasta ile birlikte yaşıyor olması
- Birincil bakım veren kişi olması
- Bakım verdiği hastanın en az altı ay önce kronik ruhsal hastalık tanısı almış olması

3.4 Verilerin Toplanması

3.4.1 Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri "Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Veri Formu", "Zarit Bakım Yükü Ölçeği", "Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği", aracılığı ile toplanmıştır.

3.4.2 Tanıtıcı Özelliklere İlişkin Veri Formu

Bu form hasta ve hasta yakınlarına ait tanıtıcı bilgileri toplamak amacıyla araştırmacı tarafından literatür taranarak hazırlanmıştır (30). Form hastaya ait tanıtıcı özellikler ve bakım verene ait tanıtıcı özellikler olmak üzere toplam 23 soru olup, iki bölümden oluşmaktadır. Hastaya ait özellikler bölümünde; yaş, cinsiyet, medeni durum, sağlık güvencesi, eğitim düzeyi, çalışma durumu, hastalık tanısı ve süresi, hastaneye yatış sayısını içeren 10 soru bulunmaktadır. Bakım verenlere ait özellikler; yaş, cinsiyet, medeni durum, hastaya yakınlık durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, aylık gelir durumu , evde yaşayan birey sayısı, bakım verme süresi, gün içerisindeki bakım verdiği süre , ailede hasta dışında başka ruhsal hastalığı olan birey varlığı, hastalığın ne olduğunu bilme ve hastalık hakkında daha önce bilgi alma durumunu içeren 13 soru bulunmaktadır.

3.4.3 Zarit Bakım Yüğü Ölçeği

Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 19 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek "asla", "nadiren", "ara sıra", "oldukça sık" ya da "neredeýse her zaman" şeklinde 1'den 5'e kadar değişen likert tipi ile değerlendirilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 19 ve en yüksek alınabilecek puan ise 95 olarak belştilmiştir. Zarit Bakım Yüğü Ölçeđi, Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiştir. Türkiye'de ölçeğin geçerlik güvenilirlik çalışması Özlü ve arkadaşları tarafından 2009 yılında 100 şizofreni hastasına bakım veren yakınları üzerinde yapılmıştır Ölçeđin Cronbach alfa değerleri 0.83 olarak bulunmuştur. 19 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe versiyonu bakım vermenin fiziksel, akıl sağlığı, sosyal aktivite ve ekonomik kaynaklara negatif etkilerini içermektedir.

3.4.4 Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

Spielberg (1983) tarafından geliştirilen, Özer (1994) tarafından Türkçe'ye uyarlanarak geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek 34 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin güvenilirlik çalışmalarında tüm grup verileri üzerinden elde edilen Cronbach Alfa değerleri ayrı ayrı hesaplanmıştır. Bunlar: 'Sürekli öfke' boyutu için .79; 'kontrol altına alınmış öfke' boyutu için .84; 'dışa vurulmuş öfke' boyutu için .78; ve 'bastırılmış öfke' boyutu için ise .62 olarak bulunmuştur Ölçeğin puanlaması, 'Hiç Tanımlamıyor':1, 'Biraz Tanımlıyor':2, 'Oldukça Tanımlıyor':3 'Tümüyle Tanımlıyor':4 puandır. Ölçekteki ilk 10 madde, Sürekli Öfke alt ölçeğinin maddeleridir (minimum 10 puan, maksimum 40 puandır). Öfke İçte alt ölçeği puanı, 13, 15, 16, 20, 23, 26, 27 ve 31 no'lu maddelerin toplanmasıyla (minimum 8 puan,

maksimum 32 puandır) elde edilir. Öfke Dışa alt ölçeği puanı, 12, 17, 19, 22, 24, 29, 32 ve 33 no'lu maddelerin toplanmasıyla (minimum 8 puan, maksimum 32 puandır) elde edilir. Öfke Kontrol alt ölçeğinin puanları ise 11, 14, 18, 21, 25, 28, 30 ve 34 no'lu maddelerin toplanmasıyla (minimum 8 puan, maksimum 32 puandır) elde edilir. Sürekli öfke alt ölçeğinden alınan yüksek puanlar, öfke düzeyinin yüksek olduğunu; Kontrol Öfke alt ölçeğindeki yüksek puanlar öfkenin kontrol edilebildiğini; Öfke-Dışa alt ölçeğindeki yüksek puanlar, öfkenin kolayca ifade ediliyor olduğunu ve Öfke-İçte alt ölçeğindeki yüksek puanlar ise öfkenin bastırılmış olduğunu göstermektedir.

3.5 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması

Araştırma, Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi polikliniğine başvuran hastaların yanında bulunan, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan hasta yakınları ile poliklinik saatleri içinde (08.00-13.00) araştırmacı tarafından poliklinik servisi içerisinde yüz yüze görüşerek ölçekler uygulanmıştır.

3.6 Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler toplandıktan sonra kodlanıp SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 20.0 istatistik yazılım programında analiz edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzde ve pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Normal dağılım gösteren verilerde Bağımsız t-testi ve tek yönlü Anova testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanarak karşılaştırma yapılmıştır.

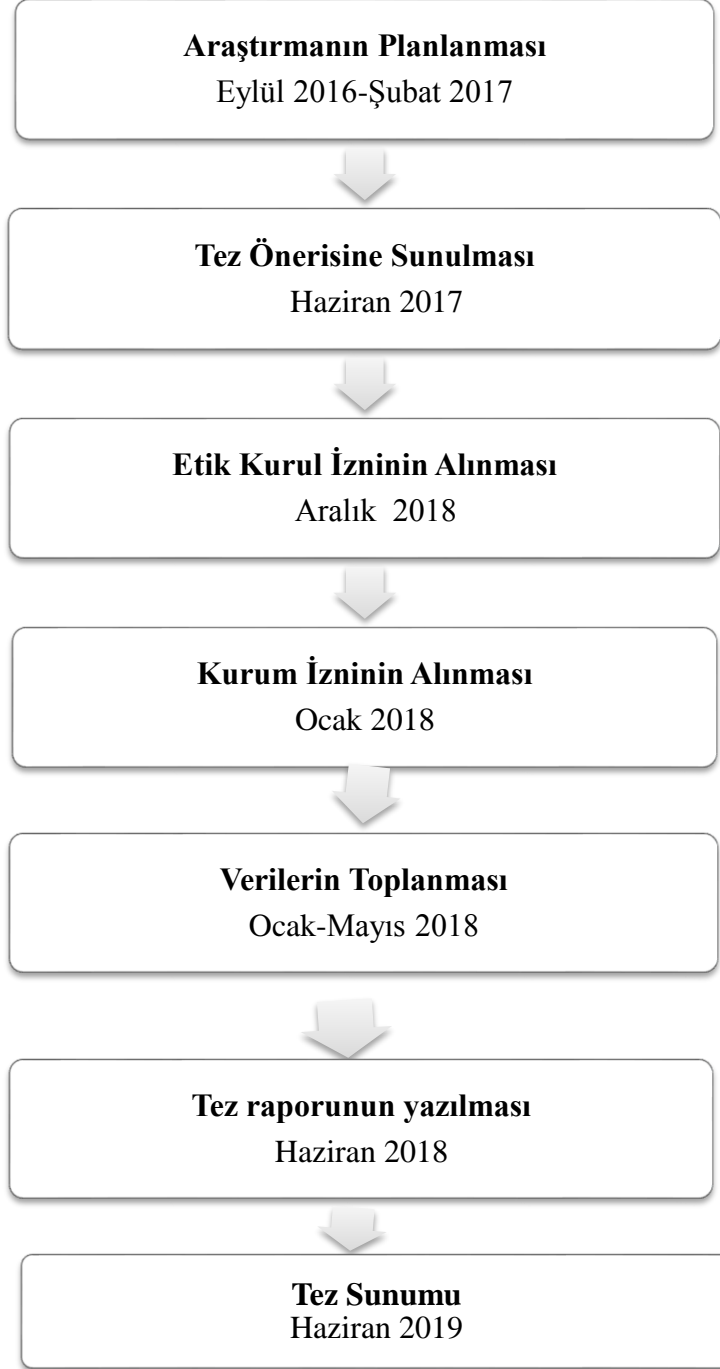
3.7 Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sonuçları yalnızca Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nde 16.01.2018-29.05.2018 tarihleri arasında örnekleme oluşturan kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarında elde edildiği için tüm topluma genellenemez.

3.8 Araştırmanın Etik Boyutu

Çalışmanın uygulanabilmesi için , Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu, KKTC Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi, Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastahanesi'nden yazılı izinler alınmıştır . Çalışmaya katılmak gönüllülük esasına dayandığından hasta yakınlarına araştırma hakkında bilgi verilerek yazılı onamları alınmıştır.

3.9 Araştırma Takvimi



Şekil 1. Araştırma Planı ve Takvimi

Bölüm 4

BULGULAR

Tablo 1. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri (n=110)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş		
18-25 yaş	10	9.1
26-33 yaş	11	10.0
34-41 yaş	19	17.3
42-49 yaş	20	18.2
50-57 yaş	21	19.1
58-65 yaş	20	18.2
66 yaş üstü	9	8.2
Cinsiyet		
Kadın	66	60.0
Erkek	44	40.0
Medeni Durum		
Evli	78	70.9
Bekâr	32	29.1
Hastaya Yakınlık Durumu		
Çocuğu	33	30.0
Eşi	25	22.7
Diğer	17	15.4
Kardeşi	15	13.6
Anne	13	11.8
Baba	7	6.5
Eğitim Durumu		
İlkokul	45	40.9
Lise	31	28.2
Üniversite	19	17.3
Ortaokul	11	10.0
Okur-yazar değil	4	3.6
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	49	44.5
Çalışıyor	39	35.5
Emekli	22	20.0

Aylık Gelir Durumu		
Gelir gidere eşit	55	50.0
Gelir giderden az	52	47.3
Gelir giderden fazla	3	2.7
Bakım Süresi		
16 yıl ve üzeri	35	31.8
6-10 yıl	34	30.9
1-5 yıl	31	28.2
11-15 yıl	10	9.1
Hastayla Vakit Geçirme Süresi		
13-24 saat	54	49.1
5-8 saat	32	20.1
1-4 saat	21	19.1
9-12 saat	3	2.7
Ailede başka ruhsal hastalık var mı?		
Hayır	65	59.1
Evet	45	40.9
Hastalığını Bilme Durumu		
Hayır	68	61.1
Evet	42	38.9
Hastalık Hakkında Bilgi Verilme Durumu		
Hayır	83	75.5
Evet	27	24.5

Tablo 1'de bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Bakım verenlerin %19.1'i 50-57 yaş grubunda, %60'ı kadın, %70.9'u evli, %40.9'u ilkokul mezunudur. Bakım verenlerin %30'u hastaların çocuğudur. Bakım verenlerin %44.5'i çalışmazken, %50'sinin geliri giderine eşittir. Bakım verenlerin %31.8'i hastalarında 16 yıldan fazla bakmakta ve %49.1'i hastalarıyla günde 13-24 saat arasında zaman geçirmektedir. Bakım verenlerin %59.1'inin ailesinde başka ruhsal hastalık bulunmamakta, %61.1'i hastalığın ne olduğunu bilmemekte ve %75.5'i hastalık hakkında herhangi bir bilgi almamıştır.

Tablo 2. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri (n=110)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş		
18-25 yaş	14	12.7
26-33 yaş	12	10.9
34-41 yaş	21	19.1
42-49 yaş	20	18.2
50-57 yaş	18	16.4
58-65 yaş	16	14.5
66 yaş üstü	9	8.2
Cinsiyet		
Kadın	57	51.8
Erkek	53	47.2
Medeni Durum		
Bekâr	66	60.0
Evli	44	40.0
Sağlık Güvencesi Durumu		
Var	86	78.2
Yok	24	21.8
Eğitim Durumu		
İlkokul	45	40.9
Lise	33	30.0
Okur-yazar değil	17	15.5
Ortaokul	9	8.2
Üniversite	5	4.5
Lisansüstü	1	0.9
Çalışma Durumu		
Çalışmıyorum	91	82.7
Çalışıyorum	11	10.0
Emekli	8	7.3
Hastalık Tanısı		
Şizofreni	38	34.5
Bipolar	32	29.1
Psikoz	32	29.1
Madde Bağımlılığı	8	7.3
Hastalık Süresi		
1-5 yıl	30	27.3
6-10 yıl	25	22.7
25 yıldan fazla	22	20.0
11-15 yıl	15	13.6
16-20 yıl	11	10.0
21-25 yıl	7	6.4

Hastaneye Yatış Sayısı		
Hiç	58	52.7
1-5 kez	39	35.5
11-15 kez	5	4.5
16 ve daha fazla	5	4.5
6-10 kez	3	2.8

Tablo 2'de kronik ruhsal hastaların tanıtıcı özellikleri görülmektedir. Kronik ruhsal hastaların %19.1'i 34-41 yaş grubunda, %51.8'i kadın, %60'ı bekâr, %40.9'u ilkokul mezunudur. Kronik ruhsal hastaların %78.2'sinin sağlık güvencesi vardır. Kronik ruhsal hastaların %82.7'si çalışmamaktadır. Kronik ruhsal hastaların %27.3'ünün hastalık süresi 1-5 yıl iken %52.7'si hastaneye hiç yatmamıştır.

Tablo 3. Bakım yükü ve Öfke Ölçeğinin Puan Ortalamaları Dağılımı

	Ortalama	Standart Sapma	Madde Puan Aralığı	Min	Max
Bakım Yükü	53,04	14,61	19-95	26	85
Sürekli Öfke	21,50	5,75	10-40	10	36
Öfke Kontrol	22,23	4,01	11-32	11	32
Öfke İçer	17,04	3,36	8-32	8	25
Öfke Dışa	15,10	4,55	8-32	8	30

Tablo 3'de Bakım yükü ölçeğinden elde edilen toplam puan ortalamasının $53,40 \pm 14,61$ tespit edilmiştir. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden en düşük alınan puan 26, en yüksek alınan puan 85'dir.

Bakım veren kişilerin sürekli öfke düzeyleri toplam puan ortalaması $21,50 \pm 5,75$ olarak tespit edilmiştir. 10 maddelik sürekli öfke alt ölçeği maddelerinden alınan en düşük puan 10, en yüksek puan 36'dır

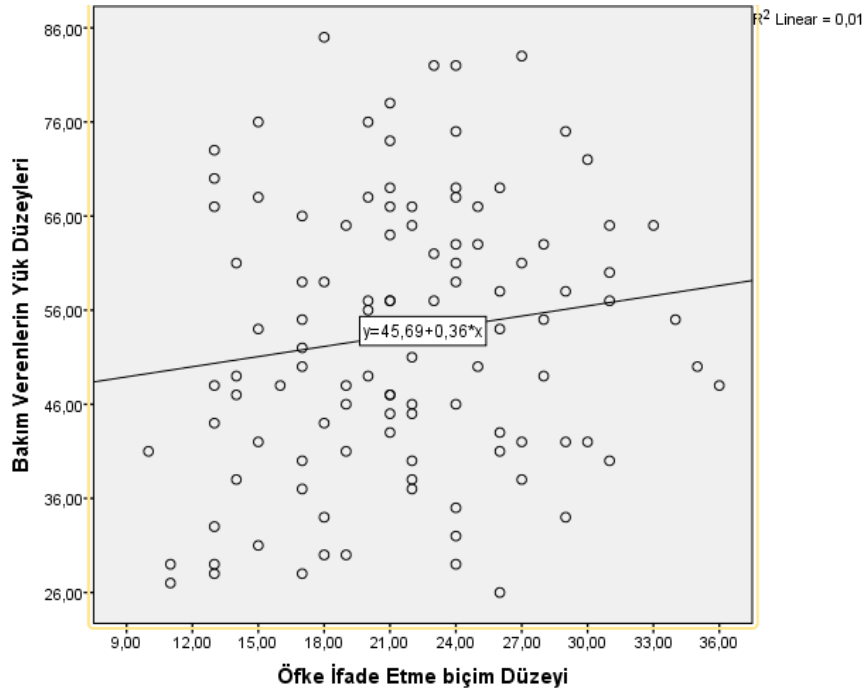
Bakım verenlerin öfke kontrol toplam puan ortalaması $22,23 \pm 4,01$ 'dir. 8 maddelik öfke içer atım alt ölçeği maddelerinden alınan en düşük puan 11, en yüksek puan 32'dir.

Bakım verenlerin öfke içe atım toplam puan ortalaması $17,04 \pm 3,36$ 'dır. 8 maddelik öfke içe atım alt ölçeği maddelerinden en düşük 8 puan en yüksek 25 puan alınmaktadır.

Bakım verenlerin öfke dışa atım toplam puan ortalaması $15,10 \pm 4,55$ 'dir. 8 maddelik öfke dışa atım alt ölçeği maddelerinden en düşük 8 puan en yüksek 30 puan alınmaktadır.

Tablo 4. Bakım Verenlerin Bakım Yükü Puan Ortalaması ile Öfke İfade Ölçeği ve Alt Ölçekleri Puan Ortalamaları Korelasyon Sonuçları

Öfke İfade Etme Ölçeği Puan Ort.	Bakım Yükü Puan Ortalaması		
	n	r	p
Sürekli Öfke	110	,170	,076
Öfke Kontrol	110	,103	,285
Öfke İçte	110	-0,37	,700
Öfke Dışa	110	0,099	,302



Şekil 2. Öfke İfade Etme Ölçeği Puan Ortalaması ile Bakım Verenlerin Bakım Yükü Puan Ortalamaları Arasındaki Korelasyon Regresyon Grafiği

Bakım verenlerin yük düzeyi ile öfke ifade etme biçimleri arasında ilişkinin tespiti için korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, bakım yük düzeyi ile sürekli öfke, öfke kontrol, öfke içte ve öfke dışı alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı belirlenmiştir.

Tablo 5 ve 6'ya göre bakıcı ve hasta tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü ve sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması yapılmıştır. Bu bağlamda normallik testi uygulanarak verilerin normal dağılım olup olmadığı tespit edilmiştir. Normal dağılım gösteren verilerde Bağımsız t-testi ve tek yönlü Anova testi, normal dağılım göstermeyen verilerde Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis testi uygulanarak karşılaştırma yapılmıştır.

Tablo 5. Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri İle Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Özellik	N	Bakım Yükü		Sürekli Öfke		Öfke Kontrol		Öfke Dışta		Öfke İçte						
		Ort.	Sd	Ort.	sd	Ort.	sd	Ort.	sd	Ort.	sd					
Cinsiyet	Kadın	66	56,60	15,53	21,34	5,70	22,18	4,12	14,50	4,47	17,13	3,28				
	Erkek	44	48,61	14,23	21,75	5,89	22,29	3,89	16,02	4,57	16,90	3,50				
			2,733	,007*	-,357	,722	-,145	,885	-1,732	,086	,346	,730				
Medeni Durum	Evli	78	54,60	13,97	22,07	5,61	22,47	4,23	15,23	4,38	17,01	3,32				
	Bekâr	32	50,50	18,53	20,12	5,96	21,62	3,42	14,81	5,02	17,12	3,48				
			1,267	,208	1,627	,107	1,007	,316	,435	,664	-,158	,875				
Ruhsal Hastalık	Evet	45	55,51	11,91	22,51	5,41	21,91	4,16	15,57	4,58	17,35	3,05				
	Hayır	65	51,95	17,45	20,81	5,92	22,46	3,93	14,78	4,55	16,83	3,56				
			1,270	,207	1,528	,130	-,685	,500	,896	,372	,804	,423				
Hastalığı Bilme	Evet	42	52,83	14,32	20,69	5,59	23,83	4,19	14,92	4,23	16,95	3,43				
	Hayır	68	53,76	16,22	22,01	5,84	21,53	3,59	15,22	4,77	17,10	3,33				
			-,306	,761	-1,174	,243	3,454	,001*	-,325	,746	-,227	,82				
Yakınlık	Annem	13	48,76	16,68	23,07	6,02	22,84	5,49	15,23	4,08	18,07	4,64				
	Babam	7	41,71	16,50	22,28	7,78	21,14	3,62	16,71	5,58	15,14	3,33				
	Çocuğum	33	58,15	15,67	20,03	5,31	21,90	3,66	14,36	3,91	17,15	3,54				
	Eşim	25	56,32	14,44	21,08	4,85	22,40	4,37	15,64	4,48	16,52	2,63				
	Kardeşim	15	51,86	12,96	22,53	5,86	22,53	3,31	13,86	5,40	17,66	2,82				
	Diğer	17	49,64	14,61	22,58	6,69	22,29	4,01	16,11	5,04	17,05	3,28				
			2,174	,063	,891	,490	,224	,951	,802	,551	,922	,470				
Bakıcı Eğitim Durumu	Okuryazar	4	55,75	7,80	26,75	6,18	19,00	2,70	16,75	2,06	19,25	1,70				
	Değil															
	İlkokul	45	57,62	15,93	21,26	6,12	22,62	3,84	14,88	5,11	17,22	3,48				
	Ortaokul	11	53,00	15,19	22,81	6,09	20,63	2,90	14,18	3,25	17,36	2,87				
	Lise	31	50,41	15,05	20,41	5,40	23,00	4,14	14,54	4,13	16,29	3,38				
	Üniversite	19	48,05	14,83	22,00	4,87	21,63	4,63	16,73	4,71	17,21	3,50				
			1,767	,141	1,317	,268	1,610	,177	,992	,415	,885	,475				
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	39	47,92	13,58	22,58	6,03	21,76	3,21	16,71	4,37	17,12	3,72				
	Çalışmıyorum	49	57,65	16,48	20,89	6,15	22,24	4,18	13,73	4,42	17,16	3,29				
	Emekli	22	53,68	13,74	20,95	4,04	23,00	4,91	15,31	4,37	16,63	2,92				
				4,584	,012*	Çalışmıyorum / Çalışıyorum	/	1,066	,348	,656	,521	5,026	,008*	Çalışıyorum / Çalışmıyorum	/	,202
Aylık Gelir Durumu	Gelir															
	Giderden Fazla	3	36,33	9,29	21,33	2,51	22,66	1,15	14,33	5,13	20,00	4,35				
	Gelir Eşit	55	49,09	14,03	20,67	5,98	23,00	4,18	14,78	4,50	17,10	3,73				
	Gelir	52	58,96	15,19	22,40	5,58	21,38	3,80	15,50	4,64	16,80	2,83				

Giderden Az														
		8,303	,001*	Gelir giderden az- gelir giderden fazla / Gelir giderden az- gelir gidere eşit	1,214	,301	2,226	,113	,372	,690	1,307	,275		
Bakım Süresi	1-5 Yıl	31	50,12	15,14	21,58	5,82	21,32	4,10	15,80	4,99	17,16	3,05		
	6-10 Yıl	35	50,22	12,36	22,02	6,08	21,62	3,34	15,40	4,37	16,88	3,80		
	11-15 Yıl	10	61,30	15,70	20,90	5,58	21,90	4,20	15,70	4,49	16,50	1,84		
	16 Ve Üzeri	34	57,35	17,35	21,08	5,60	23,76	4,257	14,00	4,33	17,26	3,57		
			2,681	,051	,190	,903	2,568	,058	1,017	,388	,171	,916		
Hasta ile Vakit Geçirme	1-4 Saat	21	45,57	12,29	24,71	4,713	22,61	3,57	16,04	4,34	18,47	3,51		
	5-8 Saat	32	49,53	13,27	22,21	6,71	21,93	3,96	16,40	5,13	16,53	3,62		
	9-12 Saat	3	40,66	11,01	16,00	5,19	23,00	3,00	14,66	4,16	17,00	2,64		
	13-24	54	59,46	15,73	20,14	4,94	22,20	4,32	14,00	4,11	16,79	3,09		
			6,855	,001*	13-24 / 1-4 13-24 / 5-8	4,681	,004*	13-24 / 1-4	,156	,926	2,317	,080	1,647	,183

*Man Whitney U Testi ve Kruskal Wallis T Testi

Bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü ve sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 5’de gösterilmiştir. Tablo 5’e göre;

Bakım yükü ile cinsiyet arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadınların bakım yükü ortalaması erkeklere göre daha yüksektir. Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarına göre cinsiyet arasında anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Medeni durum ve ailede başka ruhsal hastalık varlığı durumuna göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hastalığı bilme durumuna göre sadece öfke dışta alt boyutuna göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Evet diyenlerin ortalaması öfke dışta alt boyutuna göre daha yüksektir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin yaşına göre öfke dışta alt boyutuna göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arası farkın tespiti için yapılan post hoc testi sonucuna göre 34-41 yaş grubu 66-66+ yaş grubu puan ortalamasına göre daha yüksektir.

Bakım verenlerin yakınlık derecesi, eğitim durumları ve bakım süresine göre anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($p>0.05$).

Bakım verenlerin çalışma durumlarına göre bakım yükü ve öfke dışta alt boyutuna göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Gruplar arası farklılığın tespiti için yapılan post hoc testi sonuçlarına göre, çalışmayan bakım verenlerin çalışan bakım verenlere göre bakım yükü ve öfke dışta alt boyutuna göre puanları yüksektir.

Bakım verenlerin aylık gelir durumlarına göre bakım yükü arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). “Gelir giderden az” “gelir giderden fazla” ve “gelir gidere eşit” gruplarına göre bakım yükü daha yüksektir.

Hasta ile vakit geçirme sürelerine göre bakım yükü ve sürekli öfke durumlarına göre anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Bu bağlamda 13-24 saatleri arasında hasta ile vakit geçiren bakım verenlerin 1-4 ve 5-8 saatleri arasında vakit geçiren bakım verenlere göre daha yüksek bakım yükü puanı tespit edilmiştir. 13-24 saatleri arasında hasta ile vakit geçiren bakım verenlerin 1-4 saatleri arasında bakım verenlere göre sürekli öfke puanları daha yüksektir.

Tablo 6. Hastaların Tanıtıcı Özellikleri İle Bakım Yüğü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

Özellik	N	Bakım Yüğü		Sürekli Öfke		Öfke Kontrol		Öfke Dışta		Öfke İçte				
		Ort.	sd	Ort.	sd	Ort.	sd	Ort.	sd	Ort.	sd			
Cinsiyet	Kadın	57	53,80	16,53	21,31	5,64	22,98	4,15	54,39	4,26	17,91	3,48		
	Erkek	53	52,98	14,37	21,71	5,93	21,41	3,74	56,69	4,88	16,11	2,98		
Medeni Durum	Evli	44	52,45	15,78	21,88	4,94	22,90	4,26	15,13	4,37	17,02	3,40		
	Bekâr	66	54,04	15,33	21,25	6,26	21,77	3,81	15,09	4,71	17,06	3,35		
Sağlık Güvence	Evet	86	53,86	16,20	21,47	6,02	22,38	3,90	15,03	4,73	16,82	3,14		
	Hayır	24	51,79	12,62	21,62	4,78	21,66	4,44	15,37	3,92	17,83	4,00		
Eğitim Durumu	Okuryazar	17	47,29	12,23	22,70	6,35	22,58	4,40	17,29	5,10	17,47	3,76		
	Değil	45	58,73	13,94	22,91	5,83	22,51	4,32	14,93	3,89	17,22	3,66		
	İlkokul	9	47,00	14,92	21,77	3,80	22,55	2,24	13,55	3,39	16,11	2,47		
	Ortaokul	33	52,15	16,97	19,33	5,54	21,5455	4,10	15,18	5,27	16,78	3,09		
	Lise	6	47,33	17,67	19,16	3,71	22,33	2,33	12,16	2,85	17,33	2,94		
	Üniversite													
			2,851	,027*	İlkokul-okuryazar değil / ilkokul-ortaokul		2,398	,055	,335	,854	1,947	,108	,324	,861
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	45,81	19,29	18,54	6,10	22,45	4,15	14,36	5,08	17,72	2,32			
	Çalışmıyorum	54,98	14,59	21,93	5,68	22,25	4,13	15,16	4,43	17,17	3,46			
	Emekli	45,87	16,37	20,75	5,59	21,62	2,50	15,50	5,73	14,62	2,38			
		2,841	,063	1,800	,170	,107	,898	,181	,835	2,433	,093			
Hastalık Süresi	1-5 Yıl	52,96	12,37	22,50	5,77	21,36	3,74	16,40	4,70	18,36	3,06			
	6-10 Yıl	49,60	17,63	20,52	5,69	21,60	3,77	14,68	4,50	16,52	3,82			
	11-15 Yıl	58,00	16,70	19,06	4,81	21,26	4,99	14,00	4,07	16,20	2,78			
	16-20 Yıl	53,27	14,71	24,36	5,42	22,81	3,21	14,27	4,12	19,72	2,64			
	21-25 Yıl	58,28	20,18	21,71	5,58	21,28	2,98	17,14	3,62	16,57	2,37			
	25-25+	53,72	15,12	21,45	6,29	24,77	3,82	14,36	5,03	15,22	2,8			
		,704	,622	1,435	,218	2,642	,027*	25-25+ / 1-5 Yıl		1,183	,322	4,613	,001*	1-5 / 25-25+
Hastaneye Yatış Sayısı	Hiç	58	52,03	14,18	20,87	5,33	22,36	3,93	14,62	3,34	17,46	3,51		
	1-5	39	54,92	16,70	22,18	5,92	21,94	4,36	15,82	5,54	16,71	3,24		
	6-10	3	44,66	15,50	21,00	10,00	20,66	3,21	15,66	8,14	16,66	4,16		
	11-15	5	47,40	14,15	23,20	7,69	24,60	3,91	13,80	5,76	17,00	3,24		
	16-16+	5	68,80	15,22	22,40	6,46	21,40	2,79	16,20	5,97	15,00	1,87		
		6,757	,149	1,724	,786	3,460	,484	1,209	,877	4,504	,342			

*Man Whitney U Testi ve Kruskal Wallis T Testi

Hastaların tanıtıcı özellikleri ile bakım yükü ve sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyutlarının karşılaştırılması Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6’ya göre; Hastaların cinsiyetine göre öfke kontrol ve öfke içte alt boyutuna göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Kadın hastaların öfke kontrol ve öfke içte alt boyutlarına göre puanı daha yüksektir.

Hastaların medeni durumları, sağlık güvenceleri, yaşları, çalışma durumları ve hastaneye yatış sürelerine göre anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Hasta eğitim durumuna göre bakım yükü arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Post hoc testi sonucuna göre ilkökul grubu okur yazar olmayan ve ortaokul grubuna göre daha yüksek bakım yükü puanına sahiptir.

Hastanın hastalık sürelerine göre öfke kontrol ve öfke içte alt boyutlarına göre anlamlılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Bu bağlamda, 25 ve üzeri hastalık süresi olan hastaların 1-5 yıl arası hastalık süresi olan hastalara göre öfke kontrol alt boyutu puanları daha yüksektir. 1-5 yıl arası hastalık süresi olan hastaların 25 ve üzeri hastalık süresi olan hastalara göre öfke içte alt boyutuna göre daha yüksek puana sahiptir.

Tablo 7. Bakıcı Yaşı ile Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Puanlarına Ait Korelasyon Sonuçları

	Bakıcı Yaşı		
	n	r	p
Bakım Yükü	110	,252	,008
Sürekli Öfke	110	-,184	,054
Öfke Kontrol	110	,241	,011
Öfke İçte	110	-,101	,292
Öfke Dışa	110	-,248	,009

Bakıcı yaşı ile bakım yükü ve sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyutları puanlarına ait korelasyon sonuçları Tablo 7’de gösterilmiştir. Buna göre, bakıcı yaşı ile bakım yükü ve öfke kontrol düzeyi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakıcı yaşı ile sürekli öfke ve öfke dışı düzeyi arasında negatif yönde zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakıcı yaşı ile öfke içte puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır.

Tablo 8. Hasta Yaşı ile Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutları Puan Ortalamalarına Ait Korelasyon Sonuçları

	Hasta Yaşı		
	n	r	p
Bakım Yükü	110	-,058	,547
Sürekli Öfke	110	-,026	,785
Öfke Kontrol	110	,299	,001
Öfke İçte	110	-,141	,141
Öfke Dışa	110	-,092	,092

Hasta yaşı ile bakım yükü ve sürekli öfke ve öfke ifade tarzı ölçeği alt boyutları puanlarına ait korelasyon sonuçları Tablo 8’de gösterilmiştir. Bu bağlamda hasta yaşı ile bakım yükü, sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı; öfke kontrol puanına göre pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Bölüm 5

TARTIŞMA

Bu araştırmada; kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin bakım yükü ve öfke ifade etme biçimleri arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışmanın bu bölümünde, yapılan analizlerden elde edilen bulgular, ilgili literatür çerçevesinde tartışılmıştır.

5.1 Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Bakım verenlerin, %19.1'i 50-57 yaş grubunda, %60'ı kadın, %70.9'u evli, %40.9'u ilkokul mezunudur. Bakım verenlerin %30'u hastaların çocuğudur. Bakım verenlerin %44.5'i çalışmazken, %50'sinin geliri giderine eşittir. Bakım verenlerin %31.8'i hastalarında 16 yıldan fazla bakmakta ve %49.1'i hastalarıyla günde 13-24 saat arasında zaman geçirmektedir. Bakım verenlerin %59.1'inin ailesinde başka ruhsal hastalık bulunmamakta, %61.1'i hastalığın ne olduğunu bilmemektedir ve %75.5'i ise hastalık hakkında herhangi bir bilgi almamıştır. Araştırmada bakım verenlerin daha çok kadınlar olduğu (n=110; %60) bulunmuştur. Literatürdeki yapılan diğer çalışmalarda bakım veren kadın hasta yakınlarının erkeklere göre daha fazla sorumluluk aldığı belirtilmiştir (3). Amerika'da 697 bakım verenin katıldığı çalışmada bakım verenlerin %82'si kadın olduğu belirtilmiştir (3, 60). Gülseren ve arkadaşları (2010) yapmış olduğu çalışmalarında hasta bireyle en fazla ilgilenen bakım verenlerin çoğunun kadınlar olduğunu ifade etmişlerdir (10). Çalışma bulgusu literatür ile uyumlu olup bakım verme işlemini daha çok kadınların üstlendiği

görülmektedir. Toplumsal cinsiyet rolleriyle ilgili olarak bakım verme daha çok kadına yüklenen bir rol olmuştur.

Ekonomik gelir hastanın bakım kalitesinde ve bakım verenin bakım yükü algısında önemli rol oynamaktadır (3).Bakım verenlerin %44.5'i çalışmazken, %50'sinin geliri giderine eşittir. Harmancı ve ark (2016) yapmış oldukları çalışmada bakım verenlerin %61.5'i aylık gelir seviyelerini orta düzey olarak belirtmişlerdir. Çalışmada çıkan sonucu ülkemizde psikiyatri hastalarına devlet tarafından bakım verilere kurul raporu ile maddi destek (sosyal yardım) vermelerinin etkilediği düşünülmektedir.

5.2 Hastaların Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması

Kronik ruhsal hastaların %19.1'i 34-41 yaş grubunda, %51.8'i kadın, %60'ı bekâr, %40.9'u ilkokul mezunudur. Kronik ruhsal hastaların %78.2'sinin sağlık güvencesi vardır. Hastaların %82.7'si çalışmamaktadır. Kronik ruhsal hastaların %27.3'ünün hastalık süresi 1-5 yıl iken %52.7'si hastaneye hiç yatmamıştır.Hasta grubunun farklı psikiyatrik tanılara sahip olması hastaneye yatış sayıları ve hastalık sürelerindeki değişikliğe neden olduğu düşünülmektedir.

5.3 Bakım Yükü ve Öfke Ölçeğinin Puan Ortalamalarının Tartışılması

Bakım yükü ölçeğinden elde edilen toplam puan ortalaması 53, 40±14,61 olarak tespit edilmiştir. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden alınabilecek puanlar 19 ile 95 arasında değişmektedir (63). Durmaz ve ark (2014) şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada yük ölçeği toplam puan ortalamasını 68.6 ile yüksek olarak tespit edilmiştir (61). Özkan ve arkadaşları (2013) ise bakım verenlerde psikoeğitimin bakım yüküne etkisini inceleyen,deneysel olarak yapılan çalışmalarında kontrol grubu 96.5 toplam puan ortalaması ile en yüksek ortalamaya

sahiptir.Yapılan bu araştırmada ölçekden alınan puanlar 22 ile 110 arasında değişmektedir (64). Genel olarak bakıldığında bakım verenlerin toplam yük ortalamasının orta ve şiddetli düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Kendi kültürümüze bakdığımız zaman hasta bireylere yakınları tarafından bakılması kabul gören ve hasta yakınlarından beklenen bir davranış olmasına rağmen bakım verenlerin yüklerinin bu kadar yüksek olmasını aile yapısının değişmesi ile geniş aile yapısından çekirdek aile yapısına geçişine, ailelerin sosyal desteklerinin azalmasına ve bakım verenlerin hasta yakınlarına bakma işlemini çoğu zaman yalnız ve herhangi bir yardım almadan gerçekteşirmesine bağlayabiliriz. (14, 30). Dünyanın diğer ölkelerinde bakım verenlerin yük düzeyleri ile yapılan çalışmalara bakıldığında yine benzer sonuçlar elde edilmiştir. Alexander ve ark. (2016) şizofreni hastalarına bakım verenlerle yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin yükünün orta düzeyde, Luchsinger ve ark. (2015) tarafından ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerle yapılan çalışma sonucunda ise bakıcı yükünün yüksek düzeyde olduğu belirtilmiştir (65, 66).

Bu çalışmada bakım veren kişilerin Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarz Ölçeği Sürekli Öfke alt ölçeği toplam puan ortalaması (21,50±5,75) olarak orta düzey olduğu,öfke kontrol alt ölçeği toplam puan ortalaması (22,23±4,01) olarak orta düzeyde olduğu, öfke içe alt ölçeği toplam puan ortalaması (17,04±3,3) olarak orta düzeyde olduğu ve öfke dışa alt ölçeği toplam puan ortalamasının ise (15,10±4,55) olarak yine orta düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Bademli ve ark (2017) tarafından yapılan bir çalışmada psikiyatri hastalarına bakım verenlerin sürekli öfke düzeylerinin toplam puan ortalamasının (15.12 ± 5.95), öfke kontrol puan ortalaması (28.05 ±5.57), öfke içte için (15.22 ± 4.02), öfke dışta için (9.70 ± 3.43) olarak bulunmuştur (7). Yıldız ve Ekinci (2017) çalışmalarında kanserli hastalara bakım verenlerinin sürekli öfke düzeylerin (20.61±6.81), öfke kontrol puanı (22.89±6.37),

Öfke İçte Puanı (16.48±4.82), Öfke Dışta Puanı (14.16±5.17) olarak belirlenmiştir. Durukan ve ark (2009) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anneleri ile yaptıkları çalışmada annelerin sürekli öfke düzeyi (22.0±5.4), öfke kontrol düzeyi (21.7±4.9), öfke içte (16.2±4.1), öfke dışta alt ölçeği puan (15.9±4.3) olarak belirlenmiştir. Bulgular literatür ile uyumlu olup bireylerin sürekli öfke düzeyleri ile öfkeyi bastırma ve dışa vurma düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir (36, 37).

5.4 Bakım yükü ile Öfke İfade Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bakım yükü düzeyi ile sürekli öfke, öfke kontrol, öfke içe ve öfke dışa alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı tespit edilmiştir. Yıldırım ve ark (2017) psikiyatri hastaların bakım veren aileler ile yaptıkları çalışmada bakım yükü ile sürekli öfke, öfke içe, öfke dışa arasında pozitif yönde ilişki bulunmuştur ($p < .01$). Bakım verenler hasta bireye bakma işlemini uygulanması gereken bir görev olarak görmesi, hasta yakınlarından beklenen bir davranış olması, sosyal hayatın olumsuz etkilenmesi, bakım verenlerin kendilerine ait zamanlarının kalmaması bireyi duygusal olarak yıpratmaktadır. Bu durum bakım veren bireylerin öfke düzeylerinin artmasına ve öfkelerini dışa yansıtmalarına neden olduğu düşünülebilir (8, 36). Çalışmada çıkan sonuç ile yapılan araştırma bulgusu benzerlik göstermemektedir.

5.5 Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada, bakım yükü ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadın bakım verenlerin bakım yükü erkeklere oranla daha

yüksektir.Yapılan çalışmaların sonucu bulgularla benzerlik göstermektedir. Akpınar ve ark (2011) kadın bakım verenlerin yük ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (67). Bakım yükünü etkileyen birçok faktör vardır. Yapılan çalışmalarda bakım yükünü etkileyen tanımlayıcı özellikler arasında cinsiyet yer almaktadır. Birçok kültürde kadınlar daha çok bakım veren konumunda olması (anne, eş) ve bakım vermenin kadına ait basit bir iş gibi görülmesi bakım yükünü artırmaktadır (11, 30).

Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarına bakıldığında ise cinsiyet ile tüm alt boyut puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır($p>0.05$). Literatüre bakıldığı zaman erkeklerin kadınlara göre öfke düzeylerinin daha yüksek olduğu, öfkelerini daha kolay ifade ettiği ve daha fazla öfke tepkileri verdiği görülmektedir (32). Bu çalışmada literatür bulgusu ile benzer çıkmamıştır.

Bakım verenlerin medeni durumu, ruhsal hastalık durumuna, bakım verenlerin yakınlık derecesi, eğitim durumları ve bakım süresine göre bakıldığında bakım yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutları arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir. Literatür incelendiğinde çalışma bulgularıyla ilgili araştırmalara rastlanmamıştır. Bakım verenin evli olması, bir ruhsal hastalığının olması, bakım süresinin uzun olmasının rol yüklenmesi ve stresör olarak bakım yükünü ve sürekli öfke puanını artırması beklenir. Ancak örneklemin çoğunun uzun yıllardır bakım veren olması durumlarla başetmeyi öğrenmiş olmalarını sağlayarak bu sonuca neden olmuş olabilir. Ayrıca bu değişkenlerin bakım yükü ve öfke puanlarını etkilememesinin nedenine yönelik derinlemesine çalışmalar yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Çalışmada, bakım verenlerin hastalığın ne olduğunu bilme durumuna göre bakıldığında öfke dışta alt boyutuna göre istatistiksel anlamlı farklılık tespit

edilmiştir. Hastalığın ne olduğunu bilen grubun öfke dışta puanları daha yüksektir. Ruhsal hastalıkların uzun süreli olması, tam olarak iyileşme gösterememesi nedeniyle bakım veren bireylerde hastalığın olumsuz etkilerini bilmesi, hastalığı bildiği için gizlemeye çalışması ve tedavi edilmediğini düşünüp sürekli doktor ve ilaç değiştirmesi bakım verenleri hem manevi hem de maddi olarak yıpratmaktadır. Bu durumda bakım verenler öfke duygusu yaşamakta ve bu öfkelerini dışa vurdukları düşünülmektedir.

Bakım verenlerin çalışma durumlarına göre bakım yükü ve öfke dışta alt boyutuna göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Çalışmayan bakım verenlerin çalışan bakım verenlere göre bakım yükü ve öfke dışta alt boyutuna göre puanları daha yüksektir. Literatüre bakıldığı zaman çalışma durumu bakım veren kişilerin üzerinde önemli bir etkiye sahiptir.Yapılan çalışmalarda bakım verenlerin bir işte çalışma oranının düşük olduğu belirtilmiştir. Özellikle hastaları için kendilerinden başka bakacak birinin olmaması bakım verenlerin çalışmamayı seçtikleri düşünülebilir. Birey zamanın tümünü evde hasta yakınına bakım vermekle geçirmektedir. Bu durum bakım veren bireyin sosyal yaşamını olumsuz etkilemekte ve bakım yükünü artırmaktadır (8, 32). Artan yüke bağlı bakım verenlerin öfkelerini dışa yönlendirdiği düşünülebilir.

Çalışmada, bakım yükü ile bakım verenlerin aylık gelir durumları arasındaki ilişkiye bakıldığı zaman istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($p<0.05$). Aylık geliri giderinden az olan grupta bakım yükü daha yüksektir. Yeşil ve ark (2016) yaptıkları çalışmada bu çalışmaya benzer olarak, bakım verme yükü puanlarının geliri giderden az olan grupta anlamlı derecede yüksek olduğunu saptamışlardır (68). Bakım yükünü etkileyen faktörler arasında bakım verenin ekonomik yapısı yer almaktadır. Kronik ruhsal hastalıklar ekonomik güçlüklerin

yaşanmasına neden olmakta bakım verenler ekonomik sorunlar yaşamaktadır. Geliri giderinden az olan bakım verenler bu durumdan daha çok etkilenmekte olduğu ve bakım yükünü artırdığı düşünülmektedir (30, 68).

Hasta ile geçirilen süre ile bakım yükü ve sürekli öfke düzeyi arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmaktadır ($p<0.05$). Hasta ile 13-24 saat vakit geçiren bakım verenlerin, daha az vakit geçiren bakım verenlere göre bakım yükü ve sürekli öfke düzeyleri daha yüksektir. Yapılan çalışmalarda bakım yükünün belirlenmesinde hasta ile geçirilen sürenin önemi vurgulanmaktadır. Bakım için harcanan zamanın artması bakım yükünü artırdığı görülmüştür. Yazıcı ve ark (2016) çalışmalarında bakım veren yükü ile hasta ile geçirilen süre arasında pozitif bağlantı bulunmuştur. Literatür bulguları ile araştırma bulguları paralellik göstermektedir (18). Bakım verenlerin neredeyse tüm gün hasta ile birlikte vakit geçirmeleri nedeniyle kendilerine ait özel zaman ayıramamakta, kısıtlanmış duygusu yaşamakta, sosyal hayatları kesintiye uğramaktadır. Bu süreç bakım verenlerin fiziksel ve psikolojik olarak yorulmasına neden olmaktadır.

5.6 Hastaların Tanıtıcı Tanıtıcı Özellikleri ile Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Alt Boyutlarının Karşılaştırılmasına İlişkin Bulguların Tartışılması

Çalışmada bakım verilen hastaların cinsiyetine göre öfke kontrol ve öfke içte alt boyutuna göre istatistiksel anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadın hastalara bakım veren kişilerin, öfke kontrol ve öfke içte alt boyutları puanı diğer gruba göre daha yüksektir. Aile içinde kadının hasta olması aile yapısının değişmesine, rutin işlerin aksamasına neden olmakta ve bakım veren kişinin öfkelerini içe yansıttığı düşünülmektedir. Literatür taramalarında konu ile ilgili bir bulguya rastlanmamıştır.

Bakım verilen hastaların medeni durumları, sağlık güvenceleri, çalışma durumları ve hastaneye yatış sürelerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır. Literatüre bakıldığında ise çeşitli sonuçlar görülmektedir. Yapılan bazı çalışmalarda bakım yükünü etkileyen hastaya ait etmenlere bakıldığında medeni durumu, hastaneye yatış sayısının etkili olduğu görülmektedir. Yazıcı ve ark (2016) yaptıkları çalışmada hastanede yatış sayısı ile bakım yükü arasında anlamlılık olduğunu ortaya koymuşlardır (18, 30). Bulgulardaki farklılıkların örneklem grubunun farklı psikiyatrik tanılardan oluşmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Bakım verilen hastanın eğitim durumu ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirtilmiştir. İlkokul mezunu gruba bakım verenlerin bakım yükü daha yüksek olduğu tespit edilmiştir ($p<0.05$). Yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde bakım verilen hastanın eğitim durumu ile bakım yükü arasındaki ilişkiye dair çalışmamıza benzer herhangi bir bulguya rastlanmamıştır. Bakım verenin eğitim durumu bakım yükünü etkileyen etmenler arasında olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konulmuş olmasına rağmen hastanın eğitim durumunun bakım yükünü etkilediği belirtilmemiştir.

Çalışmada bakım verilen hastaların hastalık sürelerine göre öfke kontrol ve öfke içte alt boyutları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirtilmiştir ($p<0.05$). Hastalık süresi 25 yıl ve üzeri olan hastaların bakım verenlerinin, hastalık sürelerinin 1-5 yıl arası olan hastaların bakım verenlerine göre öfke kontrol puanları daha yüksektir. Hastalık süresi 1-5 yıl olan hastaların ise hastalık süresi 25 yıl ve üzeri olan hastaların bakım verenlerinin öfke içte puanları daha yüksektir. Literatür incelendiğinde hastalık süresinin bakım yükünü artırdığına yönelik çalışmalar olduğu ancak hastalık süresi ile öfke ifade etme biçimi arasında ilişki olup olmadığına dair çalışmaya ulaşılamamıştır. 25 yıl ve üzeri hastalığı var olan bireylere bakım verenlerin

öfke kontrollerinin daha yüksek olması zamanla hastalık sürecine ve etkilerine alışmış olmaları daha iyi başettikleri düşünülürken , daha yeni hastalık tanısı almış , ilk 5 yıl içinde olan bakım verenlerin bakım verme sürecinde karşılaştıkları güçlüklerden kaynaklı öfke yaşadığı ve öfkelerini içe yansıttığı düşünülebilir.

Çalışmada bakım verenlerin yaşı ile bakım yükü arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf anlamlı ilişki belirlenmiştir. Yapılan çalışmalar bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerinden olan yaşın, bakım yükünü etkileyen etmenler arasında yer aldığını tespit etmişlerdir (15, 21, 30, 36). Ampalan ve ark (2012) bakım verenin yaşı arttıkça bakım yükünde arttığını yaptıkları çalışmada belirtmişlerdir (69). Yazıcı ve ark (2016) çalışmalarında bakım verenin yaşı ile bakım yükü arasında pozitif ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (18). Bulgular literatür ile uyumludur. Bakım verenlerin yaşı arttıkça sorumlulukların artması ve kendilerinden sonra hastaya kim bakacak kaygısının bakım yükünü artırdığı düşünülmektedir.

5.7 Bakıcı Yaşı ile Bakım Yükü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Bakım verenlerin yaşı ile öfke kontrol düzeyi arasında istatistiksel olarak pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. Çalışmada bakım verenlerin yaşı arttıkça öfke kontrol düzeyleri de artmaktadır. Bu durum bakım verenlerin yaşının artması ile yaşadıkları yüklerle bireylerin yaş aldıktan sonra tecrübelerinin de artması ile daha etkin başedebildiğini düşündürmektedir.

Bakım verenlerin yaşı ile sürekli öfke ve öfke dışı düzeyi arasında istatistiksel olarak negatif yönde zayıf ilişki olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin yaş ortalamaları düştükçe sürekli öfke ve öfke dışı düzeyleri artmaktadır. Bu bulguya göre daha genç bakım verenlerin sürekli öfke düzeyleri daha yaşlı olanlara

göre yüksek olduğu ve genç bakım verenlerin öfkelerini daha çok dışa yansıttığı düşünölmektedir. Literatür incelendiğinde benzer çalışma bulunamamıştır

Çalışmada bakıcı yaşı ile öfke içte puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu bulgu bakıcı yaşının öfkenin içe yansıtılmasını etkilemediğini düşöndürmektedir.

5.8 Hasta Yaşı ile Bakım Yüğü ve Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği Arasındaki İlişkinin Tartışılması

Çalışmada hasta yaşı ile bakım yüğü, sürekli öfke, öfke içte ve öfke dışta puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olmadığı; öfke kontrol puanına göre pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Literatür tarandığı zaman bu konuda yapılmış anlamlı çalışmalar hastanın yaşının bakım yüğü ile ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Bu konuda çeşitli sonuçlar elde edilmiş olmasına rağmen çalışmada hastanın yaşının bakım yükünü etkilemediğı düşünölmektedir (15, 21). Hasta yaşı arttıkça bakım verenlerin öfke kontrol düzeyi artmaktadır. Hastanın yaşı ile sürekli öfke, öfke içte, öfke dışta ve öfke kontrol alt boyut puanları arasındaki ilişki ile ilgili ise bulguya rastlanmamıştır.

Bölüm 6

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuçlar

Psikiyatri ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Polikliniğine başvuran kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenleri ile gerçekleştirilen, bakım verenlerin bakım yükü ile öfke ifade etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelendiği bu çalışmada elde edilen sonuçlar;

- Bakım verenlerin %19.1'i 50-57 yaş grubunda, %60'ı kadın, %70.9'u evli, %40.9'u ilkokul mezunudur. Bakım verenlerin %30'u hastaların çocuğudur.
- Bakım verenlerin %44.5'i çalışmazken, %50'sinin geliri giderine eşittir.
- Bakım verenlerin %31.8'i hastalarına 16 yıldan fazla bakmakta ve %49.1'i hastalarıyla günde 13-24 saat arasında zaman geçirmektedir.
- Bakım verenlerin %61.1'i hastalığın ne olduğunu bilmemekte ve %75.5'i hastalık hakkında herhangi bir bilgiye sahip değildir.
- Kronik ruhsal hastaların %19.1'i 34-41 yaş grubunda, %51.8'i kadın, %60'ı bekâr, %40.9'u ilkokul mezunudur.
- Kronik ruhsal hastaların %78.2'sinin sağlık güvencesi olup, %82.7'si çalışmamaktadır.
- Kronik ruhsal hastaların %27.3'ünün hastalık süresi 1-5 yıl iken %52.7'si hastaneye hiç yatmamıştır.
- Bakım verenlerin Bakım yükü ölçeğinden elde edilen toplam puan ortalamasının $53,40 \pm 15,46$ olarak tespit edilmiştir.

- Bakım veren kişilerin sürekli öfke düzeyleri toplam puan ortalaması $21,50 \pm 5,75$, öfke kontrol toplam puan ortalaması $22,23 \pm 4,01$, öfke içe atım toplam puan ortalaması $17,04 \pm 3,36$, öfke dışa atım toplam puan ortalaması $15,10 \pm 4,55$ olarak edilmiştir.
- Kadın bakım verenlerin bakım yükü puan ortalaması erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur.
- Çalışmayan bakım verenlerin çalışan bakım verenlere göre bakım yükü ve öfke dışta puanları daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Bakım verenlerin aylık geliri giderden az olan grubun bakım yükü daha yüksek tespit edilmiştir.
- Hasta ile 13-24 saat arasında vakit geçiren bakım verenlerin 1-4 ve 5-8 saat arasında vakit geçiren bakım verenlere göre daha yüksek bakım yükü puanı aldıkları tespit edilmiştir.
- Hasta ile 13-24 saat arasında vakit geçiren bakım verenlerin 1-4 saatleri arasında bakım verenlere göre sürekli öfke puanları daha yüksektir.
- Kadın hastalara bakım verenlerin öfke kontrol ve öfke içte alt boyutları puanı erkek hastalara bakım verenlere göre daha yüksek olarak belirlenmiştir.
- Kronik ruhsal hastalığı bilme durumunu göre evet diyen bakım verenlerin ortalaması öfke dışta alt boyutuna göre daha yüksek tespit edilmiştir.
- Hastaların cinsiyetlerine göre öfke kontrol ve öfke içte alt boyutuna göre anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Kadın hastaların öfke kontrol ve öfke içte alt boyutlarına göre puanı daha yüksektir.
- Hastalık süresi 26 yıl ve üzeri olan hastaların 1-5 yıl arası hastalık süresi olan hastalara göre bakım verenin öfke kontrol alt boyutu puanları daha yüksektir. Hastalık süresi 1-5 yıl arası olan hastaların 26 yıl ve üzeri hastalık süresi olan

hastalara göre bakım verenin öfke içte alt boyutuna göre daha yüksek puana sahiptir.

- Bakıcı yaşı ile bakım yükü ve öfke kontrol düzeyi arasında pozitif yönde zayıf düzeyde istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir.
- Hasta yaşı ile öfke kontrol puanına göre pozitif yönde zayıf anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.
- Bakım verenlerin yük düzeyi ile sürekli öfke, öfke kontrol, öfke içte ve öfke dışı alt boyutu puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmadığı belirlenmiştir.

6.2 Öneriler

- Bakım verenlerin sürekli öfke, öfke dışı, öfke içte ve öfke kontrol düzeyleri orta düzeyde tespit edilmiştir. Öfke ifade etme biçimleri değerlendirilmeli , ve öfkeyi doğru ifade etme biçimleri ile öfkeyle başetme yöntemleri öğretilmesi ,
- Bu çalışmada bakım verenlerin orta düzeyin üzerinde bakım yükü tespit edilmiştir. Bakım veren bireylere yönelik bakım yükünü hafifletecek desteğin sağlanması
- Psikiyatri hemşirelerinin bakım verenlerin yükünü azaltacak düzenli eğitimlerin yapılması,
- Araştırmanın daha kapsamlı bir örneklem grubu ile tekrarlanmalı ve ülkemizde bu konuya yönelik girişimsel çalışmaların planlanması ve etkinliğinin değerlendirilmesi,
- Bakım yükü ve öfke puanını etkileyen nedenlere yönelik derinlemesine çalışmalar yapılması önerilir.

KAYNAKLAR

- [1] Harmancı, P., Duman, Z. (2016). *Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Yükleri ve Ruhsal Sağlık Durumları Arasındaki İlişki*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi , 82-86.
- [2] Gültekin, K. B. (2010). *Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve ve Sınıflandırma*, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(4), 583-594.
- [3] Duman, Z., Bademli, K. (2013). *Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri:Sistemik Bir İnceleme*, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 78-94.
- [4] Bademli, K., Lök, N. (2017). *Kronik Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama Davranışları*, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 9(2), 136-146.
- [5] Arabacı, B. L., Büyükbayram,A., Aktaş,Y., Taşkın,N.(2018), *Kronik Ruhsal Bozukluk Tanısı Alan Hastaların Bakım Verenlerine Verilen Psikoğitimin Yaşadıkları Güçlük Ve Psikososyal Uyumlarına Etkisi*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9(3), 175-185.
- [6] Türkmen, N, S. (2015), *Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi*, Uluslararası Hakemli Psikiyatri Ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi, 4, 73-93.
- [7] Bademli, K., Lök, N., Kılıç, A. (2017). *Relationship between Caregiving Burden and Anger Level in Primary*. Archives of Psychiatric Nursing, 263-268.

- [8] Yıldırım,S.,Akyüz,Ö.,Engin,E.,Gültekin,K.(2017), *The Relationship between Psychiatric Patients' Caregiver Burden And Anger Expression Styles*, Journal Of Clinical Nursing,725-731.
- [9] Bademli, K., Duman, Z. (2011). *Şizofrenin Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programları: Sistemik Derleme*, Türk Psikiyatri Dergisi, 255-265.
- [10] Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Çubukçuoğlu, Z. ve diğerleri. (2010). *Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler*, Türk Psikiyatri Dergisi, 21(3), 203-212.
- [11] Atagün, M., Balaban, Ö., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A. (2011). *Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü*, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 513-552.
- [12] Duran, S., Eroğlu,S. (2016). *Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hasta ve Ailelerinin Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi*, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 13(6), 237-247.
- [13] Doğan, O. (2002). *Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 133-139.
- [14] Gülseren, L. (2002). *Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler*, Türk Psikiyatri Dergisi, 13, 143-151.

- [15] Arslantaş, H., Adana, F. (2011). *Şizofreninin Bakım Verenlere Yüğü, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3,251-277.
- [16] Bademli,K., Çetinkaya, Z.(2011), *Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programları: SistematiK Derleme*, Türk Psikiyatri Dergisi, 22, 255-65.
- [17] Tüzer ,V., Zincir ,S., Başterzi, AD., Aydemir ,Ç., Kısa, C., Göka, E.(2003), *Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi*,Klinik Psikiyatri Dergisi, 6,198-203.
- [18] Yazıcı,E., Karabulut,Ü., Yıldız ,M., Tekeş,B.S., İnan,E., Çakır,U., Boşgelmez,Ş., Turgut,C. (2016), *Şizofrenisi Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yüğü ve İlişkili Etmenler*, Nöropsikiyatri Arşivi,53,96-101.
- [19] Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Başeğmez, D. F. (2002). *Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Aileler*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3,133-139.
- [20] Lucksted, A., Steward ,B., Forbes, C.B. (2008). *Benefits and Changes for Family to Family Graduates*, Am J Community Psychol, 42,154-66.
- [21] Atagün, M, İ., Balaban, Ö, D., Atagün, Z., Elagöz, M. & Özpolat, A, Y. (2011). *Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yüğü*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3(3), 513-552.

- [22] Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M, Y., Seçil, M., Can, S., & Çobanoğlu, N. (2001). *Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dışa Vurumunun İncelenmesi*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1), 5-14.
- [23] Kaya,Y.(2013),*Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü*, Yüksek Lisans Tezi.
- [24] Özbaş, D.,Küçük, L.,Buzlu,S.(2008),*Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları*, Düşünen Adam, 21(1-4), 14-23.
- [25] Tüzer, V., Zincir,S., Başterzi, A,D., Aydemir, Ç., Kısa, C.,Göka,E. (2003),*Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi*, Klinik Psikiyatri, 6, 198-203.
- [26] Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V., & Adana, F. (2009),*Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi*,ADU Tıp Fakültesi Dergisi,10(2) ,3-10.
- [27] Pickett-Schenk, SA., Lippincott, RC., Bennett, C., & Steigman, P.J. (2008),*Improving Knowledge About Mental Illness Through Family-led Education: The Journey of Hope*, Psychiatric Services, 59(1), 49-56.

- [28] Magaña,S,M.,Garcia,J,I,M.,Hernandez.,MG.Cortez,R.(2007),*Psychological Distress Among Latino Family Caregivers Of Adults With Schizophrenia: The Roles Of Burden And Stigma*, Psychiatric Services, 58(3), 378-384.
- [29] Perlick, D, A., Rosenheck, R, A., Miklowitz, D, J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R. (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, 9(3), 262-273.
- [30] Yıldırım, S., Yalçın, N., Güler, C. (2017), *Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakım Veren Yükü: Sistemik Derleme*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 8(3), 165-171.
- [31] Soykan,Ç. (2003), *Öfke Ve Öfke Yönetimi*, Kriz Dergisi ,11(2),19-27.
- [32] Korkmaz,A.(2014), *Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Öfke Ve İlişkili Faktörler*, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın.
- [33] Özmen,D.,Özmen,E.,Çetinkaya,A.,Akil,İ.Ö.(2016), *Ergenlerde Sürekli Öfke Ve Öfke İfade Tarzları*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 17(1), 65-73.
- [34] Şahin, H. (2005), *Öfke ve Öfke Denetiminin Kuramsal Temelleri*, Süleyman Demirel Üniversitesi Burdur Eğitim Fakültesi Dergisi, 6(10) , 1-22.

- [35] Güneşen,P,N.(2016). *Öfke, Saldırganlık ve Psikiyatri Hemşireliği*, Türkiye Klinikleri J Psikiyatr Nurs-Special Topics, 2(2), 36-43.
- [36] Yıldız, K, M., Ekinci, M. (2017), *Kanserli Hastaya Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükleri ve Öfke İfade Tarzları Arasındaki İlişki ve Etkileyen Faktörler*, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 14 (3), 176-184.
- [37] Durukan, İ., Erdem, M., Türkbay, T., Cöngöloğlu, M, A. (2009), *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocukların Klinik Belirtilerinin Annelerinin Öfke Düzeyleri Ve Öfke İfade Tarzları İle İlişkisi*, Gülhane Tıp Dergisi, 51, 101-104.
- [38] Keskin,A., Ünlüoğlu,İ., Bilge,U., Yenilmez,Ç.(2013), *Ruhsal Bozuklukların Yaygınlığı, Cinsiyetlere Göre Dağılımı ve Psikiyatrik Destek Alma ile İlişkisi*, Nöropsikiyatri Arşivi, 50, 344-351.
- [39] Binbay, T., Direk, N., ve Ark. (2013). *Türkiye’de Psikiyatrik Epidemiyoloji: Yakın Zamanlı Araştırmalarda Temel Bulgular Ve Gelecek İçin Öneriler*, Türk Psikiyatri Dergisi,24,1-18.
- [40] WHO Regional Office for Europe. (2011). Impact of Economic Crises on Mental Health. World Health Organization.

- [41] Gümüő, B, A. (2006). *Şizofrenide Hasta Ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik*, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi,1(2),23-34.
- [42] Tel, H., Pınar, E, ő. (2012), *Ayaktan İzlenen Psikiyatri Hastalarında İçselleőtirilmiş Damgalama ve Benlik Saygısı*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 3(2),61-66.
- [43] WHO, 2001; Öztürk, 2004; Kessler et al, 2005; Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011.
- [44] Aőık, H. (2011). *Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerine Verilen Psikiyatri Hizmetlerinin İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, İzmir.
- [45] Donyağı, D, N. (2016). *Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerine Devam Eden Ve Devam Etmeyen şizofreni Hastalarında Aile Yükünün İncelenmesi*, Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- [46] Türkiye Kronik Hastalıklar Ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması 2013. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kronik Hastalıklar, Yaşlı Sağlığı ve Özürlüler Daire Baőkanlıđı, Sağlık Bakanlığı Yayın No:909 Ankara,2013
- [47] Türkiye hastalık yükü çalışması 2004. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Baőkanlıđı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı yayın no: 701 Ankara:Aydoğdu Ofset Matbaacılık, 2007;27.

- [48] Taşkın,O.,Şen,F,S.,Aydemir,Ö.(2002).*Türkiye 'dekırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları*. Türk Psikiyatri Dergisi,13(3),205-214.
- [49] Dikeç,G., Kutlu,Y.(2015). *Ruhsal Bozukluklarda Tedavi Uyumunu Artırmak İçin Bir Yöntem: Tedaviye Uyum Programı*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,6(1),40-46.
- [50] Namlı,Z., Karakuş,G. ve ark.(2016).*Bipolar Bozuklukta Cinsellik ve Cinsel İşlev Bozuklukları*, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 8(4), 309-320.
- [51] Tel, H., Pınar, E, Ş.(2013). *Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(3), 145-152.
- [52] Ünsal, G., Karaca, S. ve ark. (2014). *Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Psikiyatri Hemşiresinin Rollerine İlişkin Görüşleri*, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 4(2), 90-95.
- [53] Townsend, M. (2016). *Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri*, 6.Baskı, Ankara: Özyurt Matbaacılık.
- [54] Erginer, K, D., Günüşen, P, N. (2013). *Fiziksel sağlık Kronik Psikiyatri Hastalarının Fiziksel Sağlık Durumu: İhmal Edilen Bir Alan*, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 6(3), 159-164.

- [55] Çetin,N.,Demiralp,M.,Oflaz,F.,Özşahin,A.(2013).*Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi İle Aile Üyelerinin Bakım Yükü Ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi*, Anadolu Psikiyatri Dergisi,14,19-26.
- [56] Çoban,A,S.,Özkan,B.,Medik,K.,Saraç,B.(2013).*Bipolar Bozukluğu Olan Bireyler ve Bakımverenlerinin Yaşam Kalitesi*, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi,4(2),61-66.
- [57] Bilge,A.,Ünal,G.(2005).*Öfke, Öfke Kontrolü Ve Hemşirelik Yaklaşımı*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi , 21(1), 189-196.
- [58] MacNeil,G.,Kosberg,I,J.,Durkin,W,D.,et al.(2010).*Caregiver Mental Health and Potentially Harmful Caregiving Behavior: The Central Role of Caregiver Anger*, The Gerontologist,50(1), 76–86.
- [59] Tambağ, H, Üstün, B, Demir, S. (2019). *Öfkeli Birey/Hastayla İletişim. Hemşirelikte İletişim. İstanbul. Akademi Basın ve Yayıncılık.*
- [60] Awad,A,G.,Voruganti,L,N,P.(2008).*The Burden Schizophrenia On Caregivers: A Review*, Pharmacoeconomics,26,149-162.
- [61] Durmaz, H.,Okanlı,A. (2014).*Investigation Of The Effect Of Self-Efficacy Levels Of Caregiver Family Members Of The Individuals With Schizophrenia On Burden Of Care*, Arch Psychiatr Nurs, 28,290–4.

- [62] Türkmen,N. (2015).*Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Bakım Yükü Ve Algılanan Sosyal Destek*, Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi ,5,55–75.
- [63] Özlü,A.,Yıldız,M.,Aker,T.,(2009).*Zarit Bakıcı Yük Ölçeği'nin Şizofreni Hastayakınlarında Geçerlilik Ve Güvenilirlik Çalışması*, Nöropsikiyatri Arşivi ,46,38–42.
- [64] Özkan,B.,Erdem,E.,Ozsoy,S,D.,Zararsız,G.,(2013). *Effect Of Psychoeducation And Telepsychiatric Follow Up Given To The Caregiver of The Schizophrenic Patient on Family Burden, Depression And Expression of Emotion*,Pak J Med ,29,1122–7.
- [65] Alexander,G.,Beebe, C,E., et al.(2016).*Burden Of Caregivers of Adult Patients with Schizophrenia in A Predominantly African Ancestry Population*, Qual Life Res,25,393–400.
- [66] Luchsinger,J,A.,Tipiani,D., et al.(2015).*Characteristics Andmental Health Of Hispanic Dementia Caregivers İn New York City*, Am J Alzheimers Dis Other Demen ,30,584–90.
- [67] Akpınar, B., Küçükgüçlü, Ö., Yener, G.(2011). *Effects of Gender on Burden Amongcaregivers of Alzheimer's Patients*, Journal of Nursing Scholarship,43,248–54.

- [68] Yeşil, T., Çetinkaya, E., Korkmaz, M. (2016). *Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi*, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5(4), 54-66
- [69] Ampalam,P.,Gunturu,S.,Padma,V. A.(2012).*Comparative Study Of Caregiver Burden İn Psychiatric İllness and Chronic Medical İllness*, Indian J Psychiatry, 54,239–43.
- [70] Yıldırım.A., Buzlu,S. ve ark.(2013). *Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yükü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi*. Türk Psikiyatri Dergisi,25,1–7.

EKLER

Ek 1: Bakanlık İzni



KUZEY KIBRIS TÜRK CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI
YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI DAİRESİ

Sayı. YTK.0.00-1/2013-19/79-18/ 108

Lefkoşa : 12.01.2018

**Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği,
Lefkoşa.**

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun 06.11.2017 tarih ve 2017/50-38 sayılı kararı doğrultusunda **Beklem Tutkulu**'nun, "**Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yakınlarının Bakım Yükü ve Öfkeyi İfade Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi**" konulu araştırmasını **Ocak 2018** ile **Eylül 2018** tarihleri arasında anket çalışmasını kabul eden kişilere hizmetleri aksatmayacak şekilde uygulamaları ve tez çalışmasının raporlarını yayınlanmadan önce Bakanlığımızla paylaşmaları kaydıyla uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini saygı ile rica ederim.


Dr. Mustafa ALTİNGÜNEŞ
Yataklı Tedavi Kurumları Dairesi
Müdürü

UÖ.

Adres: Bedreddin Demirel Caddesi No: 142 Lefkoşa.
Tel: (+90 392) 228 3173, 228 4011, 228 4068 / Faks: (+90 392) 228 4247

Ek 2: Etik Kurulu Onayı



Sayı: ETK00-2017-0295
Konu: Etik Kurulu'na Başvurunuz Hk.

28.12.2017

Sayın Beklem Tutkulu
Hemşirelik Bölümü
Yüksek Lisans Öğrencisi

Doğu Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu'nun **06.11.2017** tarih ve **2017/50-38** sayılı kararı doğrultusunda, **Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yakınlarının Bakım Yükü ve Öfkeyi İfade Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi** adlı çalışmanızı, Prof. Dr. Gülümser Kublay'ın danışmanlığında araştırmanız, Bilimsel ve Araştırma Etiği açısından uygun bulunmuştur.

Bilginize rica ederim.


Doç. Dr. Şükrü Tüzmen
Etik Kurulu Başkanı

ŞT/sky.

Ek 3: Ölçek İzinleri

6/14/2019

Posta - beklem.tutkulu@emu.edu.tr

Ynt: Ölçek Kullanım İzin Talebi

Beklem TUTKULU

31.03.2017 (Cum) 17:09

Gönderilmiş Öğeler

Kime: asliozlu@yahoo.com <asliozlu@yahoo.com>;

Teşekkür ederim. Bana ölçeğinizi kullanma izninizi , ölçeğin tamamını ve değerlendirme bilgilerini göndermenizi rica ediyorum.

Gönderen: Beklem TUTKULU

Gönderildi: 29 Mart 2017 Çarşamba 17:13:45

Kime: asliozlu@yahoo.com

Konu: Ynt: Ölçek Kullanım İzin Talebi

Teşekkür ederim. Bana ölçeğinizi kullanma izninizi , ölçeğin tamamını ve değerlendirme bilgilerini göndermenizi rica ediyorum.

Gönderen: asly özlü <asliozlu@yahoo.com>

Gönderildi: 29 Mart 2017 Çarşamba 17:06:41

Kime: Beklem TUTKULU

Konu: İlt: Ölçek Kullanım İzin Talebi

Merhaba,

Çalışmanızda kolaylıklar dilerim..

İyi çalışmalar

[Android'de Yahoo Postadan gönderildi](#)

0:04'30e' 30 Mar 2017 Per tarihinde, Beklem TUTKULU <beklem.tutkulu@emu.edu.tr> şunu yazdı:

Merhaba

Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Bölümü psikiyatri alanında yüksek lisans öğrencisiyim. Araştırma konum "kronik ruhsal hastası olan ailelerin yükü , öfkeyi ifade etme biçimleri" olarak belirlenmiştir. Araştırmamı KKTC Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastahane'sinde yapılması planlanmıştır. Sizde sorumlu yazar olduğunuz "Zarit bakıcı yük ölçeği" kullanmak istiyorum.

Teşekkür ederim.

Beklem Tutkulu

Ynt: Olcek izin talebi

Beklem TUTKULU

3.04.2017 (Pzt) 15:14

Silinmiş Öğeler

Kime: ozer.akadir <ozek.akadir@gmail.com>;

Öncelikle teşekkür ederim Sn.hocam.

Ölçeğinizi ve kullanma izninizi birde uygulamaya ve değerlendirme yönergesini göndermenizi rica ediyorum sizden.

Teşekkürler
Saygılarımla

Beklem Tutkulu

Gönderen: ozer.akadir <ozek.akadir@gmail.com>

Gönderildi: 3 Nisan 2017 Pazartesi 13:00:15

Kime: Beklem TUTKULU

Konu: RE: Olcek izin talebi

Sn Tutkulu
Söz konusu ölçekleri tez çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Başarı dilekleriyle
Prof.Dr Kadir Özer

Sent from Samsung Mobile

----- Original message -----

From: Beklem TUTKULU <beklem.tutkulu@emu.edu.tr>

Date: 03/04/2017 15:45 (GMT+03:00)

To: ozer.akadir@gmail.com

Cc:

Subject: Olcek izin talebi

Merhaba

Ben Doğu Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Bölümü psikiyatri alanında yüksek lisans öğrencisiyim. Araştırma konum "kronik ruhsal hastası olan ailelerin yükü , öfkeyi ifade etme biçimleri" olarak belirlenmiştir. Araştırmamı KKTC Barış Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastahane'sinde yapılması planlanmıştır. Sizde sorumlu yazar olduğunuz "öfkeifade tarzı ölceğini" kullanmak istiyorum.

Teşekkür ederim.
Beklem Tutkulu

Ek 4: Onam Formu



**Doğu Akdeniz Üniversitesi
Bilimsel Araştırma ve Yayın Etiği Kurulu
Sağlık Etik Alt Kurulu**

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yakınlarının Bakım Yükü ve Öfkeyi İfade Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Bu form ile ‘Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Bireylerin Yakınlarının Bakım Yükü ve Öfkeyi İfade Etme Biçimleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’ isimli çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Sizinle ilgili tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Araştırma bitiminde elde edilen sonuçlar, sizin kimliğiniz hiçbir şekilde açıklanmadan, tamamen saklı tutularak ilgili literatürde yayınlanabilecektir.

Araştırmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamanız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Araştırma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz, sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Şu anda bu formu imzalarsanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin araştırmayı bırakmakta özgürsünüz. Aynı şekilde araştırmayı yürüten araştırmacı çalışmaya devam etmeniz sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmakla parasal bir yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırma, **Prof. Dr. Gülümser Kublay**’ın sorumluluğu altında yapılmaktadır.

Araştırmanın Konusu ve Amacı:

Bu araştırmanın amacı; Bu araştırma ile bir psikiyatri hastanesine başvuran kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren kişilerin yükü ile öfke ifade etme biçimleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Araştırmanın Yöntemi:

Bu araştırma; bir psikiyatri hastanesinin erişkin polikliniğinde ve akut yatılı servisinde kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yakınlarının bakım yükü ve öfkeyi ifade etme biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesini tanımlayıcı kesitsel korelasyonel bir araştırma olarak planlanmıştır. Araştırma verileri etik kurul ve gerekli kurum izinleri alınarak daha sonra bireylerden yazılı onam formu alınıp, Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu’ nu imzalamaları istenecektir. Ardından tanıtıcı özelliklere ilişkin veri formu sonrasında ‘Zarit Bakıcı Yük Ölçeği’ ve ardından ‘Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği’ yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacı tarafından haftanın iki günü mesai

saatlerinde (8.30-13.00) gidilerek akut servis ve polikliniğe başvuran hastaların yakınlarından toplanacaktır.

Soru, Daha Fazla Bilgi ve Problemler İçin Başvurulacak Kişiler :
Gereksininiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

Adı : Beklem Tutkulu
Görevi : OKUTMAN (HEMŞİRE)
Telefon : 05338755141

Gönüllünün / Katılımcının Beyanı:

Bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıştım ve kendisi bütün sorularımı tatmin olacağım şekilde cevapladı.

Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun bana herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Ayrıca araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum. Araştırma sırasında herhangi bir bilgi, soru sorma ihtiyacım olduğunda **Beklem Tutkulu** ile iletişim kurabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum ve bu onay belgesini kendi hür irademle imzalıyorum. Araştırmacı, saklamam için imzalı bu belgenin bir kopyasını bana teslim etmiştir.

Gönüllü/Katılımcı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme Tanığı

Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Araştırmacı

Adı soyadı, unvanı:Oktm. Beklem Tutkulu
Adres: Serhatköy
Tel: 05338755141
İmza:
Tarih:

Ek 5: Sürekli Öfke ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği

YÖNERGE: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatırken kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da genel olarak nasıl hissettiğinizi düşünün ve ifadelerin sağ tarafındaki sayılar arasında sizi en iyi tanımlayanı seçerek üzerine (X) işareti koyun. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

	Hiç			Tümüyle
	(1)	(2)	(3)	(4)
1. Çabuk parlarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
2. Kızgın mizaçlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
3. Öfkesi burnunda bir insanım.	(1)	(2)	(3)	(4)
4. Başkalarının hataları, yaptığım işi yavaşlatınca kızarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
5. Yaptığım iyi bir işten sonra takdir edilmemek canımı sıkar.	(1)	(2)	(3)	(4)
6. Öfkelenince kontrolümü kaybederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
7. Öfkelenince ağızma geleni söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
8. Başkalarının önünde eleştirilmek beni çok hiddetlendirir.	(1)	(2)	(3)	(4)
9. Engellendiğimde içimden birilerini vurmaya gelir.	(1)	(2)	(3)	(4)
10. Yaptığım iyi bir iş kötü değerlendirildiğinde çılgına dönerim.	(1)	(2)	(3)	(4)

II. BÖLÜM:

YÖNERGE: Herkes zaman zaman kızgınlık veya öfke duyabilir. Aşağıda, kişilerin öfke ve kızgınlık tepkilerini tanımlarken kullandıkları ifadeleri göreceksiniz. Her bir ifadeyi okuyun ve öfke ve kızgınlık duyduğunuzda genelde ne yaptığınızı düşünerek o ifadenin yanında sizi en iyi tanımlayan sayının üzerine (X) işareti koyarak belirtin. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1. Hiç
2. Biraz
3. Oldukça
4. Tümüyle

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
	(1)	(2)	(3)	(4)
11. Öfkemi kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)
12. Kızgınlığımı gösteririm.	(1)	(2)	(3)	(4)
13. Öfkemi içime atarım.	(1)	(2)	(3)	(4)
14. Başkalarına karşı sabırlıyım.	(1)	(2)	(3)	(4)
15. Somurtur ya da surat asarım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

	Hiç			Tümüyle
	(1)	(2)	(3)	(4)
16. İnsanlardan uzak dururum.	(1)	(2)	(3)	(4)
17. Başkalarına iğneli sözler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
18. Soğukkanlılığımı korurum.	(1)	(2)	(3)	(4)
19. Kapıları çarpmak gibi şeyler yaparım.	(1)	(2)	(3)	(4)
20. İçin için köpürürüm ama gösteremem.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

21. Davranışlarımı kontrol ederim.	Hiç (1)	(2)	Tümüyle (3)	(4)
22. Başkalarıyla tartışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
23. İçimde, kimseye söylemediğim kinler beslerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
24. Beni çileden çıkaran herneyse saldırırım.	(1)	(2)	(3)	(4)
25. Öfkem kontrolden çıkmadan kendimi durdurabilirim.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

26. Gizliden gizliye insanları epeyce eleştiririm.	Hiç (1)	(2)	Tümüyle (3)	(4)
27. Belli ettiğimden daha öfkeliyimdir.	(1)	(2)	(3)	(4)
28. Çoğu kimseye kıyasla daha çabuk sakinleşirim.	(1)	(2)	(3)	(4)
29. Kötü şeyler söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
30. Hoşgörülü ve anlayışlı olmaya çalışırım.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖFKELENDİĞİMDE VEYA KIZDIĞIMDA...

31. İçimden insanların farketmediğinden daha fazla sinirlenirim.	Hiç (1)	(2)	Tümüyle (3)	(4)
32. Sinirlerime hakim olamam.	(1)	(2)	(3)	(4)
33. Beni sinirlendirene, ne hissettiğimi söylerim.	(1)	(2)	(3)	(4)
34. Kızgınlık duygularımı kontrol ederim.	(1)	(2)	(3)	(4)

Ek 6: Tanıtıcı Özellikler Formu

Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özellikleri;

1. Bakım verenin yaşı:
2. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
3. Medeni durumunuz: Evli () Bekar ()
4. Hastaya yakınlık durumunuz: Annem () Babam () Çocuğum () Eşim ()
Kardeşim ()
Diğer(.....)
5. Eğitim düzeyiniz: İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
Lisansüstü ()
6. Çalışma durumunuz: Çalışıyorum () Çalışmıyorum () Emekli ()
Çalışıyor iseniz ne iş yaptığınızı belirtiniz:
7. Aylık geliriniz : Geliri giderinden fazla ()
Geliri giderine eşit ()
Geliri giderinden az ()
8. Evde kaç kişi yaşıyorsunuz:
9. Kaç yıldır bu kişiye bakım veriyorsunuz:
10. Günde kaç saat hastayla birlikte vakit geçiriyorsunuz:
11. Ailenizde başka ruhsal hastalığı olan birey var mı: Evet () Hayır ()
12. Hastalığının ne olduğunu biliyor musunuz: Evet () Hayır ()
13. Hastalık hakkında herhangi bir bilgi aldınız mı: Evet () Hayır ()

Kronik Ruhsal Hastasına İlişkin Tanıtıcı Özellikler;

1-Hastanın yaşı:

2-Cinsiyeti: Kadın () Erkek ()

3-Medeni durumu: Evli () Bekâr ()

4-Sağlık güvencesi: Var () Yok ()

5-Eğitim düzeyi: Okur-yazar Değil () İlkokul () Ortaokul ()
Lise () Üniversite () Lisansüstü ()

6-Çalışma durumu: Çalışıyor () Çalışmıyor () Emekli ()

Eğer hastanız çalışıyor ise ne iş yaptığını belirtiniz:

8-Hastalık tanısı:.....

9-Hastalık süresi:

10-Hastaneye yatış sayısı:.....

Ek 7: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

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

	Asla	Nadiren	Arasıra	Oldukça sık	Neredeyse her zaman
1-Yakınınzla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2- Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işiniz ile ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
3- Yakınınzla birlikteyken kızgınlık hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5
4- Yakınınzın şu anda ailenizin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5- Yakınınzın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
6- Yakınınzın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7- Yakınınzla birlikteyken kısıtlanmışlık hissedersiniz mi?	1	2	3	4	5

8- Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissedermisiniz?	1	2	3	4	5
9- Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10- Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissedermisiniz?	1	2	3	4	5
11- Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
12- Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hissedermisiniz?	1	2	3	4	5
13- Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14- Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
15- Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16 -Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder	1	2	3	4	5

misiniz?					
17 -Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18- Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19- Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5