T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA

KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN HASTALARIN BAKIM VERENLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Merve AKÇAM

Referans no: 10297245

EDİRNE – 2021

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

Tez Yöneticisi
Dr. Öğr. Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA

KRONİK RUHSAL HASTALIĞI OLAN HASTALARIN BAKIM VERENLERİNDE SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

(Yüksek Lisans Tezi)

Merve AKÇAM

Destekleyen kurum:

Tez no:

EDİRNE – 2021

TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim boyunca deneyim ve bilgileri ile desteğini esirgemeyen sevgili hocam ve tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA'ya, her zaman yanımda olan canım aileme ve beni her koşulda destekleyen canım halam Nursen BALABAN'a sonsuz minnet ve teşekkürlerimi sunarım. Kurumlarında araştırma yapılmasına izin vererek destek olan hastane yöneticilerine ve araştırmaya katılmayı kabul eden gönüllülere teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ VE AMAÇ 1

GENEL BİLGİLER 3

KRONİK PSİKİYATRİK HASTALIKLAR VE BAKIM VERENLER 3

BAKIM VEREN OLMADA İYİLİK HALİNİN ÖNEMİ 6

SAĞLIK KAVRAMI 7

SAĞLIĞIN KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİ 8

BAKIM VERENLERİN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ 11

GEREÇ VE YÖNTEM 13

BULGULAR 18

TARTIŞMA 31

SONUÇLAR 43

ÖZET 47

SUMMARY 49

KAYNAKLAR 51

TABLOLAR LİSTESİ 61

ÖZGEÇMİŞ 62

EKLER 63

SİMGE VE KISALTMALAR

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

SYBDÖ II: Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

TDK: Türk Dil Kurumu

GİRİŞ VE AMAÇ

Günümüzde yeti kaybıyla beraber ölüme en sık neden olan, sürekli ve tekrarlayıcı özellikteki hastalıkların başında, ruhsal ve davranışsal bozukluklar gelmektedir. Ruhsal hastalığı olan bireylerin farmakolojik tedavisinin yanı sıra verilen bakımın kalitesi de hastaların tedaviye uyumuyla doğrudan ilişkilidir. Hastanın tedaviye uyumu, hastalığın seyrini ve tedavinin başarısını etkiler. Bu amaçla ruhsal hastalığı olan bireylerin tedaviye uyumlarında, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesinde ve işlevselliklerinin arttırılmasında, bireylerin desteklenmesi son derece önemlidir. Hastaların belirli düzeyde bakımlarının yapılması ve desteklenmesi her zaman aile üyelerinin bir görevi olmuştur. Bu durum hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için geçerlidir (1,2).

Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylere bakım vermek, uzun süren, yıpratıcı ve yorucu bir süreçtir. Hastalığın klinik seyri, damgalanma, hastanın öz kıyım girişimi, sosyal izolasyon ve primer bakım verici olma gibi hem hastanın hem de bakım verenin özellikleri, bakım verenlerde nesnel ve öznel yükler meydana getirmektedir. Yapılan çalışmalarda hastaların bakım ihtiyaçlarının fazlalaşmasıyla birlikte bakım verenlerin sağlıklarının bozularak, fiziksel hastalıklar ve depresif belirtilerle hastaneye başvuruların artmasına ve yaşam kalitesindeki azalmayla birlikte ise ölüm oranlarının yükselmesine neden olduğu belirtilmektedir (3-5).

Bakım verenler yaşamlarında hastalarını ön plana alarak kendi kişisel sağlıklarını çoğu zaman ikinci plana atmaktadır. Ruhsal hastalara sürekli bakım sağlayan birincil bakım verenler, hastanın tedavi sürecinde, topluma kazandırılmasında, maddi ve manevi anlamda güçlendirilmesinde önemlidir. Bu nedenle yalnızca hastanın değil bakım vereninde iyilik halinin ve yaşam kalitesinin gözetilmesi gerekmektedir.

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin kendi sağlığını koruma ve geliştirmek için uyguladığı bilinçli davranışlardır. Birçok hastalığın önlenmesinde de sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının etkin rol oynadığı bilinmektedir (6). Literatürdeki ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, demans, Alzheimer veya diğer fiziksel rahatsızlıkları olan bireylerin bakım verenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına odaklanan çalışmalara rastlanılırken, şizofreni, duygu durum bozuklukları veya diğer psikiyatrik bozukluklara sahip hastaların bakım verenleri üzerinde kısıtlı sayıda çalışmanın olduğu belirlenmiştir.

Bireylerin sağlık durumlarının iyileştirilmesi büyük ölçüde davranış değişikliğine bağlıdır. Her alanda olduğu gibi ruh sağlığı alanında da bireylerde davranış değişikliği oluşmasında psikiyatri hemşirelerine önemli roller düşmektedir. Bu nedenle yapılan bu çalışmada, kronik ruhsal hastalığa sahip hastaların birincil bakım verenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ve etkileyen faktörleri belirlemek, psikiyatri hemşireleri tarafından yapılacak psikoeğitimsel müdahalelere yol göstermek amaçlanmıştır.

GENEL BİLGİLER

KRONİK PSİKİYATRİK HASTALIKLAR VE BAKIM VERENLER

Ruhsal hastalıklar, insan ömrünün uzaması ve zorlu yaşam koşullarıyla birlikte halk sağlığını tehdit eden, toplumda sık görülen sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Kronik ruhsal hastalıklar yaşam boyu tedavi, bakım ve izlem gerektiren, bireyi, aileyi, toplumu psikososyal ve ekonomik yönden etkileyen sağlık sorunlarıdır (7,8).

Kronik ruhsal hastalık ifadesi iş, sosyal ilişkiler, boş zaman etkinlikleri ve günlük yaşam aktivitelerini içine alan, bireylerin önemli psiko-sosyal işlevsellik alanlarında uzun süreli veya kalıcı olarak yetersizlik oluşturan ruhsal hastalıkları tanımlamak için kullanılmaktadır (9-11).

Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre bakım verme genellikle çocuk, yaşlı ve hastaların beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanır (12). Bakım verme formal ve informal olarak değerlendirilmektedir. Formal bakım verme, kurumda ya da evde sağlık profesyonelleri tarafından gerçekleştirilirken, informal bakım verme, ücret almadan bir aile yakınının ya da arkadaşın yeme, içme, giyinme gibi ihtiyaçların giderilmesinde yardım etme olarak tanımlanmaktadır (13,14).

İlk olarak 1950 yılında klorpromazinin ve ardından diğer antipsikotiklerin kullanılmaya başlamasıyla birlikte depo hastanelerin yerini toplum temelli tedaviler almıştır. Toplum temelli tedavilerin önem kazanması hasta yakınının bakımda yer almasını desteklemiştir (15-17). Günümüzde de ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli olarak devam etmesi hastaların çoğunluğunun aileleriyle birlikte yaşamasına neden olmaktadır. Ülkemizde kronik hastalığa sahip bireylerin bakım vericilerinin çoğunlukla aile içinden olduğu yapılan çalışmalarla gösterilmektedir (18). Bakım veren bireyler hastalarının sağlık hizmetlerinden faydalanmasını,

ilaçlarını düzenli almasını, kişisel bakımlarını yapmalarını, küçük ev işleri de dahil hastalara, duygusal, fiziksel ve ekonomik alanlarda çok yönlü katkıda bulunurlar (19).

Bakım verme rolünü üstlenen bazı aile bireylerinde yararlı olabildiğini hissetme, sorun çözebildiğini görme, empati yapabilme, sosyal ilişkilerini geliştirebilme, özsaygı, özgüven ve doyum alma gibi zamanla bireysel bazı kazanımlar oluşmaktadır. Özlü ve ark. (20) süreç ilerledikçe bakım verenlerin hastalığı kabullenme, başa çıkma stratejileri kazanma gibi olumlu gelişmelerin yaşandığını vurgulamıştır. Bu kazanımlar bakım verenlerin iyilik hallerini destekleyerek, bakım sürecinde oluşabilecek stres ve tükenmişliği en aza indirebilir (19-21). Ancak bakım verenlerin plansız ve ani olarak bakım verici rolünü üstlenmiş olması, kronik ruhsal hastalıkların sıkı takip ve bakım gerektirmesi, bireylerin sağlığında, sosyal ilişkilerinde, ekonomik hayatında zorlanmaları meydana getirerek bakım verenlerde büyük yükler oluşturmaktadır (15). Bakım verenler bir taraftan üzüntü, suçluluk, öfke gibi yoğun zorlayıcı duyguları deneyimlerken diğer taraftan günlük yaşamındaki kısıtlanmalar, aile içindeki çatışmalar, ekonomik zorlanmalar gibi çok yönlü yükle karşı karşıya kalmaktadır (22). Bakım yükünün boyutlarına aşağıda değinilmiştir.

- Direkt bakımla ilgili işler: Hastanın ihtiyacına göre değişen bakım işleridir.
- Direkt bakımla ilgili olmayan işler: Aile üyelerinin bakım dışındaki işleridir. Hastanın sağlıklıyken sürdürdüğü daha sonradan ailenin üstüne aldığı işlerdir.
- Hastanın duygusal ihtiyaçları ile ilgilenmek: Aile üyeleri hastanın endişe ve acılarıyla uğraşmaya kendilerini adamışlardır.
- Diğer yaşam rollerinde bakım vermenin sonuçları: Bakım verenlerin hastanın ihtiyaçlarını hayatlarının merkezine alarak yaşam doyumu sağlayacak kendi ihtiyaçlarını göz ardı etmeleridir (23).

Hem bakım verene, hem de hastaya ait etmenler bakım verenlerin zorlanmalarına neden olmaktadır (24).

Bakım verene ait etmenler;

- Yaş: Yaş arttıkça bakım yükü ve tükenmişliğin arttığı düşünülmektedir (25).
- Cinsiyet: Bakım vericilerin çoğunluğu anne, eş ya da kız kardeştir. Kadınlar erkeklere kıyasla hastanın bakımında daha aktif rol üstlenmektedir (15).
- Sosyo-ekonomik durum: Ailenin bakımla ilgili diğer kaynaklardan yardım almalarına katkıda bulunurken, aynı zamanda bakım verenlerin süreç içerisinde rahatlamasına destek sağlar (25).

- Sağlık: Herhangi bir rahatsızlığı bulunan bakım verenlerin bakım yükü daha fazla bulunmuştur (15).
- Hastaya yakınlık: Hasta ile bakım verenin arasındaki ilişki, hastanın tedaviye uyumunu sağlamasıyla birlikte bakım verenin anne, baba ya da eş olması daha fazla stres ve duygusal yük oluşturmaktadır (26).
- Eğitim düzeyi: Eğitim seviyesi düştükçe bakım yükünün arttığını gösteren çalışmalar literatürde bulunmaktadır (27).
- Sosyal destek durumu: Bakım verenin çevresinden aldığı maddi, manevi ve duygusal destek, bakım sırasında oluşan sorunların giderilmesinde etkilidir (28). Bakım verenlerin sosyal hayatının kısıtlanmış olması, bakım verenleri ruhsal olarak zorlamaktadır (25).
- Yükümlülük ve sorumluluk hissi: Bakım verenin kendi ihtiyaç ve gereksinimlerini görmezden gelerek hastanın ihtiyaçlarına öncelik vermesi bakım yükünü arttırır (29).
- Duygusal yakınlık, karşılıklı ilişki ve aile ilişkileri: Aile içi ilişkilerin olumlu olmasının bakım verene destek sağladığı belirtilmektedir (29).
- Baş etme yöntemleri: Yapılan çalışmalarda sosyal ilişkilerden kaçınma, tıp dışı yardım arama, aşırı koruyucu davranışlar sergileme gibi etkili olmayan baş etme yöntemleri ile hastalığı kabul etme, iyimser yaklaşım ve sosyal destek arama gibi etkili baş etme yöntemleri kullanıldığı belirlenmiştir. Etkisiz baş etme yöntemlerini kullanan bakım verenlerde ruhsal ve fiziksel sağlık sorunları daha fazla görülmektedir (30).
- Kişilik faktörleri: Bakım veren bireylerin kendini tanıması, güçlü yönlerini fark etmesi, kendilerini güçlü hissetmelerine, sosyal desteğin artmasına ve bakım yükünün azalmasına yardımcı olmaktadır (29).
- Etnik köken ve kültürel farklar: Dini inançları baş etme yöntemi olarak kullananlarda bakım yükünün farklı sonuçları olduğu belirtilmektedir. Bazı kültürlerde de bakım veren olmak bir yük olarak görülmemektedir (16,31).

Hastaya ait etmenler;

- Cinsiyet: Gülseren ve ark. (15) yapmış olduğu çalışmada, erkek hastaların aileye maddi yönden katkı sağlayamama, toplumsal rolleri yerine getirememe gibi nedenlerden dolayı aile üyeleri açısından daha fazla yük hissi olarak algılandığını belirtmiştir.

- Hastalık belirtileri: Hastanın kişiler arası ilişkileri, kendi bakımını yapma durumu, psikolojik belirtilerinin şiddeti ve yeti kaybı düzeyi bakım verenlerin yükü üzerinde etkili olduğu belirtilmektedir (15,16).
- Rahatsız edici davranışlarının varlığı: Ruhsal hastalığın belirtileri bakım verenin ruhsal ve fiziksel sağlığında bozulmalara yol açar (16).
- Hastalığın süresi ve yatış sayısı: Hastalığın tedaviye uyumunun kötü olması bakım verenlerin tükenmişlik düzeylerinin artmasına ve toplumsal damgalamanın etkisiyle daha fazla yük hissedilmesine yol açmaktadır (15,25).
- İşlevsel sınırlılık düzeyi: Hastanın işlevselliğinin olmaması ya da düşük olması, bakım verene daha fazla bağımlı olmasına neden olmaktadır (32).

BAKIM VEREN OLMADA İYİLİK HALİNİN ÖNEMİ

Kronik ruhsal hastalığa sahip bireylere bakım verme sırasında hissedilen yük arttıkça bakım verenlerin yaşam kaliteleri ve iyilik halleri olumsuz etkilenmektedir (25,33,34). Lueboonthavatchai ve Lueboonthavatchai (35) şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yaşam kalitelerini inceledikleri çalışmada, bakım verenlerin %66,67'sinin yaşam kalitelerinde azalma olduğunu, benzer olarak Caqueo-Urizar ve ark. (36) şizofreni hastalarının bakım verenlerinde, ekonomik ve sosyal alanların etkilendiğini, yaşam kalitelerinin düştüğünü saptamıştır. Bakım verenlerin iyilik halleri, yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilemekle birlikte hastaların tedaviye uyumlarında da önemli bir yere sahiptir (5).

Genel olarak iyilik hali kavramı, bireyin bedensel, ruhsal ve sosyal olarak işlevselliğinin artmasının amaçlandığı bir yaşam biçimi olarak belirtilmektedir. İyilik hali; bireylerin sosyal ve doğal çevrede işlevselliğinin tamamını kullanabilmesi için fiziksel, zihinsel ve spiritüel olarak birleştiği bir yaşam biçimi ve iyi olma halidir (37,38). Bireylerde sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının oluşturulmasında iyilik haline ulaşmak son derece önemlidir.

Bakım verenlerin bakım verici iyilik hallerinin sağlanması ve korunması için aşağıdaki faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir.

- Hastalık hakkında eğitim: Kendini yeterli ve rahat hissetmesini sağlar.
- Kendine bakma: Fiziksel, duygusal ve spiritüel açıdan sağlıklı olmak başkalarına destek ve yardımcı olma anlamına gelir.
- Sağlıklı yaşam tarzı: Yeterli ve dengeli beslenmeyi, düzenli ve yeterli uykuyu, egzersiz yapmayı kapsar.

- Sosyal olmak: Kendini yalnız hissetmemek ve benzer sorunu yaşayan insanlarla bir arada olmak güç verir.
- Yardım istemek: Başkalarının desteğini istemek tükenmişlik hissinin azalmasının en iyi yoludur.
- Duyguları kabullenme: Bireyi iyi hissettiren ve bireye acı veren, umutsuzluk, endişe, çaresizlik gibi tüm duyguların kabullenilmesi anlamına gelir.
- Duyguları ifade etme: Duygu ve düşüncelerin ifade edilmesine izin verilmesi gerekir.
- Bakım verenin tatile çıkması: Bakım verenin gerektiğinde tatile çıkıp, kendine zaman ayırması ve uzaklaşması gerekir.
- Bakım verilen kişinin sevdiği bir şeyde bağımsız olması: Hasta bireyin sevdiği bir şeyde bağımsız olmasının desteklenmesi gerekir.
- Yerel organizasyonlara yardım aramak için başvurma: Gerektiğinde devlet kurumlarına yardım aramak için başvurulmalıdır (39).

Kronik ruhsal hastalığı olan hastaların bakım verenleri, kendi hayatından fedakarlık edip hastanın ihtiyaçlarına göre yaşamaktadırlar ve bakım verenlerin ruh sağlığı çoğu zaman göz ardı edilmektedir. Kronik ruhsal hastaların bakım verenleri kendilerine vakit ayıramayıp sosyal, toplumsal ve ekonomik açıdan aktif olamadıklarında, hastalığın getirdiği zorluklar zamanla bakım veren üzerinde çok büyük stres, tükenmişlik hissi yaşatır ve yaşam kalitelerinin düşmesine, bakıcı iyilik halinin bozulmasına neden olur (24,40-42). Aynı zamanda yapılan çalışmalarda bakım verenlerin bakım veren olmayanlara göre daha fazla ilaç kullandıkları, daha fazla fizyolojik sorun yaşadıkları ve sağlık durumlarının daha kötü olduğu belirtilmektedir (43,44). Kronik ruhsal hastalığı bulunan bireylerin hastalık yönetimi bakım verenlerden ayrı düşünülemez. Bu nedenle bakım verenlerin sağlıklarının kötü olması, hastaların tedaviye uyumlarını ve bakım sürecini olumsuz bir şekilde etkileyecektir.

SAĞLIK KAVRAMI

Çağdaş tıp anlayışı insanı fiziksel, sosyal ve ruhsal yönleriyle tam bir bütün olarak ele alır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, birey ya da grupların fiziksel, sosyal ve ruhsal olarak bir bütünlük içinde iyilik hallerine ulaşabilmeleri için ihtiyaç ve gereksinimlerini fark edebilmesi, belirleyebilmesi ve giderebilmesi, çevresini değiştirebilmesi veya baş edebilmesi olarak tanımlamaktadır (45). TDK'ya göre ise sağlık, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halinde olması durumu olarak belirtilmektedir (12).

Sağlık kavramı, pozitif, negatif ve nötral sağlık olarak üçe ayrılmaktadır. Pozitif sağlık; sağlığı geliştiren, yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyen davranışların olması, negatif sağlık; sigara içme, sağlıksız beslenme gibi tedavi ve rehabilitasyon gerektiren sağlığı bozucu davranışların olması, nötral sağlık ise; herhangi bir hastalık halinin olmamasıdır (46).

Sağlık kavramıyla ilgili bazı modeller tanımlanmaktadır.

Tıbbi model: Hastalığın olmayışı.

Holistik model: Fiziksel yani bedensel, sosyal yani işlevsel, ruhsal yani mutlu olarak tanımlayan bütüncül sağlık anlayışı.

İyilik modeli: Bireylerin mutluluğu ve yaşam kalitesini içeren sağlık anlayışı.

Çevre modeli: Bireylerin çevresiyle bir arada bulunarak yaşam aktivitelerini gerçekleştirmesini sağlayan anlayış (47,48).

Sağlık kavramı çeşitli yaklaşımlar açısından da değerlendirilebilir.

Biyolojik sağlık: Hastalık etkeninin bulunmaması.

Psikolojik sağlık: Bireylerin kendilerini tanıdıkları, yaşamdan doyum alarak kendilerini gerçekleştirebildikleri ve sorunlarla baş edebildikleri sağlık.

Sosyolojik sağlık: Bireyin çevresindekilerle yeterli iletişim kurabildiği, toplumsal (iş, aile, sosyal) rollerini yerine getirebildiği sağlık.

Manevi sağlık: Bireylerin yaşamının anlam ve amacının olduğu spiritüel sağlık (49).

SAĞLIĞIN KORUNMASI VE GELİŞTİRİLMESİ

Sağlığın korunması ve geliştirilmesi; sağlığı bozan davranışlardan kaçmayı, hastalık ya da sakatlanma oluşumunu azaltmayı ve bireyin çevresindeki fiziki, biyolojik ve sosyal ortamın iyileştirilmesini amaçlamaktadır. 1953 yılında tanımlanan sağlığın korunması üçe ayrılmıştır (50,51).

Birincil koruma: Hastalıkların önlenerek bireylerin sağlığının geliştirilmesini amaçlamaktadır. Sağlık eğitimi, aşılama vb. konularda yürütülen faaliyetlerdir.

İkincil koruma: Hastalığın erken döneminde taramalarla tespit edilmesini ve hastalığın kronikleşmeden tedavi edilmesini amaçlamaktadır.

Üçüncül (tersiyer) koruma: Hastalıkların tekrarlamasını önleyici, bireyleri rehabilite etmeyi ve komplikasyonları en aza indirmeyi amaçlayan faaliyetlerdir (52).

Sağlığın geliştirilmesi; 1986'da Kanada Ottawa'da gerçekleştirilen I.Uluslararası Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Konferansı'ndan sonra gündeme gelen, bireylerin sağlığını, iyilik hallerini arttırmayı ve geliştirmeyi amaçlayan bir süreçtir. Bireylerin kendi sağlığı

üzerindeki kontrollerini sağlayarak, sağlıklı yaşam biçimi davranışları (düzenli ve dengeli beslenme, fiziksel egzersiz, düzenli uyku, kişiler arası iletişim gibi) geliştirerek toplumun sağlığını yükseltmeyi hedeflemektedir (45,53).

DSÖ'ye göre sağlığın geliştirilmesi beş maddeden oluşmaktadır.

- Sağlığın geliştirilmesi, mevcut şartlara bağlıdır.
- Sağlığın geliştirilmesinde DSÖ sağlığın sosyal, ruhsal ve fiziksel boyutlarını benimsemektedir.
- Sağlığın geliştirilmesinde, hükümetler vatandaşlarının sağlıklarını korumak, devamını sağlamak ve iyileştirmekle görevlidir.
- Sağlığın geliştirilmesi, toplum için ekonomik ve sosyal gelişim bakımından fayda sağlamaktadır.
- Sağlık okuryazarlığının artması, toplumdaki bireylerin sağlık haklarını koruyabilecek ve savunabilecek şekilde bilinçlendirilmesi, sağlığın geliştirilmesi için esas unsurdur (54).

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ

Sağlıklı yaşam biçimi, bireylerin kendisinin sağlığını koruma ve geliştirmek için uyguladığı bilinçli davranışlardır. Sağlığı koruma ve geliştirme, hastalıkların tedavi edilmesinden daha ucuzdur. Birçok hastalığın önlenmesinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları etkin rol oynamaktadır (6).

Günümüzde sigara içmek, yanlış beslenme biçimi, stres gibi sağlıksız yaşam davranışlarının birçok hastalığa ve ölüme yol açtığı çalışmalarla kanıtlanmıştır (55). Bireylerin sağlığı geliştirmenin yararları konusundaki yetersiz bilgileri onların sağlıksız seçimler yapmalarına neden olabilmekte ve bu da onların yaşam biçimini oluşturmaktadır (56). Maslow'a göre sağlıklı insanlar, sağlıklı bir kültürde yetişmektedir ve daha iyi bir dünya yaratmak için önce bireylerin sağlığından başlanmalıdır (48). Bireylerin sağlığının geliştirilebilmesi için sağlık üzerinde etkili olan genetik faktörler, cinsiyet, yaş, kültür, inanç, eğitim, ruhsal durum, meslek ve alışkanlıklar gibi faktörlerin ele alınması gerekmektedir (57).

Sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde aşağıdaki faktörlerin etkili olduğu belirtilmektedir (58,59).

Sağlık Sorumluluğu: Bireylerin sağlıkları üzerinde sorumlu olması ve buna yönelik tutum ve davranış değişikliği yapmasıdır. Bireylerin kendi sağlığına özen ve dikkat göstermesi, ihtiyaç olduğu durumlarda yardım alması, vücudunu ve kendini tanıması, düzenli aralıklarla

kontrollere gitmesi, sağlıkla ilgili konuları takip etmesi ve riskli davranışlardan uzak durmasıdır (59).

Fiziksel Aktivite: Yeterli fiziksel aktivite yaparak birçok hastalığa engel olunabilir. Fiziksel aktivite, kronik hastalık riskini, stres ve anksiyeteyi azaltarak kişinin özgüvenini arttırır (60). Yapılan çalışmalar, insülin direnci ve glikoz intoleransına ek olarak obezite, hipertansiyon gibi birçok hastalığa fiziksel aktivitenin fayda sağladığını göstermiştir (61).

Beslenme: İnsanların büyümesi, gelişmesi, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirebilmesi, sağlıklı ve üretken bir yaşam sürdürebilmesi için yeterli ve dengeli beslenme gereklidir. Günümüzde kalp hastalıkları, kanser tiplerinden bazıları, obezite, hipertansiyon gibi hastalıkların önlenmesinde beslenme önemli bir yer tutmaktadır. Ülkemizde yapılan çalışmalar sonucunda toplumun çok azı yeterli ve dengeli beslenmektedir (62,63).

Manevi Gelişim: Bireyin yaşamdaki anlam ve amacını bulmasını sağlayan, beden ve ruh arasındaki birleştirici güçtür. Bireyin iç sıkıntılarının azalmasında, sorunlarla baş edebilmesinde, hastalıklarını kabullenmesinde maneviyat oldukça etkilidir (64,65).

Kişiler Arası İlişkiler: İnsan biyopsiko ve sosyal bir varlıktır. Bu nedenle kişiler arası iletişime ihtiyaç duymaktadır. Birey toplumdaki diğer kişilerle etkileşime geçerek kişisel gelişimlerine katkı sağlar ve benlik saygısıyla kendine olan güveni artar. Günümüzde bireyler arasındaki ilişkiler azalmakta, toplumda yalnızlaşan bireyler artmaktadır. Yalnızlık ise günlük yaşam aktivitelerini ve bireyin sağlığının gelişmesini negatif yönde etkileyen bir problem olarak belirtilmektedir (66).

Stres Yönetimi: Stres, bireyleri fiziksel ve ruhsal anlamda tehdit ederek verimli çalışmalarını engelleyen, başka bireylerle iletişimlerini olumsuz etkileyerek psikolojik gerilim yaratan durumdur. Bireylerin amaçlarına ulaşmalarında onları harekete geçiren durumlar "pozitif stres" olarak adlandırılırken, bireyin kaçındığı, tükenmişlik hissi ve negatif etki yaratan durumlar "negatif stres" olarak tanımlanır. Bireyin yaşadığı stres karşısında değiştirdiği özelliklerine ise uyum denilir. Stresle baş edebilmede; fiziksel egzersiz, düzenli uyku ve dengeli beslenme vb. etkili olmaktadır (67,68). Stres iyi yönetilirse bireyin yaşam kalitesi yükselecektir. (69,70).

BAKIM VERENLERİN SAĞLIĞININ GELİŞTİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

Kronik ruhsal hastalığı olan hastaların bakım verenlerinin, anne, baba, kardeş, çalışan vb. rollerinin yanında bakım veren olma rolleri hayatlarında kısıtlamalara neden olmaktadır. Bu kısıtlamalar zamanla bakım verenlerin yaşamlarında zorlanmalara, duygularının yoğunlaşmasına, olumsuz düşüncelerinin artmasına yol açar. Yıldırım ve ark. (71) ruhsal hastalara bakım verenlerin yük algısının orta ve ağır düzeyde olduğunu belirtirken aynı şekilde birçok çalışmada da bakım verenlerin yaşamsal zorlanmaları, tükenmişlikleri ve yüklerinin olduğu gösterilmektedir (72). Bakım verme sırasında hissedilen tükenmişlik ve stres, bakım verenlerin sağlık davranışlarında değişikliklere neden olabilir. Sağlık davranışları, bakım verenler tarafından sağlık ve iyiliklerini geliştirmek için yapılan öz bakım davranışlarını ifade eder. Bakım verenlerin sağlıklarını ihmal etmek, önceden var olan hastalıkları daha da kötüleştirebilir veya yoğun stres sonucunda ortaya çıkacak sorunlara karşı savunmasızlığı artırabilir (73). Oysaki günümüzde uygulanan toplum temelli modele göre kronik ruhsal hastalıkların bakımında bakım verenlere çok büyük roller düşmektedir. Bakım verenlerin hastaya iyi bir bakım, duygusal destek verebilmesi, hastanın tedaviye uyumunun arttırılabilmesi ve hastalarının haklarını koruyabilmesi için öncelikle kendi sağlıklarının farkında olması, iyilik hallerini korumaları ve sağlıklarını geliştirecek eğitimler almaları gerekmektedir (74). Bu anlamda hasta ve bakım verenler ile en çok vakit geçiren, profesyonel bir ekip üyesi olan psikiyatri hemşirelerine önemli görevler düşmektedir.

Psikiyatri hemşirelerinin görevleri arasında ruh sağlığının korunması, geliştirilmesi, hastalığın tedavi edilmesi ve bakımın sağlanmasıyla birlikte danışmanlık ve eğitim görevleri de bulunmaktadır (75). Psikiyatri hemşireleri bakım verenlerle hastane ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde sıklıkla karşılaşmaktadır. Bu zaman diliminde de hemşireler bakım verenlere psikoeğitim programları uygulayabilmektedirler. Psikoeğitimler, bakım verenlerin gelişimine ve bilinçlenmesine katkı sağlar. Literatürde psikiyatri hemşirelerinin uyguladığı psikoeğitimler incelendiğinde, çoğunlukla stres yönetimi, duygu ifadesi, bakım yükü ve tükenmişlik üzerine olduğu saptanmıştır.

Bakım verenlerin iyilik hali ve yaşam kaliteleri arttırılarak, hastaya yansıyan bakımında artacağı unutulmamalıdır. Bakım verenlerin, fiziksel aktiviteye teşvik edilmesi, beslenme alışkanlıklarının düzenlenmesi, sosyal destek alma gibi konularda bilgilendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Lök ve Bademli (76), demans hastalarının bakım verenlerinde uyguladıkları "Önce Güçlenmelisin" programının bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi

davranışlarını önemli ölçüde geliştirdiğini belirtmiştir. Bakım verenlerin sağlıklı yaşam davranışlarını kazanması, hastaların yaşam tarzlarında da değişikliğe gitmesine yardımcı olacağı düşünülmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM

ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Araştırma, kronik ruhsal hastalığı bulunan hastaların birincil derece bakımından sorumlu bakım verenlerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla planlanmış, kesitsel tipte bir araştırmadır.

ARAŞTIRMANIN SORULARI

1. Kronik ruhsal hastalığı olan hastaların bakım verenlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları nasıldır?

2. Kronik ruhsal hastalığı olan hastaların bakım verenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkileyen faktörler nelerdir?

ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YER VE ZAMAN

Araştırma 07.10.2019-01.04.2020 tarihleri arasında Trakya bölgesinde bulunan bir tıp fakültesi hastanesinin psikiyatri kliniğinde yürütülmüştür.

ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Evreni bilinen örneklem hesabına göre, 01.09.2018–01.03.2019 tarihleri arasında tekrarlı yatışlar göz önünde bulundurularak, Trakya bölgesinde bulunan bir tıp fakültesi hastanesinin psikiyatri kliniğinde tedavi gören 157 kronik psikiyatri hastasının yakını araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

Evreni bilinen örneklem formülüne göre yapılan hesaplamada %95 güven düzeyinde, %5 tolerans öngörerek örnekleme alınması gereken en az 112 bakım veren araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Anket formlarında hatalı ve eksik bilgiler olabileceği göz önüne alınarak çalışmaya 124 bakım veren dahil edilmiştir. İki anket formunda eksik verilerin saptanması nedeniyle çalışma 122 bakım veren ile tamamlanmıştır.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLME KRİTERLERİ

Araştırmaya, en az 6 aydır hasta ile birlikte yaşayan, hastanın günlük işlerinden, tedavi ve kontrollerinden sorumlu olan, 18-65 yaş aralığında, araştırmaya katılmasını engelleyecek işitme, anlama, görme sorunları ve herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan, bakım verenler dahil edilmiştir.

ARAŞTIRMAYA DAHİL EDİLMEME KRİTERLERİ

Araştırmaya, 6 aydan daha az sürede hasta ile birlikte yaşayan, hastanın günlük işlerinden, tedavi ve kontrollerinden sorumlu olmayan, 18 yaş altı veya 65 yaş üstü olan, araştırmaya katılmasını engelleyecek işitme, anlama, görme sorunları ve herhangi bir ruhsal hastalığı bulunan bakım verenler dahil edilmemiştir.

ARAŞTIRMANIN BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLERİ

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) ve alt boyut puanları araştırmanın bağımlı değişkenleri iken, yaş, cinsiyet, meslek, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, hastaya yakınlığı, bakım verilen süre, ailede başka sorumlu olunan hasta bireylerin varlığı, tükenmişlik durumu, kronik hastalık varlığı vb. araştırmanın bağımsız değişkenlerini oluşturmuştur.

VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Araştırmanın verileri Anket Formu (Ek.1) ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II) (Ek.2) ile toplanmıştır.

Anket Formu

Araştırmaya katılacak gönüllülere uygulanan bu form iki bölümden ve 20 sorudan oluşmaktadır. İlk bölüm hastaya bakım verenin sosyo-demografik bilgileri; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir durumu, çalışma durumu, yaşamı etkileyen hastalık

durumu, hastaya yakınlık durumu, bakım süresi, ailede bakımından sorumlu olduğu başka birinin varlığı, aile üyelerinden destek alma durumu, tükenmişlik hissetme durumu, bakım verenin fiziksel, duygusal, ekonomik ve sosyal etkilenme durumu ve hastalıkla ilgili bilgi alma durumu gibi 14 soru içerirken, ikinci bölüm ise hastaya yönelik; yaş, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi, hastalık tanısı ve hastaneye yatış sayısı gibi bakım verilen hastayı tanımlayan 6 sorudan oluşmaktadır.

Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ II)

Walker ve Hill-Polerecky (58) tarafından revize edilen "Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II" 2008 yılında Bahar ve arkadaşları (59) tarafından geçerlilik ve güvenilirliği yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek 6 alt boyuttan toplam 52 maddeden oluşmakta ve 4'lü likert (Hiçbir zaman (1), bazen (2), sık sık (3), düzenli olarak (4)) şeklinde uygulanmaktadır. Ölçeğin alt boyutları; Sağlık Sorumluluğu (3,9,15,21,27,33,39,45,51), Fiziksel Aktivite (4,10,16,22,28,34,40,46), Beslenme (2,8,14,20,26,32,38,44,50), Manevi Gelişim (6,12,18,24,30,36,42,48,52), Kişilerarası İlişkiler (1,7,13,19,25,31,37,43,49) ve Stres Yönetimi (5,11,17,23,29,35,41,47)'dir. Ölçeğin tamamı için en düşük puan 52, en yüksek puan ise 208'dir (58,59). Ölçeğin Cronbach Alpha değeri 0,92, sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişilerarası ilişkiler ve stres yönetimi boyutları Cronbach Alpha değeri sırasıyla 0,77, 0,79, 0,68, 0,79, 0,80, 0,64 olarak belirtilmektedir (58).

Çalışmamızda SYBDÖ II Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı 0,952 olarak belirlenirken, ölçeğin alt boyutlarının Cronbach Alfa güvenirlik katsayılarının 0,729-0,897 aralığında olduğu saptanmıştır (Tablo I). SYBDÖ II'nin yüksek derecede güvenilir olduğu belirlenmiştir.

Tablo 1. SYBDÖ II ve alt boyutları için güvenirlikler

	Madde Sayısı	**Cronbach Alfa (α)**
Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği	52	0,952
Sağlık Sorumluluğu	9	0,891
Fiziksel Aktivite	8	0,897
Beslenme	9	0,729
Manevi Gelişim	9	0,839
Kişiler Arası İlişkiler	9	0,854
Stres Yönetimi	8	0,782

ARAŞTIRMA VERİLERİNİN TOPLANMASI

Araştırmaya katılmanın gönüllülük esasına dayandığı belirtildikten sonra araştırmanın amacı açıklanarak, araştırmaya katılmayı kabul eden ve araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan bakım verenlerden sözlü ve yazılı onamlar alınmıştır. Hastalarıyla görüş saati biten bakım verenlere kliniğin bekleme odasında araştırmacı tarafından formlar yüz yüze doldurtulmuştur. Bakım verenlerin anket formunu doldurma süresi yaklaşık 5 dakika, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği-II formunu doldurma süreleri ise yaklaşık 10 dakika sürmüştür.

VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri 122 kişiden oluşmaktadır. Analizler IBM SPSS Statistics 26 paket programı (IBM Corp. Armonk, NY, USA) üzerinden yapılmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken, kategorik değişkenler için sıklıklar (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için ise tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Sayısal değişkenlerin normallik varsayımları Kolmogorov Smirnov normallik testi ile incelenmiş ve değişkenlerin normal dağıldıkları görülmüştür. Bu nedenle çalışmada parametrik olan istatistiksel yöntemlerden yararlanılmıştır.

İki bağımsız grup arasındaki farklılıklarda (bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleri, aile özellikleri, sağlık durumları, yakınlık durumlarına göre SYBDÖ II madde puan ortalamalarının karşılaştırılması) Bağımsız Örneklem T Testi, ikiden fazla bağımsız grup arasındaki farklılıklarda ise Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) kullanılmıştır. Tek Yönlü Varyans Analizi (ANOVA) sonucunda farklılık saptandığında, farklılığın hangi gruptan kaynaklandığının belirlenmesinde Tukey çoklu karşılaştırma testi uygulanmıştır. Analizlerde istatistiksel anlamlılık 0,05 düzeyinden yorumlanmıştır.

ARAŞTIRMANIN ETİK YÖNÜ

Araştırmanın yürütülmesinde bilimsel ve evrensel ilkelere bağlı kalınmıştır. Araştırmanın etik açıdan uyguluğunun sağlanmasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 19.08.2019 tarihinde 13/12 karar numaralı ve TÜTF-BAEK 2019/291 protokol kodlu etik kurul izni (Ek.3), araştırmanın verilerinin toplandığı kurumdan 01.10.2019 tarihinde yazılı kurum izni (Ek.4), çalışma öncesi ölçek kullanım izni (Ek.5) ve bakım verenlerden araştırmaya katılmadan önce çalışmanın konusu, amacı ve yararları açıklanarak sözlü ve yazılı onamlar alınmıştır.

ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırmanın verilerinin 07.10.2019-01.04.2020 tarihleri arasında Trakya bölgesinde bulunan bir tıp fakültesi hastanesinin psikiyatri servisinde yatmakta olan kronik ruhsal hastalığı olan hastaların yakınlarını kapsaması, araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

BULGULAR

Trakya bölgesinde bulunan bir tıp fakültesi hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatan kronik ruhsal hastaların bakım verenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi üzerine yapılan bu çalışmada araştırma grubuna ait bulgular beş ana başlık altında sunulmaktadır.

- Bakım verenlerin sosyo-demografik ve bakımla ilgili tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulgular
- Hastaların sosyo-demografik ve tanısal özelliklerine ilişkin bulgular
- Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği ve alt boyutlarının ortalama puan dağılımlarına ilişkin bulgular
- Bakım verenin özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarındaki farklılıkların incelenmesine ilişkin bulgular
- Hastanın özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarındaki farklılıkların incelenmesine ilişkin bulgular

BAKIM VERENLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE BAKIMLA İLGİLİ TANITICI ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılan bakım verenlerin %57,4'ünün 41-65 yaş grubunda olduğu ve bakım verenlerin yaş ortalamasının 43,21±14,30 olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin %60,7'sinin kadın, %67,2'sinin evli, %30,3'ünün eğitim düzeyinin ilkokul olduğu belirlenmiştir. %51,6'sı çalışmakta, %65,6'sının da gelir düzeyi orta seviyededir. Bakım verenlerin %62,3'ünün yaşamı etkileyen herhangi bir rahatsızlığı bulunmaktadır (Tablo 2).

Tablo 2. Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı

	Sayı (n) (n=122)	Yüzde (%)
Yaş (Ort±SS=43,21±14,30)		
18-40 Yaş	52	42,6
41-65 Yaş	70	57,4
Cinsiyet		
Erkek	48	39,3
Kadın	74	60,7
Medeni Durum		
Evli	82	67,2
Bekar	40	32,8
Eğitim Düzeyi		
İlkokul	37	30,3
Ortaokul	18	14,8
Lise	25	20,5
Üniversite	42	34,4
Gelir Düzeyi		
Kötü	29	23,8
Orta	80	65,6
İyi	13	10,7
Çalışma Durumu		
Çalışıyorum	63	51,6
Çalışmıyorum	59	48,4
Yaşamı Etkileyen Hastalık Durumu		
Evet	76	62,3
Hayır	46	37,7

Bakım verenlerin bakımla ilgili tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, hastaya yakınlık durumu olarak %23'ü eşi, %27,9'u çocuğu, %22,1'i annesi, %11,5'i babası, %15,5'i ise kardeşi olduğunu belirtmiştir. %59'unun hastaya bakım verme süresinin 5 yıl üzerinde olduğu, %89,3'ünün ise ailesinde bakımından primer sorumlu olduğu başka kişi bulunmadığı belirlenmiştir (Tablo 3).

Bakım verenlerin %70,5'i ailenin diğer üyelerinden bakım konusunda destek gördüğünü belirtirken, %59'u tükenmişlik hissettiğini, %29,5'i fiziksel, %87,7'si duygusal, %50'si ekonomik, %59,8'i sosyal olarak etkilendiğini belirtmiştir. Bakım verenlerin %64,8'i hastanın ruhsal hastalığıyla ilgili herhangi bir bilgi almamıştır (Tablo 3).

Tablo 3. Bakım verenlerin bakımla ilgili tanıtıcı özelliklerinin dağılımı

	Sayı (n) (n=122)	Yüzde (%)
Hastaya Yakınlık Durumu		
Eş	28	23,0
Çocuk	34	27,9
Anne	27	22,1
Baba	14	11,5
Kardeş	19	15,5
Bakım Süresi		
1 yıldan az	16	13,1
1-5 yıl	34	27,9
5 yıl üzeri	72	59,0
Ailede Bakımından Sorumlu Olunan Başka Kişinin Varlığı		
Evet	13	10,7
Hayır	109	89,3
Ailedeki Diğer Üyelerin Bakıma Destek Durumu		
Evet	86	70,5
Hayır	36	29,5
Tükenmişlik Hissetme Durumu		
Evet	72	59,0
Hayır	50	41,0
Bakım Verenin Fiziksel Olarak Etkilenme Durumu		
Evet	36	29,5
Hayır	86	70,5
Bakım Verenin Duygusal Olarak Etkilenme Durumu		
Evet	107	87,7
Hayır	15	12,3
Bakım Verenin Ekonomik Olarak Etkilenme Durumu		
Evet	61	50,0
Hayır	61	50,0
Bakım Verenin Sosyal Olarak Etkilenme Durumu		
Evet	73	59,8
Hayır	49	40,2
Hastanın Ruhsal Hastalığıyla İlgili Bilgi Alma Durumu		
Evet	43	35,2
Hayır	79	64,8

HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE TANISAL ÖZELLİKLERİ

Çalışmaya katılan bakım verenlerin hastalarının %58,2'si 18-40 yaş grubunda iken hastaların yaş ortalaması 39,62±14,72'dir. Bakım verilen hastaların %50'si kadın, %86,1'i çalışmamakta ve %32,8'inin eğitim düzeyi üniversitedir. Hastaların %32'sinin tanısı şizofreni, %38,5'inin bipolar ve %29,5'inin ise majör depresyondur ve %54,9'u ise hastaneye 1-4 kez yatmıştır (Tablo 4).

Tablo 4. Hastaların sosyo-demografik ve tanısal özelliklerinin dağılımı

	Sayı (n) (n=122)	Yüzde (%)
Hastanın Yaşı (Ort±SS=39,62±14,72)		
18-40 Yaş	71	58,2
41-80 Yaş	51	41,8
Hastanın Cinsiyeti		
Erkek	61	50,0
Kadın	61	50,0
Hastanın Çalışma Durumu		
Çalışıyor	17	13,9
Çalışmıyor	105	86,1
Hastanın Eğitim Düzeyi		
İlkokul	33	27,1
Ortaokul	28	23,0
Lise	21	17,2
Üniversite	40	32,8
Hastanın Tanısı		
Şizofreni	39	32,0
Bipolar	47	38,5
Major Depresyon	36	29,5
Hastaneye Yatış Sayısı		
1-4 kez	67	54,9
5 kez ve üstü	55	45,1

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ VE ALT BOYUTLARININ ORTALAMA PUAN DAĞILIMLARI

Bakım verenlerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği puan ortalaması ve standart sapması 124,37±28,02 olarak bulunmuştur. Sağlık Sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 17,11±6,28, Fiziksel Aktivite alt boyut puan ortalaması 14,77±6,22, Beslenme alt boyut puan ortalaması 22,03±5,10, Manevi Gelişim alt boyut puan ortalaması 25,30±6,16, Kişiler Arası İlişkiler alt boyut puan ortalaması 25,65±5,92 ve Stres Yönetimi alt boyut puan ortalaması ise 19,50±5,25 olarak saptanmıştır (Tablo 5).

Tablo 5. SYBDÖ ve alt boyutlarının ortalama puan dağılımları

	Ortalama	Standart Sapma	Minimum	Maksimum
SYBDÖ	124,37	28,02	75,0	195,0
Sağlık Sorumluluğu	17,11	6,28	9,0	36,0
Fiziksel Aktivite	14,77	6,22	8,0	32,0
Beslenme	22,03	5,10	11,0	35,0
Manevi Gelişim	25,30	6,16	12,0	36,0
Kişiler Arası İlişkiler	25,65	5,92	10,0	36,0
Stres Yönetimi	19,50	5,25	11,0	32,0

SYBDÖ: Sağlıklı yaşam biçimi davranışları ölçeği.

BAKIM VERENİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE SYBDÖ VE ALT BOYUT PUANLARINDAKİ FARKLILIKLAR

Tablo 6'da uygulanan istatistiksel analizler sonucunda bakım verenlerin; SYBDÖ toplam puanları eğitim düzeyi ve gelir düzeyi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre eğitim düzeyi üniversite olan bakım verenlerin SYBDÖ toplam puanları eğitim düzeyi ilkokul olan bakım verenlerin puanından ve gelir düzeyi iyi olan bakım verenlerin gelir düzeyi orta ve kötü olan bakım verenlerin puanından anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$).

Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı cinsiyet, medeni durum ve gelir düzeyi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre kadın bakım verenlerin Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı erkek bakım verenlere göre; evli olan bakım verenlerin bekar olan bakım verenlere göre ve gelir düzeyi iyi olan bakım verenlerin gelir düzeyi orta ve kötü olanlara göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6'da bakım verenlerin Fiziksel Aktivite alt boyut puanı yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve herhangi bir hastalık durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre 18-40 yaş grubundaki bakım verenlerin Fiziksel Aktivite alt boyut puanı 41-65 yaş grubuna göre, bekar olan bakım verenlerin evli olan bakım verenlere göre; eğitim düzeyi lise olan bakım verenlerin eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul olan bakım verenlere göre; gelir düzeyi iyi olan bakım verenlerin gelir düzeyi kötü ve orta olanlara göre; herhangi bir hastalığı bulunmayan bakım verenlerin hastalığı bulunan bakım verenlere göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 6).

Bakım verenlerin Beslenme alt boyut puanı yaş, medeni durum ve gelir düzeyi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre 41-65 yaş grubundaki bakım verenlerin Beslenme alt boyut puanı 18-40 yaş grubundaki bakım

verenlere göre; evli olan bakım verenlerin bekar olan bakım verenlere göre; gelir düzeyi iyi olan bakım verenlerin gelir düzeyi kötü olanlara göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 6).

Bakım verenlerin Manevi Gelişim alt boyut puanı gelir düzeyi ve herhangi bir hastalık durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre gelir düzeyi iyi olan bakım verenlerin Manevi Gelişim alt boyut puanı gelir düzeyi kötü olan bakım verenlere göre; herhangi bir hastalığı bulunmayan bakım verenlerin hastalığı bulunan bakım verenlere göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 6).

Bakım verenlerin Kişiler Arası İlişkiler alt boyut puanı cinsiyet, medeni durum ve gelir düzeyi değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre kadın bakım verenlerin Kişiler Arası İlişkiler alt boyut puanı erkeklere göre; evli olan bakım verenlerin bekar olan bakım verenlere göre ve gelir durumu iyi olan bakım verenlerin gelir durumu kötü ve orta olan bakım verenlere göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 6).

Bakım verenlerin Stres Yönetimi alt boyut puanı eğitim düzeyi, gelir düzeyi ve herhangi bir hastalık durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre eğitim düzeyi üniversite olan bakım verenlerin Stres Yönetimi alt boyut puanı eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul olan bakım verenlere göre; gelir durumu iyi olan bakım verenlerin kötü ve orta olan bakım verenlere göre; herhangi bir hastalığı bulunmayan bakım verenlerin hastalığı bulunan bakım verenlere göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 6).

Tablo 6. Bakım verenin sosyo-demografik özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarındaki farklılıkların incelenmesi

		SYBDÖ Ort±SS	**Sağlık Sorumluluğu Ort±SS**	**Fiziksel Aktivite Ort±SS**	**Beslenme Ort±SS**	**Manevi Gelişim Ort±SS**	**Kişiler Arası İlişkiler Ort±SS**	**Stres Yönetimi Ort±SS**
Yaş	18-40 Yaş	125,35±28,28	16,12±6,04	17,25±6,75	20,87±5,04	25,52±6,25	25,10±5,93	20,50±5,41
	41-65 Yaş	123,64±28,01	17,86±6,40	12,93±5,10	22,90±5,00	25,14±6,13	26,06±5,92	18,76±5,04
	t;p	0,331;0,741	-1,522;0,131	3,868;**0,000***	-2,212;**0,029***	0,333;0,740	-0,886;0,377	1,832;0,069
Cinsiyet	Erkek	119,58±24,38	15,69±5,36	15,96±6,85	21,21±4,45	24,63±5,96	23,67±5,18	18,44±4,37
	Kadın	127,47±29,90	18,04±6,69	14,00±5,68	22,57±5,44	25,74±6,28	26,93±6,05	20,19±5,67
	t;p	-1,527;0,129	-2,145;**0,034***	1,713;0,089	-1,445;0,151	-0,980;0,329	-3,079;**0,003***	-1,818;0,072
Medeni Durum	Evli	125,82±28,50	18,02±6,60	13,27±5,29	22,99±4,98	25,78±6,10	26,52±5,81	19,23±5,20
	Bekar	121,40±27,14	15,25±5,17	17,85±6,87	20,08±4,84	24,32±6,24	23,85±5,81	20,05±5,36
	t;p	0,816;0,416	2,331;**0,021***	-3,713;**0,000***	3,093;**0,003***	1,228;0,222	2,388;**0,019***	-0,807;0,421
Eğitim Düzeyi	1.İlkokul	118,54±26,67	17,46±6,50	11,27±3,48	22,95±5,26	23,41±5,91	25,11±6,10	18,35±5,23
	2.Ortaokul	114,11±19,16	14,56±3,50	10,83±2,26	20,94±3,87	24,94±5,57	25,83±4,95	17,00±3,87
	3.Lise	124,64±29,87	17,08±6,85	15,80±5,46	22,08±5,57	25,32±7,03	24,52±6,58	19,84±5,16
	4.Üniversite	133,74±29,18	17,93±6,58	18,93±6,90	21,67±5,15	27,12±5,72	26,71±5,74	21,38±5,28
	F;p	3,051;**0,031*** **Fark:1-4**	1,276;0,286	18,307;**0,000*** **Fark:1-3,4 2-3,4**	0,737;0532	2,499;0,063	0,862;0,463	4,074;**0,009*** **Fark:4-1,2**
Gelir Düzeyi	1.Kötü	114,90±24,10	16,17±6,07	12,90±4,48	20,24±5,23	23,90±5,62	23,72±5,06	17,97±4,90
	2.Orta	123,63±27,98	16,65±6,06	14,60±6,16	22,18±4,90	25,19±6,48	25,66±6,09	19,35±5,19
	3.İyi	150,08±21,76	22,08±6,36	20,00±7,37	25,15±4,67	29,15±3,39	29,85±4,62	23,85±4,28
	F;p	7,981;**0,001*** **Fark:3-1,2**	4,894;**0,009*** **Fark:3-1,2**	6,488;**0,002*** **Fark:3-1,2**	4,503;**0,013*** **Fark:1-3**	3,447;**0,035*** **Fark:1-3**	5,129;**0,007*** **Fark:3-1,2**	6,225;**0,003*** **Fark:3-1,2**
Çalışma Durumu	Çalışıyorum	125,41±28,00	16,83±6,33	15,68±6,62	21,75±4,69	26,19±5,73	25,68±5,77	19,29±5,01
	Çalışmıyorum	123,25±28,24	17,42±6,27	13,80±5,65	22,34±5,53	24,36±6,50	25,61±6,13	19,73±5,52
	t;p	0,424;0,673	-0,524;0,601	1,687;0,094	-0,640;0,523	1,656;0,100	0,067;0,947	-0,465;0,643
Herhangi Bir Hastalık Durumu	Evet	118,91±29,25	17,93±6,68	11,96±4,67	22,67±5,38	23,20±6,06	24,96±6,47	18,20±5,22
	Hayır	127,67±26,91	16,62±6,02	16,47±6,44	21,64±4,92	26,58±5,90	26,07±5,56	20,29±5,14
	t;p	-1,686;0,094	1,123;0,264	-4,474;**0,000***	1,082;0,282	-3,040;**0,003***	-1,003;0,318	-2,168;**0,032***

t:Bağımsız örneklem t testi. **F**:Tek yönlü varyans analizi (ANOVA). **Fark**:Tukey testi. ***:p<0,05.

Tablo 7'de bakım verenlerin bakımla ilgili tanıtıcı özelliklerine göre SYBDÖ toplam puan ortalamaları değerlendirildiğinde, bakım süresi, hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetme durumu ve bakım verenin ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Buna göre bakım verme süresi 5 yıl üzeri olan bakım verenlerin SYBDÖ toplam puanı 1 yıldan az ve 1-5 yıl olan bakım verenlere göre anlamlı derecede daha azdır. Hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetmeyen bakım verenlerin tükenmişlik hisseden bakım verenlere göre ve ekonomik olarak etkilenmediğini belirten bakım verenlerin, ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Bakım verenlerin Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı bakım süresi ve bakım verenin ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre bakım süresi 1-5 yıl olan bakım verenlerin Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı, bakım süresi 5 yıl üzeri olan bakım verenlere göre ve ekonomik olarak etkilenmediğini belirten bakım verenlerin, ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Bakım verenlerin Fiziksel Aktivite alt boyut puanı hastaya yakınlık durumu, bakım verilen kişiye ailede başka kişinin destek verme durumu ve bakım verenin ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre çocuğuna bakım verenlerin Fiziksel Aktivite alt boyut puanı annesine bakım verenlere göre; ailede bakım konusunda destek alan bakım verenlerin destek almayanlara göre ve ekonomik olarak etkilenmediğini belirten bakım verenlerin, ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Bakım verenlerin Beslenme alt boyut puanı ekonomik olarak etkilenme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre ekonomik olarak etkilenmediğini belirten bakım verenlerin Beslenme alt boyut puanı ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Bakım verenlerin Manevi Gelişim alt boyut puanı bakım süresi, hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetme durumu ve bakım verenin ekonomik, sosyal olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre bakım süresi 5 yıl üzeri olan bakım verenlerin Manevi Gelişim alt boyut puanı 1 yıldan az ve 1-5 yıl bakım süresi olan bakım verenlere göre anlamlı derecede daha azdır. Hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetmeyen bakım verenlerin Manevi Gelişim alt boyut puanı hastayla ilgilenirken tükenmişlik hisseden bakım verenlere göre ve ekonomik, sosyal olarak

etkilenmediğini belirten bakım verenlerin, ekonomik, sosyal olarak etkilendiğini belirtenlere göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Bakım verenlerin Kişiler Arası İlişkiler alt boyut puanı bakım süresi, hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetme durumu ve bakım verenin ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre bakım süresi 1 yıldan az olan bakım verenlerin Kişiler Arası İlişkiler alt boyut puanı bakım süresi 5 yıl üzeri olan bakım verenlere göre; hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetmeyen bakım verenlerin tükenmişlik hisseden bakım verenlere göre ve ekonomik olarak etkilenmediğini belirten bakım verenlerin, ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Bakım verenlerin Stres Yönetimi alt boyut puanı bakım süresi, hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetme durumu ve bakım verenin ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre bakım süresi 1 yıldan az olan bakım verenlerin Stres Yönetimi alt boyut puanı bakım süresi 5 yıl üzeri olan bakım verenlere göre; hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetmeyen bakım verenlerin tükenmişlik hisseden bakım verenlere göre ve ekonomik olarak etkilenmediğini belirten bakım verenlerin, ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 7).

Tablo 7.Bakım verenlerin bakımla ilgili tanıtıcı özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarındaki farklılıklarının incelenmesi

		SYBDÖ Ort±SS	Sağlık Sorumluluğu Ort±SS	Fiziksel Aktivite Ort±SS	Beslenme Ort±SS	Manevi Gelişim Ort±SS	Kişiler Arası İlişkiler Ort±SS	Stres Yönetimi Ort±SS
Hastaya Yakınlık Durumu	1-Eş	118,57±28,45	15,79±6,31	13,07±5,53	22,32±4,94	24,32±5,61	25,21±6,08	17,86±4,97
	2-Çocuk	125,62±29,13	16,79±6,17	17,29±7,32	20,68±5,54	25,09±6,44	24,97±6,60	20,79±5,29
	3-Anne	130,59±27,71	18,41±7,19	12,96±4,82	23,48±4,33	27,48±5,68	28,19±5,14	20,07±5,65
	4-Baba	121,50±30,72	18,86±6,04	14,64±7,01	21,79±5,70	24,07±7,05	24,43±5,12	17,71±4,66
	5-Kardeş	124,33±25,12	16,22±5,15	15,72±4,93	22,33±5,05	25,22±6,31	24,83±5,66	20,00±5,04
	F;p	0,673;0,612	0,975;0,424	2,742;**0,032* Fark:2-3**	1,193;0,318	1,177;0,325	1,645;0,168	1,762;0,141
Bakım Süresi	1.1 yıldan az	137,56±23,80	18,56±5,43	16,31±5,86	22,63±5,12	29,69±4,08	28,56±3,83	21,81±5,06
	2.1-5 yıl	131,76±30,08	18,97±7,59	15,15±6,39	23,50±4,74	26,82±6,37	26,94±6,16	20,38±5,52
	3.5 yıl üzeri	117,94±26,28	15,92±5,54	14,25±6,23	21,21±5,15	23,61±5,82	24,39±5,89	18,57±4,99
	F;p	5,185;**0,007* Fark:3-1,2**	3,340;**0,039* Fark:2-3**	0,804;0,450	2,518;0,085	8,820;**0,000* Fark:3-1,2**	4,643;**0,011* Fark:1-3**	3,285;**0,041* Fark:1-3**
Ailede Bakımdan Sorumlu Başka Kişinin Varlığı	Evet	125,46±25,98	17,31±6,74	13,92±5,20	22,08±4,91	25,92±5,92	26,46±4,65	19,77±4,78
	Hayır	124,24±28,37	17,09±6,26	14,87±6,34	22,03±5,14	25,23±6,21	25,55±6,06	19,47±5,32
	t;p	0,148;0,882	0,117;0,907	-0,518;0,605	0,033;0,974	0,383;0,703	0,523;0,602	0,195;0,846
Ailenin Diğer Üyelerinin Bakıma Destek Durumu	Evet	125,00±27,33	16,88±5,99	15,53±6,41	21,69±5,01	25,72±6,14	25,53±5,79	19,64±5,18
	Hayır	122,86±29,96	17,67±6,99	12,94±5,38	22,86±5,29	24,31±6,16	25,92±6,29	19,17±5,46
	t;p	0,383;0,702	-0,626;0,532	2,130;**0,035***	-1,163;0,247	1,160;0,249	-0,324;0,747	0,452;0,652
Hastayla İlgilenirken Tükenmişlik Hissetme Durumu	Evet	117,47±27,48	16,43±5,96	13,90±6,32	21,37±5,02	23,39±6,07	24,25±6,02	18,13±5,05
	Hayır	134,30±25,96	18,10±6,66	16,02±5,91	22,98±5,11	28,06±5,21	27,66±5,20	21,48±4,92
	t;p	-3,401;**0,001***	-1,450;0,150	-1,869;0,064	-1,724;0,087	-4,426;**0,000***	-3,251;**0,001***	-3,645;**0,000***

t:Bağımsız örneklem t testi. **F**:Tek yönlü varyans analizi (ANOVA). **Fark**:Tukey testi. *****:p<0,05.

Tablo 7. (Devam) Bakım verenlerin bakımla ilgili tanıtıcı özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarındaki farklılıklarının incelenmesi

		SYBDÖ Ort±SS	Sağlık Sorumluluğu Ort±SS	Fiziksel Aktivite Ort±SS	Beslenme Ort±SS	Manevi Gelişim Ort±SS	Kişiler Arası İlişkiler Ort±SS	Stres Yönetimi Ort±SS
Bakım Verenin Fiziksel Olarak Etkilenme Durumu	Evet	116,75±26,65	15,75±5,23	13,22±6,24	20,64±5,53	23,83±5,90	25,00±5,53	18,31±5,25
	Hayır	127,56±28,12	17,69±6,62	15,42±6,13	22,62±4,82	25,92±6,19	25,92±6,09	20,00±5,20
	t;p	-1,966;0,052	-1,561;0,121	-1,796;0,075	-1,977;0,051	-1,720;0,088	-0,780;0,437	-1,638;0,104
Bakım Verenin Duygusal Olarak Etkilenme Durumu	Evet	124,53±28,33	17,39±6,30	14,78±6,42	22,06±5,04	25,20±6,26	25,64±5,86	19,48±5,38
	Hayır	123,20±26,60	15,13±5,97	14,73±4,64	21,87±5,68	26,07±5,54	25,73±6,57	19,67±4,34
	t;p	0,172;0,864	1,308;0,193	0,025;0,980	0,134;0,893	-0,511;0,610	-0,060;0,953	-0,131;0,896
Bakım Verenin Ekonomik Olarak Etkilenme Durumu	Evet	114,54±23,06	15,48±5,13	12,57±4,83	20,97±4,94	23,36±5,47	24,41±5,14	17,75±4,57
	Hayır	134,20±29,25	18,75±6,92	16,97±6,70	23,10±5,07	27,25±6,23	26,89±6,42	21,25±5,33
	t;p	-4,122;**0,000***	-2,973;**0,004***	-4,158;**0,000***	-2,351;**0,020***	-3,659;**0,000***	-2,352;**0,020***	-3,882;**0,000***
Bakım Verenin Sosyal Olarak Etkilenme Durumu	Evet	121,59±28,48	16,88±6,13	14,49±6,52	21,99±5,44	24,22±6,59	25,00±6,20	19,01±5,20
	Hayır	128,51±27,08	17,47±6,56	15,18±5,78	22,10±4,59	26,92±5,09	26,61±5,38	20,22±5,29
	t;p	-1,342;0,182	-0,509;0,612	-0,600;0,550	-0,122;0,903	-2,546;**0,012***	-1,482;0,141	-1,252;0,213
Hastanın Ruhsal Hastalığıyla İlgili Bilgi Alma Durumu	Evet	125,77±27,01	17,47±6,89	14,95±5,81	21,91±5,75	25,60±5,59	25,98±5,13	19,86±4,85
	Hayır	123,61±28,70	16,92±5,97	14,67±6,46	22,10±4,74	25,14±6,47	25,47±6,33	19,30±5,47
	t;p	0,405;0,686	0,453;0,651	0,239;0,812	-0,200;0,842	0,397;0,692	0,452;0,652	0,558;0,578

t:Bağımsız örneklem t testi. *****:p<0,05.

HASTA ÖZELLİKLERİNE GÖRE SYBDÖ VE ALT BOYUT PUANLARININ FARKLILIKLARI

Tablo 8 incelendiğinde, hasta özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarının farklılıklarını belirlemek için uygulanan istatistiksel analizler sonucunda bakım verenlerin; SYBDÖ toplam puanı hastanın hastaneye yatış sayısı değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre hastaneye yatış sayısı 1-4 kez olan hastaların bakım verenlerinin SYBDÖ puanları hastaneye yatış sayısı 5 ve daha fazla olan hastaların bakım verenlerinin puanından anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Bakım verenlerin Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanı hastanın hastaneye yatış sayısı değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre hastaneye yatış sayısı 1-4 kez olan hastaların bakım verenlerinin Sağlıklı Sorumluluğu alt boyut puanı, hastaneye yatış sayısı 5 ve üstü olan hastaların bakım verenlerinin puanından anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Bakım verenlerin Manevi Gelişim alt boyut puanı hastanın hastaneye yatış sayısı değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre hastaneye yatış sayısı 1-4 kez olan hastaların bakım verenlerinin Manevi Gelişim alt boyut puanı hastaneye yatış sayısı 5 ve üstü olan hastaların bakım verenlerinin puanından anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Bakım verenlerin Stres Yönetimi alt boyut puanı hastanın tanısı, hastanın hastaneye yatış sayısı değişkenlerine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,05$). Buna göre tanısı majör depresyon olan hastaların bakım verenlerinin Stres Yönetimi alt boyut puanı, tanısı şizofreni olan hastaların bakım verenlerine göre; hastaneye yatış sayısı 1-4 kez olan hastaların bakım verenlerinin, hastaneye yatış sayısı 5 ve daha fazla olan hastaların bakım verenlerine göre anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 8).

Tablo 8. Hasta özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarındaki farklılıklarının incelenmesi

		SYBDÖ Ort±SS	Sağlık Sorumluluğu Ort±SS	Fiziksel Aktivite Ort±SS	Beslenme Ort±SS	Manevi Gelişim Ort±SS	Kişiler Arası İlişkiler Ort±SS	Stres Yönetimi Ort±SS
Hastanın Yaşı	18-40 Yaş	124,44±29,21	17,58±6,57	14,32±5,95	22,21±4,99	25,49±6,56	25,66±5,76	19,17±5,45
	41-80 Yaş	124,27±26,57	16,47±5,86	15,39±6,58	21,78±5,29	25,04±5,61	25,63±6,19	19,96±4,97
	t;p	0,031;0,975	0,959;0,339	-0,936;0,351	0,455;0,650	0,400;0,690	0,032;0,975	-0,821;0,413
Hastanın Cinsiyeti	Erkek	125,44±29,48	17,67±6,44	14,39±6,26	22,11±5,35	25,26±6,22	26,41±5,62	19,59±5,74
	Kadın	123,30±26,69	16,56±6,13	15,15±6,20	21,95±4,88	25,34±6,15	24,89±6,16	19,41±4,76
	t;p	0,422;0,674	0,980;0,329	-0,668;0,505	0,177;0,860	-0,073;0,942	1,429;0,156	0,189;0,850
Hastanın Çalışma Durumu	Çalışıyor	120,24±27,51	17,06±6,06	13,65±5,28	20,65±5,45	24,18±5,76	24,76±5,29	19,94±5,79
	Çalışmıyor	125,04±28,18	17,12±6,35	14,95±6,36	22,26±5,03	25,49±6,23	25,79±6,03	19,43±5,18
	t;p	-0,654;0,514	-0,039;0,969	-0,802;0,424	-1,210;0,229	-0,812;0,418	-0,661;0,510	0,372;0,710
Hastanın Eğitim Düzeyi	1-İlkokul	120,50±25,70	15,89±5,64	13,18±4,89	22,79±5,27	23,75±5,20	25,61±6,29	19,29±4,81
	2-Ortaokul	124,39±29,93	16,25±6,43	16,36±7,26	21,21±5,34	25,43±6,40	25,54±6,00	19,61±5,87
	3-Lise	119,48±27,96	16,10±6,14	15,86±7,14	20,19±5,09	24,86±6,39	24,43±5,46	18,05±4,38
	4-Üniversite	130,18±29,11	19,18±6,59	14,48±5,85	23,17±4,90	26,45±6,19	26,67±5,70	20,23±5,69
	F;p	0,941;0,423	2,166;0,096	1,437;0,236	1,999;0,118	1,131;0,340	0,701;0,553	0,786;0,504
Hastanın Tanısı	1-Şizofreni	119,31±28,40	15,23±5,56	13,95±6,13	21,28±5,56	24,67±6,36	25,49±6,21	18,69±5,30
	2-Bipolar	121,85±26,33	17,49±5,98	14,30±5,98	21,79±5,03	24,55±5,84	24,98±5,36	18,74±5,21
	3-Majör Depresyon	133,14±28,49	18,67±7,03	16,28±6,51	23,17±4,58	26,97±6,19	26,69±6,31	21,36±4,90
	F;p	2,660;0,074	3,032;0,052	1,549;0,217	1,376;0,257	1,908;0,153	0,876;0,419	3,337;**0,039*** **Fark:1-3**
Hastaneye Yatış Sayısı	1.1-4 Kez	129,84±28,44	18,18±6,61	15,72±6,44	22,28±5,00	26,73±6,04	26,45±5,73	20,48±5,37
	2.5 kez ve üstü	117,71±26,25	15,82±5,65	13,62±5,79	21,73±5,24	23,56±5,90	24,67±6,05	18,31±4,89
	t;p	2,426;**0,017***	2,093;**0,038***	1,874;0,063	0,598;0,551	2,913;**0,004***	1,660;0,100	2,311;**0,023***

t:Bağımsız örneklem t testi. **F**:Tek yönlü varyans analizi (ANOVA). **Fark**:Tukey testi. *****:p<0,05.

TARTIŞMA

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenler, hastalara önemli ölçüde destek sağlarken aynı zamanda kendi gereksinimlerinin karşılanmaması, bakım yükünün, sosyal damgalanmanın yüksek olması ve tükenmişlik gibi birçok önemli zorlukla karşı karşıya kalırlar (77). Bu zorluklar karşısında zamanla bakım verenlerin zihinsel ve fiziksel sağlığında sorunlar ortaya çıkmaya başlar. Bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ele alan kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu çalışma kronik ruhsal hastaların bakım verenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörlerini belirlemek amacıyla yapılmıştır. Bu konuda yapılacak olan çalışmalara katkı sağlamak amacıyla çalışmadan elde edilen bulgular ulusal ve uluslararası literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmanın bulguları aşağıda belirtilen başlıklar altında tartışılmıştır:

- Bakım verenlerin sosyo-demografik ve bakımla ilgili tanıtıcı özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- Hastaların sosyo-demografik ve tanısal özelliklerine ilişkin bulguların tartışılması
- SYBDÖ ve alt boyutlarının ortalama puan dağılımlarının tartışılması
- Bakım verenin özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarındaki farklılıklarının tartışılması
- Hasta özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarındaki farklılıklarının tartışılması

BAKIM VERENLERİN SOSYO-DEMOGRAFİK VE BAKIMLA İLGİLİ TANITICI ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmaya katılan bakım verenlerin özellikleri incelendiğinde, bakım verenlerin %57,4'ünün 41-65 yaş aralığında olduğu belirlenmiştir (Tablo 2). Hsiao ve ark. (78) şizofrenili bireylerin birincil aile bakım verenlerinde bakım veren yükü ve sağlıkla ilişkili yaşam kalitesini inceledikleri çalışmada, bakım verenlerin yaş ortalamasını 54,94 olarak bulmuştur. Bailey ve ark. (79) ruhsal hastaların bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada, bakım verenlerin büyük çoğunluğunun yaşlarını 55-74 olarak belirtmiştir. Çalışmamızdaki bakım verenlerin yaş ortalamaları diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir. Okul, iş bulma ve evlilik dönemlerine denk gelen genç yaştaki bireylerin, bakım veren olarak daha az rol aldıkları söylenebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin %60,7'sini kadınların oluşturduğu görülmüştür (Tablo 2). Çoban ve ark. (80) bipolar bozukluğu olan bireylerin bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %75,5'inin, Chen ve ark. (81) şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yaptıkları çalışmada da bulgularımızı destekler nitelikte olarak bakım verenlerin büyük çoğunluğunun kadın olduğunu belirtmiştir. Çalışmalarda bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olmasının, kadınların toplumsal, ailesel ve kültürel rollerinin daha çok bakıma yönelik olması nedeniyle olduğu söylenebilir.

Bakım verenlerin 67,2'si evli, %51,6'sı çalışmakta, %65,6'sının da gelir düzeyi orta seviyededir (Tablo 2). Çalışmamızda örneklemimizi oluşturan bakım verenlerin diğer çalışmalardaki bakım verenlerin sosyo-demografik özellikleriyle benzer olduğu görülmüştür (82-84).

Bakım verenlerin bakımla ilgili tanıtıcı özellikleri incelendiğinde, hastaya yakınlık durumu, %27,9'u çocuk, %23'ü eş, %22,1'i anne, %11,5'i baba, %15,5'ı ise kardeş olarak belirlenmiştir (Tablo 3). Özel Kızıl ve Yılmaz Özpolat'ın (85) yaptığı çalışmada bakım verenlerin hastaya yakınlık durumları %33,3'ü çocuğu, %27,4'ü anne-baba, %23,8'i eşi, %10,7'sinin ise kardeşi olduğu saptanmıştır. Bu sonuç ebeveynlerin daha fazla bakım veren rolünü üstlendiklerini göstermektedir. Bakım veren rolünde, eşin daha az olması kronik psikiyatri hastalarının genelde bekar olduklarını düşündürmektedir. Ülkemizde şizofreni hastalarıyla yapılan bir çalışmada, hastaların %83'ünün bekar veya boşanmış olduğu belirlenmiştir (86). Bulgularımızın literatürle uyumlu olduğunu görülmektedir.

Çalışmada bakım verenlerin hastaya bakım verme süresinin %59'unda 5 yıl üzerinde olduğu, %89,3'ünün ailesinde bakımdan primer sorumlu olduğu başka kişinin bulunmadığı ve

%59'unun ise tükenmişlik hissettiği belirlenmiştir. Bakım verenlerde artan bakım yükünün tükenmişlik hissine neden olduğu düşünülmektedir (Tablo 3).

Çalışmadaki bakım verenlerin büyük çoğunluğu ailenin diğer üyelerinden bakım konusunda destek gördüğünü belirtmiştir (Tablo 3). Karaağaç ve Çalık Var'ın (87) şizofreni hastalarının bakım verenleri üzerinde yaptıkları çalışmada bakım verenlerin %70,5'inin bakımda kendilerine destek olan bireylerin olduğunu belirtmiştir. Yapılan benzer diğer bir çalışmada da bakım verenlerin %70'inin aile üyelerinden destek aldığı belirtilmiştir (88). Bakım verenlerin bakım yükünü azaltmak ve hastalık süreciyle baş edebilmelerini kolaylaştırmak için sosyal destek sistemlerinin güçlü olması gerektiği düşünülmektedir. Bireyselciliğin henüz çoğunluğu oluşturmadığı toplumumuzda hala var olan destekleyici akrabalık ilişkilerinin, bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıkları üzerinde önemli rol oynadığı bilinmektedir.

Bakım verenlerin %29,5'i fiziksel, %87,7'si duygusal, %50'si ekonomik, %59,8'i sosyal olarak etkilendiğini belirtmiştir (Tablo 3). Bu sonuca göre bakım verenlerin en fazla duygusal olarak etkilendiği söylenebilir. Hastalığın kronik gidişli olması, hastaların gerçeği değerlendirme yetisinin bozulması, hastanın tedaviye uyumunda yaşanan zorluklar ve stigmatizasyon bakım verenleri duygusal anlamda etkilemektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin %64,8'i hastasının ruhsal hastalığıyla ilgili herhangi bir bilgi almadığını belirtmiştir (Tablo 3). Ülkemizde kronik ruhsal hastaların büyük bir kısmı hastaneden taburcu olduktan sonra ailesiyle birlikte yaşamaktadır. Ruhsal hastalıklarda sık yaşanan tekrarlı yatışların olmasının bir etkeni de bakım verenlerin hastalığın yönetimi konusunda yeterli bilgilerinin olmamasıdır. Hastalığın öncü belirtileri, tedavi yöntemleri, seyri konusunda yetersiz bilgisi olan bakım verenlerin hastalığı yönetemeyeceği, tıp dışı uygulamalara başvuracağı ve tedaviyi reddedeceği düşünülmektedir.

HASTALARIN SOSYO-DEMOGRAFİK VE TANISAL ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN TARTIŞILMASI

Çalışmaya katılan bakım verenlerin hastalarının %58,2'si 18-40 yaş grubunda iken hastaların yaş ortalaması 39,62±14,72'dir. Hastaların %32'sinin tanısı şizofreni, %38,5'inin bipolar ve %29,5'inin ise majör depresyondur ve %54,9'unun ise hastaneye 1-4 kez yattığı bulunmuştur. Hastaların %32,8'inin eğitim düzeyi üniversite iken, %86,1'i herhangi bir işte çalışmamaktadır (Tablo 4). Çalışmadaki hastaların özellikleri literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (87,88). Ruhsal hastalıkların duygu, düşünce ve davranışları etkileyen

kronik bir hastalık olması, remisyon dönemleriyle birlikte atak dönemlerinin bulunması, hastaların toplumsal işlevselliklerini sınırlayarak ekonomik olarak bağımlı hale geleceğini düşündürmektedir.

SYBDÖ VE ALT BOYUTLARININ ORTALAMA PUAN DAĞILIMLARININ TARTIŞILMASI

Kronik ruhsal hastalıklara bakım verenler, bakım rolünün stresli olduğunu ve fiziksel, sosyal ve duygusal olarak tüketen bir deneyim olduğunu vurgulamaktadır (72,90). Ruhsal sorunları olan hastaların bakım verenlerinin sağlık davranışını hedefleyen müdahalelerin yer aldığı çalışmalara bakıldığında, çoğunlukla demans, Alzheimer, anoreksiya nevroza olan kişilerin bakım verenleri üzerinde çalışıldığı görülmüştür (91-94). Yaptığımız bu çalışma bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını ele alırken aslında yerel bir bölgede yaşayan bireylerin kültürel özelliklerini de yansıtmaktadır.

Çalışmamızda bakım verenlerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması 124,37±28,02 olarak bulunmuştur (Tablo 5). Ölçekten alınabilecek en fazla puanın 208 olduğu göz önüne alındığında, bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yetersiz olduğu söylenebilir. Literatürde ruhsal hastaların bakım verenleri üzerinde yapılan çalışmalar değerlendirildiğinde, Lök ve Bademli'nin (76) demanslı bireylerin bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada müdahale öncesi deney grubunun sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği genel puanı 105,60, kontrol grubunun 100,96, El-Zeftawy ve Sabra'nın (95) Alzheimerlı hastaların bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada ise sağlıklı yaşam biçimi davranışı ölçeği genel puanının 109,0 olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızın sonuçlarının diğer çalışmalara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Bakım verenlerin iyilik halleri ve yaşam kalitelerinin önemli bileşenlerinden olan sağlıklı yaşam biçimi davranışları; sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi olarak değerlendirilmektedir.

Goren ve ark. (94) bakım verenlerin bakım vermeyen bireylere göre uykusuzluk, depresyon, anksiyete, hipertansiyon, ağrı ve diyabet gibi hastalıkları daha fazla yaşadıklarını, fiziksel ve zihinsel sağlık durumlarının daha kötü olduğunu saptamıştır. Çalışmada bakım verenlerin sağlıkları üzerindeki duyarlılıklarını tanımlayan sağlık sorumluluğu alt boyut puan ortalaması 17,11±6,28 olarak bulunmuştur (Tablo 5). Bu sonuç bakım verenlerin sağlık sorumluluğunun yetersiz olduğunu gösterir. Lök ve Bademli'nin (76) yaptıkları çalışmaya göre yüksek, El-Zeftawy ve Sabra'nın (95) çalışmasına göre ise düşük bulunmuştur.

Tatangelo ve ark. (96) çalışmasında, bakım verenlerin sağlıklarını korumadaki en önemli ihtiyacın egzersiz olduğunu belirttiklerini vurgulamaktadır. Çalışmada bakım verenlerin egzersiz yapma durumu ile ilgili olan fiziksel aktivite alt boyut puan ortalaması 14,77±6,22 olarak bulunmuştur (Tablo 5). Fiziksel aktivite alt boyutundan en yüksek 32 puan alınabileceği düşünüldüğünde, bakım verenlerin fiziksel aktivitelerinin yetersiz olduğu saptanmıştır. Lök ve Bademli'nin (76) yaptıkları çalışmaya göre düşük, El-Zeftawy ve Sabra'nın (95) çalışmasına göre ise yüksek olduğu görülmüştür. Bailey ve ark. (79) yaptıkları çalışmada, çalışma bulgumuza benzer olarak ruhsal hastaların bakım verenlerinin %57,6'sının yetersiz fiziksel aktivitede bulunduğunu belirtmiştir. Farran ve ark. (97) demanslı kişilerin ailesindeki bakıcılara uygulanan bireyselleştirilmiş fiziksel aktivite müdahalesinin bakıcıların ruh sağlığı sonuçları üzerinde olumlu etkisi olduğunu vurgulamıştır.

Ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin riskli sağlık davranışlarının araştırıldığı bir çalışmada bakım verenlerin %74,8'inin yetersiz sebze ve meyve tüketimi olduğu saptanmıştır (79). Tatangelo ve ark. (96) bakım verenlerin kendilerini stresli ve zamanları kısıtlı hissettiklerinde, kendilerini rahatlatmak için sağlıksız yiyecekler yediklerini bulmuştur. Çalışmamızda bakım verenlerin beslenme alışkanlıklarını tanımlayan beslenme alt boyut puan ortalaması 22,03±5,1 olarak saptanmıştır (Tablo 5). Bu sonuç benzer çalışmalara göre yüksek olarak bulunmuştur (76,95).

Din ve maneviyat, bireylerin yaşamlarında karşılaştıkları olayların anlamını, nedenini kavramada ve geleceğe umutla bakmalarını sağlayarak, strese karşı bir tampon görevi görür ve bakım verenlerin iyilik halinin korunmasına yardımcı olur (77). Yoon ve ark. (98) maneviyatın demanslı hastaların bakıcıları için koruyucu bir faktör olduğunu belirtmektedir. Çalışmamızda bakım verenlerin manevi gelişim alt boyut puan ortalaması 25,30±6,16 olarak bulunmuştur (Tablo 5). Literatüre bakıldığında manevi gelişim alt ölçeği puan ortalamasının bizim çalışmamızdan düşük olduğu görülmüştür (76,95).

Kronik ruhsal hastalara bakım verenler öznel ve nesnel yükle karşı karşıya kalmaktadır. Bakım verenlerin psikolojik tepkileri öznel yük olarak belirtilirken, kişiler arası ilişkilerde yaşanan sorunlar ise nesnel yük olarak gösterilmektedir (1). Ruhsal hastalara bakım verenler, hastalarıyla iletişim kurmanın zor olduğunu ve ilişkisel zorluklar yaşadığını belirtmektedirler (99). Bakım verenlerin çevresindeki bireylerle iletişim kurma ve sürdürmesini temsil eden kişiler arası ilişkiler alt boyut puan ortalaması 25,65±5,92 olarak saptanmıştır (Tablo 5). Bu sonuç yapılan diğer çalışmalara oranla yüksek seviyelerdedir (76,95). Çalışmamızda SYBDÖ

alt ölçeklerinin ortalamaları incelendiğinde en yüksek puanın kişilerarası ilişkiler alt ölçeğinde olduğu görülmüştür.

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakmak zahmetli ve stresli bir durumdur. Şizofreni ve psikozlu kişilerin bakım verenlerinin %30,2'sinin stres düzeyinin çok yüksek olduğunu bildirmiştir (100). Bakım verme stresi, bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarında değişikliklere neden olabilir (73). Çalışmamızda bakım verenlerin stresini etkileyen faktörler ile stresi kontrol etme becerisini tanımlayan Stres Yönetimi alt boyut puan ortalaması ise 19,50±5,25 olarak saptanmıştır (Tablo 5). Lök ve Bademli'nin (76) yaptıkları çalışmaya göre stres yönetimi toplam puanı yüksek, El-Zeftawy ve Sabra'nın çalışmasına göre ise düşük bulunmuştur (95).

BAKIM VERENİN ÖZELLİKLERİNE GÖRE SYBDÖ VE ALT BOYUT PUANLARINDAKİ FARKLILIKLARININ TARTIŞILMASI

Bakım verenler kişisel öz bakım ihtiyaçlarını fark etmelerine ve önem vermelerine rağmen bakım verdikleri bireylerin ihtiyaçlarını kendi ihtiyaçlarının önüne koymaktadırlar. Sağlıklı beslenme, düzenli egzersiz yapma gibi sağlığı koruyan, geliştiren davranışlardan vazgeçerek sağlıklarını ve iyilik hallerini riske atmaktadırlar (101).

Örneklemimizi oluşturan kronik ruhsal hastaların bakım verenlerinin yaş ortalaması 43,21±14,30'dur. 18-40 yaş aralığındaki bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı, 41-65 yaş aralığındaki bakım verenlerden daha yüksek olarak bulundu (Tablo 6). Yaşın sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ile sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi alt boyutları üzerinde önemli bir değişken olmadığı saptanırken ($p>0.05$), fiziksel aktivite ve beslenme alt bileşenleri üzerinde önemli bir değişken olduğu belirlendi ($p<0.05$) (Tablo 6).

Çalışmamızda 18-40 yaş grubundaki bakım verenlerin fiziksel aktivite alt bileşen puanı, 41-65 yaş grubuna göre anlamlı derecede yüksekti. Sabo ve Chin (101) bakım verenlerin öz bakım ihtiyaçları ve uygulamalarını inceledikleri araştırmada bakım verenlerin, fiziksel aktiviteyi önemli bir kişisel bakım ihtiyacı olarak gördüklerini belirtirken, Wang ve ark. (102) yaşları 43-92 arasında değişen demans veya Alzheimerlı hastaların bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada, fiziksel hareketsizliğin bakım verenler tarafından sıklıkla dile getirildiği belirtilmiştir. Oysa ki bakım verenlerin fiziksel aktivite gibi kendi kendine bakım uygulamalarına dahil olmaları, yaşamdaki stres faktörleriyle başa çıkabilmelerinde ve fiziksel, zihinsel sağlıkları üzerinde olumlu etkiler yaratacaktır (103). Çalışmamızda yaşla birlikte fiziksel aktivitelerin azalmış olmasının nedeni yaşla birlikte yeterince fiziksel güç ve enerjinin

olmaması, özellikle bedensel yetersizliklere sebep olan hastalıkların daha çok görülmesi olabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızın bulgularına göre, 41-65 yaş grubundaki bakım verenlerin yeterli ve dengeli beslenme düzeyleri 18-40 yaş grubundaki bakım verenlere göre istatistiki olarak anlamlı derecede daha fazladır. Yaşla birlikte görülme sıklığı fazla olan diyabet, hipertansiyon, kalp yetmezliği gibi kronik hastalıklar bireylerin beslenme alışkanlıklarını düzenlemelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda Tatangelo ve ark. (96) bakım verenlerin uygun ve yeterli bir şekilde beslenme hakkındaki bilgi eksikliklerinin sağlıklı yaşamın önündeki engeli oluşturduğunu belirtmiştir. Günün çoğunluğunu evde geçiren yaşlı bakım verenlerin televizyon programlarında yer alan sağlıkla ilgili programlardan bilgi almalarının da sonucumuz üzerinde etkisi olabileceğini düşündürmektedir.

Bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının belirlenmesinde cinsiyet değişkeninin etkisi incelendiğinde, kadın olan bakım verenlerin sağlık sorumluluğu ve kişiler arası ilişkiler puanı erkeklere göre anlamlı derecede fazlayken, cinsiyet değişkeninin sağlıklı yaşam biçimi toplam puanı ile diğer alt boyutlar üzerinde etkisinin olmadığı belirlendi (Tablo 6). Dünyada, yaşlılar ya da psikiyatrik bozuklukları olan bireylerin bakımında çoğunlukla kadınlar yer almaktadır (2). Cho ve Cha (93) kadın bakım verenlerin sağlığı geliştirici ve koruyucu davranışlarının daha fazla olduğunu belirtmiştir. Benzer olarak kadın bakım verenlerin sağlık sorumluluklarının daha yüksek olduğu, önerilen koruyucu sağlık hizmetlerini kadınların daha çok kullandığı, sağlık yardım arama davranışlarının kadınlarda daha fazla olduğu, hastaneye başvuruların kadınlarda yüksek olduğu ve erkek bakım verenlerin ise zararlı alışkanlıklarının daha fazla olduğu literatürde belirtilmektedir (79,104). Bu nedenle kadın bakım verenlerin erkeklere göre öz bakımının yüksek olmasından ve bakım verdiği hastanın sorumluluğunu daha çok almasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Aynı zamanda kadınların sosyal etkileşimde daha çok bulunmaları kişiler arası ilişkiler puanlarını etkilemiş olabileceğini düşündürmektedir.

Çalışmamızda bakım verenlerin %67,2'sinin evli olduğu görüldü. Medeni durumun sağlıklı yaşam biçimi davranışları ile alt boyut puan ortalamalarına etkisi değerlendirildiğinde, evli olan bakım verenlerin sağlık sorumluluğu, beslenme ve kişiler arası ilişkiler alt boyut puanları anlamlı olarak yüksek iken bekar olan bakım verenlerin fiziksel aktivite alt boyut puanı anlamlı bir şekilde yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6). Bailey ve ark. (79) ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenleriyle yaptıkları çalışmada daha önce evli olan veya hiç evli olmayan bakım verenlerin, evli veya birlikte yaşayanlara kıyasla yetersiz miktarda meyve ve/veya sebze

tüketme olasılıklarının daha yüksek olduğunu saptamıştır. Evli olan bakım verenlerin, eve, eşe, çocuğa bakma sorumluluğunun getirdiği kendine iyi bakma zorunluluk hissinin, sağlık sorumluluğu boyutunu etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bekar olan bakım verenlerin kendilerine daha fazla vakit ayırabilme durumları, düzenli spor yapabilme imkanlarını artıracağını düşündürmektedir. Aynı zamanda evli olan bakım verenlerin ailesel ve toplumsal ilişkiler nedeniyle kişiler arası ilişkiler puanın etkilendiği, beslenme alt boyut puanının ise bekarlara göre daha yüksek olmasının nedeni olarak aile düzeninden kaynaklanan beslenme alışkanlığı olduğu tahmin edilmektedir.

Çalışmamızda eğitim düzeyi üniversite olan bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı toplam puanı ile fiziksel aktivite ve stres yönetimi alt boyut puanları diğer gruplara kıyasla anlamlı derecede daha yüksektir ($p<0,05$) (Tablo 6). Cho ve Cha (93) eğitim seviyesi yüksek olan bakım verenlerin sağlığı geliştirici davranışlarının daha fazla olduğunu belirtmektedir. Eğitim düzeyi yüksek olan kişilerde sağlık okuryazarlığının daha fazla olması ve düşük eğitim düzeyine sahip kişilerin belirli kültürel faktörler, normlar, inançlar nedeniyle de kötü sağlık davranışlarına sahip olabileceği belirtilmektedir (105). Eğitim seviyesinin artmasıyla, bakım verenlerin bilgi kaynaklarına daha kolay ulaşabileceği, sağlıklarıyla ilgili farkındalığının artacağı, düzenli spor, egzersiz yapacağı ve stresle baş çıkabilme stratejilerini öğrenerek stres yönetimini başarabilecekleri düşünülmektedir.

Bakım verenlerin sağlıklarının geliştirilmesi büyük oranda davranış değişikliği ile mümkündür. Çalışmaya katılan bakım verenlerin gelir düzeyleri ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ve alt boyutları arasındaki fark incelendiğinde, gelir durumu iyi olan bakım verenlerin diğer gruplara kıyasla sağlıklı yaşam biçimi davranışı toplam puanı ile tüm alt boyut puanlarının anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulundu ($p<0,05$) (Tablo 6). Çalışma bulgumuzla benzer olarak Koçoğlu ve Akın (106) bireylerin algıladıkları ekonomik ve gelir durumlarının, sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde belirleyici bir faktör olduğunu belirtmiştir (106). Hsiao ve ark. (78) şizofreni tanılı hastaların bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada bakım verenlerin gelir düzeylerinin sağlık yaşam kalitesi üzerine etkisini vurgulamıştır (78). Cho ve Cha (93) demans hastalarının bakım verenlerinin ekonomik düzeyleri arttıkça sağlığı geliştirici davranışlarının arttığını belirtmiştir (93). Ekonomik refahı olan bakım verenlerin, sağlıklı beslenme ve düzenli egzersiz yapma, sağlık kontrollerini yaptırma, terapi ve danışmanlık hizmeti alma imkanın bulunması, kendi sağlıkları üzerinde daha güçlü bir kontrol duygusuna ve daha fazla sorumluluk almalarına yardımcı olacaktır. Aynı zamanda sosyal aktivitelere daha çok bütçe ayırabilecekleri ve sosyal ilişkileri ile stres

yönetiminin daha iyi olabileceği düşünülmektedir. Ekonomik durumu iyi olan bakım verenlerin hastalarına daha kolay ve yeterli bakım imkanı sunuyor olmaları da kendi motivasyonlarını artırarak, hastalık süreciyle daha kolay baş etmelerinde yardımcı olacağı tahmin edilmektedir.

Bakım verenlerin çalışma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ile alt boyut puanlarını incelediğimizde, bakım verenlerin %51.6'sının herhangi bir işte çalıştığı belirlendi. Hsiao ve ark. (78) şizofrenili bireylerin birincil aile bakım verenlerinde yaptıkları araştırmada çalışmayan bakım verenlerin sağlıkla ilişkili fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel yaşam kalitelerinin düşük olduğunu saptamıştır. Literatürle benzer olarak çalışan bakım verenlerin düzenli bir işte çalışma, bakımdan kısa süreliğine uzaklaşarak kendine vakit ayırabilme, sosyal iletişimini ve işlevselliklerini artırarak bireylerin kendi sağlıklarıyla ilgilenme durumlarının artacağı düşünülmektedir. Çalışmamızda ise çalışan bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ile fiziksel aktivite, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler alt boyut puanlarının çalışmayanlara göre daha yüksek bulunmasına karşın çalışma durumunun sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ile alt boyut puanları üzerinde istatistiki olarak bir fark oluşturmadığı belirlendi ($p>0,05$) (Tablo 6).

Bireylerin sağlık davranışı, sağlık durumu için önemli bir faktördür ve daha sağlıklı bir yaşam tarzı, iyi bir sağlığa kavuşmada önemli katkılarda bulunur (107). Yaşamında herhangi bir hastalığı bulunmayan bakım verenlerin fiziksel aktivite, manevi gelişim ve stres yönetimi alt boyut puanları anlamlı derecede fark oluşturduğu belirlendi. Herhangi bir hastalığı olmayan bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimleri davranışlarının daha fazla olduğu söylenebilirken hastalıkların oluşmasında fiziksel aktivite yetersizliğinin, stresle etkisiz baş etmenin ve yaşamdan doyum alamamanın önemli bir etken olduğu bilinmektedir ($p<0,05$) (Tablo 6).

Kronik ruhsal hastalıklara bakım verenlerin çok boyutlu, karşılanmamış ihtiyaçları vardır ve bu ihtiyaçların karşılanması genellikle bakım verenin hastaya yakınlığına göre de farklılık göstermektedir (96). Çalışmamızın bulgularına göre, bakım verenlerin büyük çoğunluğu çocuklarına bakım vermekteydi. Çocuğuna bakım verenlerin fiziksel aktivite alt boyut puanı, annesine bakım verenlere göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 7). Bakım verenlerin, genç yaştaki hastalarının sosyal yaşamda daha aktif ve bağımsız olmaları için onları toplum ruh sağlığı merkezlerine getirme vb. durumları ve toplumumuzdaki anne rolünde annenin kendisini sağlıklı tutma amacının günlük hayatlarında fiziksel bakımdan daha aktif olmalarını sağladığı düşünülmektedir. Aynı zamanda ileri yaştaki hastaya bakım veriyor olmak yaşla birlikte bağımlılığın artmasından dolayı bakım verenlerin aktivitelerini sınırlandıracaktır.

Bademli ve ark. (108) ruhsal hastalara bakım verme süresi ile bakım yükü arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirtmiştir. Bakım verenlerin bakım süreleri arttıkça bakım verenlerin sağlıklarında bozulmalar meydana gelmektedir (92). Çalışmamızda bakım verenlerin %59'u hastalarına 5 yıl üzerinde bakım vermekteydi. Bakım verenlerin bakım süreleri arttıkça sağlıklı yaşam biçimi davranışı toplam puanı ile sağlık sorumluluğu, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt boyut puanlarının anlamlı bir şekilde azaldığı belirlendi ($p<0,05$) (Tablo 7). Cho ve Cha (93) bakım verenlerin bakım süresiyle sağlığın korunması ve geliştirilmesi davranışları arasında anlamlı bir fark bulamazken, bakım süresinin kısa olması, sosyal izolasyona ve toplumsal stigmaya daha az maruz kalınmasına, bakım verenin tükenmişlik yaşamamasına, hastalığın seyrinin daha kabul edilebilir düzeyde olmasına ve bakım verenin sosyal ilişkilerinin devam etmesine yardımcı olacaktır. Bakım yılıyla birlikte artan bakım yükü bakım verende daha fazla tükenmişlik yaşanmasına neden olur. Bakım süresi arttıkça kişi vaktinin çoğunu hastaya adar ve sosyal ilişkileri azalır. Bakım yüküyle birlikte kişide daha çok stres kaynaklı sağlık sorunları ortaya çıkarken, zamanla hastalıkla baş etme ve yaşam amacında azalmalar görülebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediğini düşündüğümüz diğer bir değişken ise ailenin diğer üyelerinin bakıma destek durumları idi. Çalışmamızdaki bakım verenlerin %70,5'i ailenin diğer üyeleri tarafından bakım konusunda destek gördüğünü belirtti. Aile üyelerinden bakım konusunda destek görenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ile fiziksel aktivite alt bileşen puanının bakım konusunda desteklenmeyenlere göre istatistiki olarak önemli bir fark olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 7). Benzer olarak Hsiao ve ark. (78) kronik ruhsal hastalıklı bireye birincil derece bakım verenlerin dışında bakıma yardımcı olacak başka bireylerin varlığının, bakım verenlerin fiziksel, ruhsal, sosyal ve çevresel olarak sağlıklı yaşam kalitelerini olumlu yönde etkilediğini belirtmiştir. Yerel bir bölgede yaşayan bakım verenlerin akraba ve komşuluk ilişkilerinin daha iyi olmasından dolayı kendilerine daha çok vakit ayırabilecekleri, düzenli yürüyüş veya egzersiz yapabilecekleri düşünülmektedir.

Ruhsal hastaların artan bakım ihtiyaçları, bakım verenlerin zamanla oluşan duygusal yükleri, hastanın aile içinden biri olması, ruhsal hastalığın damgalanması gibi nedenlerle bakım verenler yardım alma konusunda isteksizleşmekte, kişiler arası ilişkileri kısıtlanmakta ve stresi yoğun bir şekilde deneyimlemektedirler (109). Bakım verenlerin hastasıyla ilgilenirken hissettikleri tükenmişlik hislerinin sağlıklı yaşam davranışlarını azaltacağı düşünülmektedir. Hastayla ilgilenirken tükenmişlik hisseden bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışı

toplam puanı ile manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler ve stres yönetimi alt bileşenlerinin puanı tükenmişlik hissetmeyenlere kıyasla anlamlı olarak yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 7). Bireyin kendine yeterli vakit ayıramaması, bakımın devamlı olması, hastanın öz bakımına katılma oranının azlığı, bakım verenin yorgunluk, isteksizlik ve güçsüzlük yaşamasına neden olurken, tükenmişlik hissinin oluşumuna da yol açmaktadır. Tükenmişlik yaşayan bireyler kendine bakımını azaltmakta, kendini toplumsal ilişkilerden soyutlamakta ve daha fazla sağlık sorunlarını deneyimlemektedir.

Bireylerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik iyilik haliyle ilişkilidir. Bu amaçla bakım verenlerin fiziksel, sosyal, duygusal ve ekonomik olarak etkilenme durumlarının önemli bir değişken olduğu düşünülmektedir. Çalışmada ekonomik durumun bakım verenlerin sağlık sorumluluğu, fiziksel aktivite, beslenme, manevi gelişim, kişiler arası ilişkiler, stres yönetimi ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde önemli bir değişken olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 7). Gelir durumu iyi olan bakım verenlerin eğitim seviyelerinin yüksek olduğu ve çalışabildiği düşünüldüğünde, bakım verenlerin kendi sağlıklarını daha fazla önemseyeceği, sağlıklı ve dengeli beslenerek kilo kontrolü sağlayabileceği, gerektiğinde vitamin ve gıda takviyeleri alabileceği, toplumsal işlevselliklerinin yüksek olabileceği ve kendini daha iyi anlamlandırabilecekleri düşünülmektedir.

Çalışmada bakım verenlerin %64,8'inin hastanın ruhsal hastalığıyla ilgili herhangi bir bilgi almadığı belirlendi. Bakım verenlerin ruhsal hastalık hakkında bilgi alma durumları ile sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ve tüm alt bileşenleri arasında anlamlı bir fark bulunmadı ($p>0,05$) (Tablo 7). Hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmak, sağlıklı yaşam biçimi hakkında bakım verenlere yol gösterebilirken, bireylerin davranışlarındaki değişikliğe eğitim dışındaki birçok faktörün (farkındalık, ekonomik durum vb.) etkili olmasının sonucumuzu desteklediğini düşündürmektedir.

HASTA ÖZELLİKLERİNE GÖRE SYBDÖ VE ALT BOYUT PUANLARINDAKİ FARKLILIKLARININ TARTIŞILMASI

Çalışmamızda kronik ruhsal hastalara bakım verenlerin hastalarının yaş, cinsiyet, çalışma durumu, eğitim düzeyi gibi özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ile tüm alt boyutların puanları üzerinde önemli bir değişken olmadığı saptandı ($p>0,05$) (Tablo 8).

Çalışmamıza katılan bakım verenlerin hastalarının tanıları değerlendirildiğinde %38,5'inin bipolar, %32'sinin şizofren, %29,5'inin ise majör depresyon olduğu görüldü. Tanısı majör depresyon olan hastaların bakım verenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puan ortalamaları şizofren ve bipolar hastası olan bakım verenlere göre yüksek bulundu ($p<0,05$) (Tablo 8). Aynı zamanda tanısı major depresyon olan hastaların bakım verenlerinin stres yönetimi düzeyi, tanısı şizofreni olan hastaların bakım verenlerinden anlamlı derecede daha fazla olduğu saptandı ($p<0,05$) (Tablo 8). Şizofreni bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını ciddi ölçüde etkileyen, halüsinasyonlar ve sanrılar içeren, hastanın tamamen kendi içine döndüğü yeti yitimi yüksek olan bir hastalıktır. Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin yaşadığı bakım yükü diğer psikiyatrik hastalıklara göre çok daha fazladır. Yapılan bir çalışmaya göre şizofreni hastasına bakım verenlerinin sağlık sorunu ve depresyon oranı genel nüfusa göre iki kat daha fazlayken, şizofreni bakım verenleriyle yapılan diğer bir çalışmada da stigmaya bağlı olarak bakım verenlerin daha fazla ruhsal sıkıntı yaşadıkları saptanmıştır (110,111). Literatürdeki çalışmalar bulgularımızı destekler niteliktedir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin hastalarının %54,9'unun hastaneye yatış sayısı 1-4 kezdir. Hastaneye yatış sayısı 1-4 kez olan hastaların bakım verenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları toplam puanı ile sağlık sorumluluğu, manevi gelişim ve stres yönetimi puanları hastaneye yatış sayısı 5 ve daha fazla olan hastaların bakım verenlerinin puanlarından anlamlı derecede daha fazladır ($p<0,05$) (Tablo 8). Hastaların hastaneye yatış sayılarının az olması tedaviye uyumun iyi olduğunu veya hastalığın daha yeni tanılandığını düşündürmektedir. Hastaların tedaviye uyumlarının iyi olması veya hastalığın daha yeni tanılanması, bakım verenlerin bakım yükü algısının az olmasında ve bakım verenlerin yaşam anlamlarının değişikliğe uğramamasına yardımcı olabilir. Bakım verenlerin kendi sağlığı üzerindeki iyi olma çabası, bakım verdikleri hastaların sağlığını ve hastalığın gidişatını olumlu yönde etkileyecektir. Sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını hayatında uygulayarak iyilik halini arttıran bakım verenlerin, hastasına daha iyi bakım vereceği, hastalık hakkında bilgi sahibi olacağı, psikoeğitim programlarına katılarak kişiler arası ilişkilerini ve bireysel baş etme yöntemlerini arttıracağı tahmin edilmektedir.

SONUÇLAR

Kronik ruhsal hastaların bakım verenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri belirlemek, bu konuda yapılacak olan çalışmalara katkı sağlamak ve rehberlik yapmak amacıyla planlanan bu çalışmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

- Çalışmaya katılan bakım verenlerin (n=122) %57,4'ünün 41-65 yaş grubunda, yaş ortalamasının ise 43,21±14,30 yıl olduğu bulunmuştur. Bakım verenlerin %60,7'sinin kadın, %67,2'sinin evli, %30,3'ünün eğitim düzeyinin ilkokul olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin %51,6'sının çalıştığı, %65,6'sının da gelir düzeyinin orta seviyede olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerin %62,3'ünün yaşamını etkileyen herhangi bir rahatsızlığının olmadığı saptanmıştır.

- Bakım verenlerin %27,9'unun çocuğu hastası idi. %59'unun 5 yıl üzerinde bakım verdiği ve %89,3'ünün ailesinde bakımından primer sorumlu başka bir kişinin olmadığı saptanmıştır.
- Bakım verenlerin %70,5'inin ailesindeki diğer üyeler tarafından bakım konusunda destek gördüğü, %59'unun tükenmişlik hissettiği belirlenmiştir. Aynı zamanda bakım verenlerin %29,5'inin fiziksel, %87,7'sinin duygusal, %50'sinin ekonomik, %59,8'inin sosyal olarak etkilendiğini bulunmuştur. Bakım verenlerin %64,8'inin hastanın hastalığıyla ilgili herhangi bir bilgi almadığı saptanmıştır.
- Çalışmaya katılan bakım verenlerin hastalarının yaş ortalaması 39,62±14,72 yıl olarak bulunmuştur. Bakım verilen hastaların %50'sinin kadın, %86,1'inin çalışmadığı ve %32,8'inin eğitim düzeyinin üniversite olduğu belirlenmiştir. Hastaların %32'sinin tanısının şizofreni, %38,5'inin bipolar, %29,5'inin ise majör depresyon olduğu ve %54,9'unun hastaneye 1-4 kez yattığı belirlenmiştir.
- Bakım verenlerin SYBDÖ toplam puan ortalaması ve standart sapması 124,37±28,02 olarak bulunmuştur. Sağlık Sorumluluğu alt boyutu puan ortalaması 17,11±6,28, Fiziksel Aktivite alt boyut puan ortalaması 14,77±6,22, Beslenme alt boyut puan ortalaması 22,03±5,10, Manevi Gelişim alt boyut puan ortalaması 25,30±6,16, Kişiler Arası İlişkiler alt boyut puan ortalaması 25,65±5,92 ve Stres Yönetimi alt boyut puan ortalaması 19,50±5,25 olarak saptanmıştır.
- Bakım verenlerin SYBDÖ toplam puanın eğitim düzeyi, gelir düzeyi, bakım süresi, hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetme durumu ve bakım verenin ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Eğitim düzeyi üniversite olan bakım verenlerin SYBDÖ toplam puanı eğitim düzeyi ilkokul olanlardan, gelir düzeyi iyi olanların gelir düzeyi orta ve kötü olan bakım verenlerin puanından daha fazla olarak belirlenmiştir. Bakım verme süresi 5 yıl üzeri olan bakım verenlerin SYBDÖ toplam puanı 1 yıldan az ve 1-5 yıl olan bakım verenlere göre daha az olarak belirlenirken, hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetmeyen bakım verenlerin puanının tükenmişlik hisseden bakım verenlere göre, ekonomik olarak etkilenmediğini belirten bakım verenlerin, ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Bakım verenlerin Sağlık Sorumluluğu alt boyut puanının cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, bakım süresi, bakım verenin ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre farklılık gösterdiği saptanmıştır ($p<0,05$). Sağlık sorumluluğu alt boyut puanının

kadınların erkeklere göre; evlilerin bekarlara göre; gelir düzeyi iyi olanların gelir düzeyi orta ve kötü olan bakım verenlere göre; bakım süresi 1-5 yıl olanların bakım süresi 5 yıl üzeri olanlara göre; ekonomik olarak etkilenmediğini belirten bakım verenlerin, ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre daha fazla olduğu bulunmuştur.

- Bakım verenlerin Fiziksel Aktivite alt boyut puanının yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, gelir düzeyi, herhangi bir hastalık olma durumu, hastaya yakınlık durumu, bakım verilen kişiye ailede başka kişinin destek verme durumu ve bakım verenin ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Fiziksel Aktivite alt boyut puanının 18-40 yaş grubundaki bakım verenlerin 41-65 yaş grubuna göre; bekarların evlilere göre; eğitim düzeyi lise olan bakım verenlerin eğitim düzeyi ilkokul ve ortaokul olanlara göre; gelir düzeyi iyi olanların gelir düzeyi kötü ve orta olan bakım verenlere göre; çocuğuna bakım verenlerin annesine bakım verenlere göre; ailede bakım konusunda destek alanların destek almayanlara göre; ekonomik olarak etkilenmediğini belirten bakım verenlerin, ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Bakım verenlerin Beslenme alt boyut puanının yaş, medeni durum, gelir düzeyi ve bakım verenin ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre farklılık gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Beslenme alt boyutu puanının 41-65 yaş grubundaki bakım verenlerin 18-40 yaş grubundaki bakım verenlere göre; evlilerin bekarlara göre; gelir düzeyi iyi olanların gelir düzeyi kötü olan bakım verenlere göre; ekonomik olarak etkilenmediğini belirten bakım verenlerin, ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Bakım verenlerin Manevi Gelişim alt boyut puanının gelir düzeyi, herhangi bir hastalık olma durumu, bakım süresi, bakım verenin ekonomik ve sosyal olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre farklılık gösterdiği görülmüştür ($p<0,05$). Manevi Gelişim alt boyut puanının gelir düzeyi iyi olan bakım verenlerin gelir düzeyi kötü olan bakım verenlere göre; bakım süresi 5 yıl üzeri olanların 1 yıldan az ve 1-5 yıl olanlara göre; hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetmeyen bakım verenlerin tükenmişlik hissedenlere göre; ekonomik, sosyal olarak etkilenmediğini belirtenlerin ekonomik, sosyal olarak etkilendiğini belirtenlere göre daha fazla olduğu bulunmuştur.
- Bakım verenlerin Kişiler Arası İlişkiler alt boyut puanının cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, bakım süresi, hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetme durumu ve bakım verenin ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre farklılık gösterdiği

bulunmuştur ($p<0,05$). Kişiler Arası İlişkiler alt boyut puanının kadın bakım verenlerin erkek bakım verenlere göre; evlilerin bekarlara göre; gelir durumu iyi olan bakım verenlerin gelir durumu kötü ve orta olanlara göre; bakım süresi 1 yıldan az olanların 5 yıl üzeri olanlara göre; hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetmeyen bakım verenlerin tükenmişlik hissedenlere göre; ekonomik olarak etkilenmediğini belirten bakım verenlerin, ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

- Bakım verenlerin Stres Yönetimi alt boyut puanının eğitim düzeyi, gelir düzeyi, herhangi bir hastalık olma durumu, bakım süresi, hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetme durumu ve bakım verenin ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($p<0,05$). Stres Yönetimi alt boyut puanının eğitim düzeyi üniversite olan bakım verenlerin ilkokul ve ortaokul olan bakım verenlere göre; gelir durumu iyi olanların kötü ve orta olan bakım verenlere göre; bakım süresi 1 yıldan az olanların 5 yıl üzeri olanlara göre; hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetmeyen bakım verenlerin tükenmişlik hissedenlere göre; ekonomik olarak etkilenmediğini belirtenlerin ekonomik olarak etkilendiğini belirtenlere göre daha fazla olduğu saptanmıştır.

ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda önerilerimiz şu şekildedir:

- Profesyonel bir ekip üyesi olan ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin daha etkin rol alarak, bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını artırmaya yönelik uygun psikoeğitim programlarını oluşturması ve danışmanlık hizmetleri vermesi,
- Ruh sağlığı hastalarına bakım verenlerin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının toplumsal düzeyde desteklenmesi,
- Bakım verenlerin kendi sağlıkları üzerindeki farkındalığının belirlenmesini amaçlayan nitel araştırmaların yapılması,
- Ruh sağlığı hastalarına bakım verenlerin sağlık açısından riskli davranışlarını belirlemeye ve sağlık durumunu iyileştirmeye yönelik hemşirelik müdahalelerinin planlanması ve uygulanması önerilmektedir.

ÖZET

Çalışmada, kronik ruhsal hastalığı bulunan hastaların, birincil derece bakımından sorumlu bakım verenlerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve bu davranışları etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Kesitsel tipteki bu araştırma 07.10.2019-01.04.2020 tarihleri arasında Trakya bölgesinde bulunan bir tıp fakültesi hastanesinin psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların 122 bakım veren ile gerçekleştirildi. Araştırma verileri anket formu ve Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II (SYBDÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, bağımsız gruplarda t testi, tek yönlü varyans analizi ve Tukey çoklu karşılaştırma testi kullanıldı.

Bakım verenlerin SYBDÖ toplam puan ortalaması 124,37±28,02 olarak belirlendi. SYBDÖ toplam puanının, bakım verenin eğitim düzeyi, gelir düzeyi, bakım süresi, hastayla ilgilenirken tükenmişlik hissetme durumu ve ekonomik olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre farklılık gösterdiği saptandı. SYBDÖ alt boyut puanlarının, bakım verenlerin yaş, cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, eğitim düzeyi, herhangi bir hastalığa sahip olma durumu, hastaya yakınlığı, hastanın tanısı, hastaneye yatış sayısı, bakım süresi, tükenmişlik hissetme durumu, bakımda aileden destek alma durumu, ekonomik ve sosyal olarak etkilenme durumu değişkenlerine göre anlamlı farklılıklar olduğu belirlendi ($p<0,05$).

Sonuç olarak kronik ruhsal hastalığı bulunan hastaların, birincil derece bakımından sorumlu bakım verenlerinin, sağlıklı yaşam biçimi davranışlarının yetersiz olduğu, bakım verenlerin sosyodemografik ve bakımla ilgili tanıtıcı özellikleri ile hastaların özelliklerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışları üzerinde etkileri olduğu saptandı. Bu sonuçlar

doğrultusunda, psikiyatri hemşirelerinin bakım verenlerin sağlığını koruma ve geliştirmede daha aktif rol alması gerektiği önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Bakım Veren, Kronik Ruhsal Hastalıklar, Sağlık Davranışı, Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları

HEALTHY LIFESTYLE BEHAVIORS IN CAREGIVERS OF PATIENTS WITH CHRONIC MENTAL DISEASE AND AFFECTING FACTORS

SUMMARY

In this study, it was aimed to determine the healthy lifestyle behaviors of primary caregivers of psychiatric patients and the factors affecting these behaviors.

This cross-sectional study was conducted with 122 caregivers of inpatients of a medical faculty hospital in the Trakya region between 07.10.2019-01.04.2020. Research data were collected using a questionnaire and the Healthy Lifestyle Behaviors Scale II. Number, percentage, mean, standard deviation, independent groups t-test, one-way analysis of variance and Tukey multiple comparison test were used to evaluate the data.

The mean HLBS total score of the caregivers was determined as 124.37±28.02. It was determined that the total score of HLBS differed according to the education level of the caregiver, income level, length of care, feeling of burnout while dealing with the patient, and being economically affected. HLBS sub-dimension scores depend on the variables of caregivers' age, gender, marital status, income level, the condition of having any disease, education level, closeness to the patient, diagnosis of the patient, number of hospitalizations, duration of care, feeling of burnout, receiving support from family in care, and being affected economically and socially. significant differences were found ($p<0,05$).

As a result, it was determined that the primary caregivers of the psychiatric patients had insufficient healthy lifestyle behaviors, and socio-demographic, care-related descriptive characteristics of the caregivers and the characteristics of the patients the had an effect on the

healthy lifestyle behaviors. According to these results, it is suggested that psychiatric nurses should take a more active role in protecting and improving the health of caregivers.

Key words: Caregiver, Chronic Mental Illnesses, Health Behavior, Healthy Lifestyle Behaviors

KAYNAKLAR

1. Raj EA, Shiri S, Jangam KV. Subjective burden, psychological distress, and perceived social support among caregivers of persons with schizophrenia. Indian Journal of Social Psychiatry 2016;32:42–9.

2. Sharma N, Chakrabarti S, Grover, S. Gender differences in caregiving among family-caregivers of people with mental illnesses. World Journal of Psychiatry 2016;6(1):7-17.

3. Iavarone A, Ziello A, Pastore F, Fasanaro A, Poderico C. Caregiver burden and coping strategies in caregivers of patients with Alzheimer's disease. Neuropsychiatric Treatment 2014;10:1407–13.

4. Perlick DA, Miklowitz DJ, Link BG, Struening E, Kaczynski R, Gonzalez J et al. Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. British Journal of Psychiatry 2007;190:535-6.

5. Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. Bipolar Disord 2005;7(1 Suppl):25-32.

6. Gündoğdu N, Güler G. Healthy lifestyle behaviors and self-efficacy levels of health care professionals working at primary health care institutions. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2016;18(1):14-27.

7. World Health Organization. Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010, Burden: Mortality, Morbidity and Risk Factors, 2011. https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/ Erişim Tarihi: 26.10.2021

8. Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik hastalıklarda psiko-sosyal sorunlar ve bakım. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2013;1(1):57-69.

9. Liberman RP. Psychiatric rehabilitation of chronic mental patients. Jossey-Bass, Wiley, 1992.

10. Goldman HH, Gattozzi AA, Taube CA. Defining and counting the chronically mentally ill. Hosp Community Psychiatry 1981;32(1):21-7.

11. Mueser KT, Bond GR, Drake RE. Community-Based treatment of schizophrenia and other severe mental disorders: Treatment outcomes. Medscape General Medicine 2001;3(1).

12. Türk Dil Kurumu. Türk Dil Kurumu Sözcükleri, 2021 https://sozluk.gov.tr/ Erişim Tarihi: 16.09.2021.

13. Karahan A, Güven S. Yaşlılıkta evde bakım. Turkish Journal of Geriatrics 2002;5(4):155-9.

14. İnci H. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması, Geçerlilik ve Güvenilirliği (tez). Denizli: Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2006.

15. Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı AE, Çubukçuoğlu Z ve ark. Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. Türk Psikiyatri Dergisi 2010;21:203-12.

16. Arslantaş H, Adana F. Şizofreninin bakım verenlere yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3:251-77.

17. Rose LE, Mallinson RK, Gerson LD. Mastery, burden, and areas of concern among family caregivers of mentally ill persons. Archives of Psychiatric Nursing 2006;20:41-51.

18. Ntsayagae EI, Myburgh C, Poggenpoel M. Experiences of family caregivers of persons living with mental illness: A meta-synthesis. Curationis 2019;42(1):1-9.

19. Toseland RW, Smith G, Mccallion P. Family Caregivers of The Frail Elderly, Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations. Gitterman A (Ed) Columbia University Press:2001. p.548-81.

20. Özlü A, Yıldız M, Aker T. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010;11:89-94.

21. Hunt CK. Concepts in caregiver research. Journal of Nursing Scholarship 2003;35(1):27-32.

22. Karancı N. Caregivers of Turkish schizophrenic patients: Casual attributions, burdens, and attitudes to help from the health professionals. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 1995;30:261-8.

23. Sales E. Family burden and quality of life. Quality of Life Research 2003;12(1):33-41.

24. Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik hastalarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2011;3:513-52.

25. Arguvanlı S, Taşcı S. Bipolar bozuklukta bakım verenlerin sorunları. Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi 2013;1(1):21-30.

26. Karancı AN, Inandılar H. Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2002;37:80-8.

27. Ak M, Yavuz FK, Lapsekili N, Türkçapar MH. Evaluation of burden in a group of patients with chronic psychiatric disorders and their caregivers. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2012;25(4):330–7.

28. Magliano L, Marasco C, Fiorillo A, Malangone C, Guarneri M, Maj M et al. The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. Acta Psychiatr Scand 2002;106:291-8.

29. Chou KR. Caregiver burden: A concept analysis. Journal of Pediatric Nursing 2000;15:398-407.

30. Özlü A. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Yük ve Travma Sonrası Gelişim ile İlgili Özellikler (tez). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2007.

31. Toth-Cohen, S. Factors influencing appraisal of upset in black caregivers of persons with Alzheimer disease and related dementias. Alzheimer Disease and Associated Disorders 2004;18:247–55.

32. Çetin N. Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisinin İncelenmesi (tez). Ankara: Gülhane Askeri Tıp Akademisi; 2011.

33. Katschnig H. Quality of life in mental disorders: Challenges for research and clinical practice. World Psychiatry 2006;5(3):139-45.

34. Pompili M, Harnic D, Gonda X, Forte A, Dominici G, Innamorati M et al. Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. World Journal of Psychiatry 2014;4(1):1-12.

35. Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. Quality of life and correlated health status and social support of schizophrenic patients' caregivers. Journal of the Medical Association of Thailand 2006;89(3 Suppl):13-9.

36. Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J, Ferrer-Garcia M, Fernandez-Davila P. Quality of life of schizophrenia patients of Aymaran ethnic back ground in the north of Chile. Revista de Psiquiatría y Salud Mental 2012;5(2):121-6.

37. Doğan T. Üniversite öğrencilerinin iyilik halinin incelenmesi. H.Ü. Eğitim Fakültesi Dergisi 2006;30(30):120-9.

38. Myers JE, Sweeney TJ, Witmer JM. The Wheel of wellness counseling for wellness: a holistic model for treatment planning. Journal of Counseling & Development 2000;78:251-66.

39. Sullivan AB, Miller D. Who is taking care of the caregiver?. Journal of Patient Experience 2015;1:7-13.

40. Saunders JC. Families living with severe mental illness: A literature review. Issues Ment Health Nurs 2003;24:175-98.

41. Rigby H, Gubitz G, Phillips S. A Systematic review of caregiver burden following stroke. International Journal of Stroke 2009;4:285-92.

42. Bademli K, Duman ZÇ. Şizofreni hastalarının bakım verenleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013;5(4):461-78.

43. Vitaliano PP, Young HM, Zhang J. Is caregiving a risk factor for illness? Current Directions in Psychological Science 2004;13(1):13-6.

44. Brummett BH, Babyak MA, Vitaliano PP, Siegler IC, Ballard EL, Gwyther LP, et al. Associations among perceptions of social support, negative affect, and quality of sleep in caregivers and noncaregivers. Health Psychology 2006;25(2):220-5.

45. World Health Organization. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Ottawa Sözleşmesi. Cenevre, 1986. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference Erişim Tarihi:10.08.2021.

46. Akça AF. Sağlık uygulamalarında temel kavramlar ve beceriler. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2011:1-38.

47. Somunoğlu S. Kavramsal açıdan sağlık. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 1999:51-61.

48. Maslow A. İnsan olmanın psikolojisi. İstanbul: Kural Dışı Yayıncılık, 2001.

49. Ay FA, Ertem ÜT, Özcan NK, Ören BG, Işık RD, Sarvan SZ. Temel hemşirelik kavramlar, ilkeler, uygulamalar. İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık, 2008.

50. Bostan N. Hemşirelerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarını Etkileyen Faktörler (tez). İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2013.

51. Kırtepe A. Yerel Yönetimlerde Refreatif Etkinliklere Düzenli Olarak Katılan ve Katılmayan Kadınların Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışlarının Karşılaştırılması (Ankara Büyükşehir Belediyesi Örneği) (tez). Ankara: Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Beden Eğitimi ve Spor Anabilim Dalı; 2015.

52. Akdemir N, Birol L. İç hastalıkları ve hemşirelik bakımı. 1. Baskı. İstanbul: Ekin Tıbbi Yayıncılık, 2003.

53. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: Bakanlık yayını, 2011.

54. Erkoç Y, Çom S, Keskinkılıç TB, Karakaya K. Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesine Yönelik Dönüm Noktaları: Global Konferanslardan Bildiriler, Ankara: Anıl Matbaacılık, 2011:1-5.

55. Ferguson KJ. Health behaviour. public health & preventive medicine. Stamford: Appleton&Lange, 1998:811-16.

56. Vural BK. Sağlık riskinin belirlenmesi ve hemşirelik için önemi. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 1998;2(2):39-43.

57. Bahar Z. Sağlığı Geliştirme Modeli: Kavramsal Yapı. 16.Ulusal Halk Sağlığı Kongresi Özet Kitabı s.88- 100, Antalya, 2013.

58. Walker SN, Hill-Polerecky DM. Psychometric evaluation of the Health Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center, 1996.

59. Bahar Z, Beşer A, Gördes N, Ersin F, Kıssal A. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II'nin geçerlik ve güvenirlik çalışması. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2008;12(1):1-12.

60. Akyol A, Bilgiç P, Ersoy G. Fiziksel aktivite, beslenme ve sağlıklı yaşam. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008;12-23.

61. Stewart KJ, Bacher AC, Turner K, Lim JG, Hees PS, Shapiro EP et al. Exercise and risk factors associated with metabolic syndrome in older adults. Am J Prev Med 2005;28(1):9-18.

62. Şenel F. Sağlıklı beslenme. Bilim ve Teknik 2012:82-6.

63. Yılmaz E, Özkan S. Üniversite öğrencilerinin beslenme alışkanlıklarının incelenmesi. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2007;2(6):87-104.

64. Yılmaz M, Okyay N. Hemşirelerin maneviyat ve manevi bakıma ilişkin görüşleri. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 2009;3:41-52.

65. Erişen M, Karaca SS. Manevi bakım ve hemşirelik. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2017;6(3):184-90.

66. Cihangiroğlu Z. Elazığ Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler (tez). Elazığ: Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 2010.

67. Gökgöz H. Stresin Çalışanların Performansı Üzerine Etkisi: Öğretim Elemanları Üzerine Bir Araştırma (tez). Edirne: Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü; 2013.

68. Soysal A. İş yaşamında stres. Çimento İşveren Dergisi 2009;23(3):17-40.

69. Çam O, Engin E. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, 2014.

70. Uğur M. Günlük yaşam stresine terapötik yaklaşım. Türkiye Klinikleri 2011:71-82.

71. Yıldırım S, Yalçıner N, Güler C. Kronik ruhsal hastalıklarda bakım veren yükü: Sistematik Derleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2017;8(3):165-71.

72. Ae-Ngibise KA, Doku VCK, Asante KP, Owusu-Agyei S. The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. Global Health Action 2015;8(1):26957.

73. Son J, Erno A, Shea DG, Femia EE, Zarit SH, Parris Stephens MA. The caregiver stress process and health outcomes. Journal of Aging and Health 2007;19(6):871-87.

74. Bailey JM, Clinton-McHarg TL, Wye PM, Wiggers JH, Bartlem KM, Bowman JA. Preventive care for physical activity and fruit and vegetable consumption: a survey of family carer expectations of health service delivery for people with a mental health condition. BMC Health Services Research 2020;20(1):1-13.

75. Bıkmaz N. Hemşirelik Süreci Uygulamasının Şizofren Hastaların İyileşme ve Çevreye Uymalarına Etkileri (tez). İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1988.

76. Lök N, Bademli K. Pilot testing of the "First You Should Get Stronger" program among caregivers of older adults with dementia. Archives of gerontology and geriatrics 2017; 68:84-9.

77. Akbari M, Alavi M, Irajpour A, Maghsoudi J. Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: A narrative review. Iranian journal of nursing and midwifery research 2018;23(5):329-37.

78. Hsiao CY, Lu HL, Tsai YF. Caregiver burden and health-related quality of life among primary family caregivers of individuals with schizophrenia: A cross-sectional study. Quality of Life Research 2020;29(10):2745-57.

79. Bailey JM, Regan TW, Bartlem KM, Wiggers JH, Wye PM, Bowman JA. A survey of the prevalence of modifiable health risk behaviours among carers of people with a mental illness. BMC public health 2019;19(1):1-10.

80. Çoban SA, Özkan B, Medik K, Saraç B. Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakım verenlerin yaşam kalitesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2013;4(2):61-6.

81. Chen L, Zhao Y, Tang J, Jin G, Liu Y, Zhao X, et al. The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: A qualitative study. BMC psychiatry 2019;19(1):1-10.

82. Hancı N. İki Uçlu Mizaç Bozukluğu-I Hastası Bakım Veren Yük Düzeyinin, Şizofreni Hastasına Bakım Veren Yük Düzeyiyle Karşılaştırılması (tez). Bursa: Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi; 2014.

83. Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırlı S. Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi 2009;46:10-4.

84. Zendjidjian X, Richieri R, Adida M, Limousin S, Gaubert N, Parola N, et al. Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. J Affect Disord 2012;136:660-5.

85. Özel Kızıl ET, Yılmaz Özpolat AG. Kronik psikiyatrik hastalığı bulunan hastaların bakım verenlerinde tükenmişlik sendromunun boyutları. Kriz Dergisi 2010;18 (3):1-7.

86. Soygür H, Alptekin K, Atbaşoğlu EC, Herken H. (Eds.). Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar, Bilimsel Çalışma Birimleri Dizisi. Ankara: Türk Psikiyatri Derneği Yayınları, 2007.

87. Karaağaç H, Çalık Var E. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. Klinik Psikiyatri 2019;22:16-26.

88. Duman ZÇ, Bademli K. Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: Sistematik bir inceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar 2013;5(1):78-94.

89. Yazıcı E, Karabulut Ü, Yıldız M, Tekes SB, Inan E, Çakır U ve ark. Şizofrenisi olan hastalara bakım verenlerin yükü ve ilişkili etmenler. Noro-Psikyatri Arsivi 2016;53(2):96-101.

90. McCann TV, Bamberg J, McCann F. Family carers' experience of caring for an older parent with severe and persistent mental illness. International Journal of Mental Health Nursing 2015;24(3):203-12.

91. Hibbs R, Magill N, Goddard E, et al. Clinical effectiveness of a skills training intervention for caregivers in improving patient and caregiver health following in-patient treatment for severe anorexia nervosa: pragmatic randomized controlled trial. Br J Psychiatry 2015;1:56-66.

92. Hampel S. Perception of health and health-related behavior of family caregivers of people with dementia. Zeitschrift fur Gerontologie und Geriatrie 2019;53(1):29-34.

93. Cho A, Cha C. Health promotion behavior among older Korean family caregivers of people with dementia. International Journal of Environmental Research and Public Health 2021;18(8):4123-32.

94. Goren A, Montgomery W, Kahle-Wrobleski K, Nakamura T, Ueda K. Impact of caring for persons with Alzheimer's disease or dementia on caregivers' health outcomes: findings from a community based survey in Japan. BMC geriatrics 2016;16(1):1-12.

95. El-Zeftawy AMA, Sabra AI. Effect of psycho-educational program about Alzheimer's disease on knowledge, healthy lifestyle, depression, and burden of Caregivers of Alzheimer's Patients. Aging 2018;5(2):266-82.

96. Tatangelo G, McCabe M, Macleod A, You E. "I just don't focus on my needs." The unmet health needs of partner and offspring caregivers of people with dementia: A qualitative study. International Journal of Nursing Studies 2018;77:8-14.

97. Farran CJ, Paun O, Cothran F, Etkin CD, Rajan KB, Eisenstein A et al. Impact of an individualized physical activity intervention on improving mental health outcomes in

family caregivers of persons with dementia: A randomized controlled trial. AIMS Medical Science 2016;3(1):15-31.

98. Yoon KH, Moon YS, Lee Y, Choi SH, Moon SY, Seo SW, et al. CARE (Caregivers of Alzheimer's Disease Research) Investigators. The moderating effect of religiosity on caregiving burden and depressive symptoms in caregivers of patients with dementia. Aging & Mental Health 2018;22(1):141-7.

99. Quinlan E, Deane F, Crowe T. Interpersonal problems amongst mental health carers: A qualitative study. Social Work in Mental Health 2018;16(5):518-39.

100. Wan KF, Wong MM. Stress and burden faced by family caregivers of people with schizophrenia and early psychosis in Hong Kong. Internal Medicine Journal 2019;49:9-15.

101. Sabo K, Chin E. Self-care needs and practices for the older adult caregiver: An integrative review. Geriatric Nursing 2021;42(2):570-81.

102. Wang XR, Liu SX, Robinson KM, Shawler C, Zhou L. The impact of dementia caregiving on self-care management of caregivers and facilitators: A qualitative study. Psychogeriatrics 2019;19(1):23-31.

103. Han M, Diwan S, Chang M, Comfort K, Forward K. Caregiving Burden and self-care among European-American and Chinese-American family caregivers of people with mental illness. Journal of Family Studies 2020;26(3):441-58.

104. Vaidya V, Partha G, Karmakar M. Gender differences in utilization of preventive care services in the United States. Journal of women's health 2012;21(2):140-5.

105. Friis K, Lasgaard M, Rowlands G, Osborne RH, Maindal HT. Health literacy mediates the relationship between educational attainment and health behavior: A Danish population-based study. Journal of Health Communication 2016;21(2):54-60.

106. Koçoğlu D, Akın B. Sosyoekonomik eşitsizliklerin sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve yaşam kalitesi ile ilişkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2009;2(4):145-54.

107. Altenhöner T, Philippi M, Böcken J. Health behaviour and changes in health behaviour-are education and social status relevant? Gesundheitswesen (Bundesverband der Arzte des Offentlichen Gesundheitsdienstes (Germany)) 2013;76(1):19-25.

108. Bademli K, Lök N, Kılıç AK. The relationship between the burden of caregiving, submissive behaviors and depressive symptoms in primary caregivers of patients with schizophrenia. Archives of psychiatric nursing 2018;32(2):229-34.

109. Siddiqui S, Khalid J. Determining the caregivers' burden in caregivers of patients with mental illness. Pakistan journal of medical sciences 2019;35(5):1329-33.

110. Olridge ML, Huphes IC. Psychological well-being families with a member suffering from schizophrenia an investigation into long-standing problems. British Journal of Pscyhiatry 1992;161:249-51.

111. Magaña SM, Ramirez Garcia JI, Hernández MG, Cortez R. Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. Psychiatric services 2007; 58(3):378-84.

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. SYBDÖ II ve alt boyutları için güvenirlikler 15
Tablo 2. Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı 18
Tablo 3. Bakım verenlerin bakımla ilgili tanıtıcı özelliklerinin dağılımı 19
Tablo 4. Hastaların sosyo-demografik ve tanısal özelliklerinin dağılımı 21
Tablo 5. SYBDÖ ve alt boyutlarının ortalama puan dağılımları 22
Tablo 6. Bakım verenin sosyo-demografik özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarındaki farklılıkların incelenmesi 24
Tablo 7.Bakım verenlerin bakımla ilgili tanıtıcı özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarındaki farklılıklarının incelenmesi 27
Tablo 8. Hasta özelliklerine göre SYBDÖ ve alt boyut puanlarındaki farklılıklarının incelenmesi 30

ÖZGEÇMİŞ

1993 yılında Gelibolu'da doğan Merve Akçam ilk ve orta öğretimini Gelibolu'da tamamladı. 2011-2015 yılları arasında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik bölümünde lisans eğitimini tamamladı. 2018 yılında Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği bölümünde yüksek lisans eğitimine başladı. 2015 yılından beri Uzunköprü Devlet Hastanesi'nde çalışmaktadır.

EKLER

Ek 1. Anket formu

Ek 2. Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II

Ek 3. Etik Kurul İzni

Ek 4. Kurum İzni

Ek 5. Ölçek İzni

ANKET FORMU (EK 1)

Bu çalışma, kronik ruhsal hastalığı olan hastaların bakım verenlerinde sağlıklı yaşam biçimi davranışları ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla planlanmıştır. Çalışmaya katılıp katılmamakta tamamen serbestsiniz. İstediğiniz anda soruları cevaplamaktan vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cevaplanan bölüm çalışmaya dahil edilmeyecektir. Çalışma kapsamında kimliğinizi ortaya çıkarabilecek hiçbir bilgi istenmeyecektir. Değerlendirme yapabilmek için sadece numaralandırma kullanılacaktır. Elde edilecek bilgiler gizli tutulacak olup bilimsel çalışma dışında başka amaçlar için kullanılmayacaktır.

Hemşire Merve AKÇAM
Dr. Öğretim Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA
Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

ANKET FORMU

Bakım verenin;

1. Yaş:……
2. Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın
3. Medeni durumu: 1) Evli 2) Bekar
4. Eğitim durumu: 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul
   4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite
5. Gelir durumu: 1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4) Çok iyi
6. Çalışma durumu: 1) Çalışıyorum 2) Çalışmıyorum
7. Yaşamı etkileyen herhangi bir rahatsızlığınız var mı? 1) Evet 2) Hayır

8. Hastanıza yakınlık durumunuz nedir ?
   1) Eş 2) Çocuk 3) Anne 4) Baba 5) Kardeş 6) Diğer
9. Hastanıza kaç yıldır bakım veriyorsunuz? 1) 1 yıldan az 2) 1 yıl-5 yıl 3) 5 yıl üzeri
10. Ailenizde bakımından sorumlu olduğunuz başka kişiler var mı ? 1) Evet 2) Hayır
11. Ailenin diğer üyelerinden bakıma destek alıyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
12. Hastanızla ilgilenirken tükenmişlik hissediyor musunuz? 1) Evet 2) Hayır
13. Bakım veren olmak sizi nasıl etkiliyor? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
    1) Fiziksel olarak etkileniyorum.

2) Duygusal olarak etkileniyorum.

3) Ekonomik olarak etkileniyorum.

4) Sosyal olarak etkileniyorum.

5) Etkilenmiyorum

14. Hastanızın ruhsal hastalığıyla ilgili herhangi bir bilgi aldınız mı ? 1) Evet 2) Hayır

Hastanın;

15. Yaşı: ……

16. Cinsiyeti: 1) Erkek 2) Kadın

17. Çalışma durumu: 1) Çalışıyor 2) Çalışmıyor

18. Eğitim durumu: 1) Okur-yazar değil 2) Okur-yazar 3) İlkokul
4) Ortaokul 5) Lise 6) Üniversite

19. Tanısı: ……

20. Hastaneye yatış sayısı ……

SAĞLIKLI YAŞAM BİÇİMİ DAVRANIŞLARI ÖLÇEĞİ II (EK 2)

Bu ankette şu anki yaşam tarzınız ve alışkanlıklarınız ile ilgili sorular yer almaktadır. Lütfen soruları mümkün olduğu kadar doğru ve eksiksiz yanıtlayınız. Her alışkanlığınızın sıklığını uygun seçeneği daire içine alarak belirtiniz.		**Hiçbir zaman**	**Bazen**	**Sık sık**	**Düzenli olarak**
1	Bana yakın olan kişilerle endişelerimi ve sorunlarımı tartışırım				
2	Sıvı ve katı yağı, kolesterolü düşük bir diyeti tercih ederim.				
3	Doktora ya da bir sağlık görevlisine, vücudumdaki olağandışı belirti ve bulguları anlatırım				
4	Düzenli bir egzersiz programı yaparım				
5	Yeterince uyurum				
6	Olumlu yönde değiştiğimi ve geliştiğimi hissederim				
7	İnsanları başarıları için takdir ederim				
8	Şekeri ve tatlıyı kısıtlarım				
9	Televizyonda sağlığı geliştirici programları izler ve bu konularla ilgili kitapları okurum				
10	Haftada en az üç kez 20 dakika ve/veya daha uzun süreli egzersiz yaparım (hızlı yürüyüş, bisiklete binme, aerobik, dans gibi)				
11	Her gün rahatlamak için zaman ayırırım				
12	Yaşamımın bir amacı olduğuna inanırım				
13	İnsanlarla anlamlı ve doyumlu ilişkiler sürdürürüm				
14	Her gün 6-11 öğün ekmek, tahıl, pirinç ve makarna yerim				
15	Sağlık personeline önerilerini anlamak için soru sorarım				
16	Hafif ve orta düzeyde egzersiz yaparım (Örneğin haftada 5 kez ya da daha fazla) yürürüm				
17	Yaşamımda değiştiremeyeceğim şeyleri kabullenirim				
18	Geleceğe umutla bakarım				
19	Yakın arkadaşlarıma zaman ayırırım				
20	Her gün 2-4 öğün meyve yerim				
21	Her zaman gittiğim sağlık personelinin önerileri ile ilgili sorularım olduğunda başka bir sağlık personeline danışırım				
22	Boş zamanlarımda yüzme, dans etme, bisiklete binme gibi eğlendirici fizik aktiviteler yaparım				

23	Uyumadan önce güzel şeyler düşünürüm				
24	Kendimle barışık ve kendimi yeterli hissederim				
25	Başkalarına ilgi, sevgi ve yakınlık göstermek benim için kolaydır				
26	Her gün 3-5 öğün sebze yerim				
27	Sağlık sorunlarımı sağlık personeline danışırım				
28	Haftada en az üç kere kas güçlendirme egzersizleri yaparım				
29	Stresimi kontrol etmek için uygun yöntemleri kullanırım				
30	Hayatımdaki uzun vadeli amaçlar için çalışırım				
31	Sevdiğim kişilerle kucaklaşırım				
32	Her gün 3-4 kez süt, yoğurt veya peynir yerim				
33	Vücudumu fiziksel değişiklikler, tehlikeli bulgular bakımından ayda en az bir kez kontrol ederim				
34	Günlük işler sırasında egzersiz yaparım (örneğin, yemeğe yürüyerek giderim, asansör yerine merdiven kullanırım, arabamı uzağa park ederim)				
35	İş ve eğlence zamanımı dengelerim				
36	Her gün yapacak değişik ve ilginç şeyler bulurum				
37	Yakın dostlar edinmek için çaba harcarım				
38	Her gün et, tavuk, balık, kuru bakliyat, yumurta, çerez türü gıdalardan 3-4 porsiyon yerim				
39	Kendime nasıl daha iyi bakabileceğim konusunda sağlık personeline danışırım				
40	Egzersiz yaparken nabız ve kalp atışlarımı kontrol ederim				
41	Günde 15-20 dakika gevşeyebilmek, rahatlayabilmek için uygulamalar yaparım				
42	Yaşamımda benim için önemli olan şeylerin farkındayım				
43	Benzer sorunu olan kişilerden destek alırım				
44	Gıda paketlerinin üzerindeki besin, yağ ve sodyum içeriklerini belirleyen etiketleri okurum				
45	Bireysel sağlık bakımı ile ilgili eğitim programlarına katılırım				
46	Kalp atımım hızlanana kadar egzersiz yaparım				
47	Yorulmaktan kendimi korurum				
48	İlahi bir gücün varlığına inanırım				

49	Konuşarak ve uzlaşarak çatışmaları çözerim				
50	Kahvaltı yaparım				
51	Gereksinim duyduğumda başkalarından danışmanlık ve rehberlik alırım				
52	Yeni deneyimlere ve durumlara açığım				

ETİK KURUL İZNİ (EK 3)

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU Edirne, Türkiye

ARAŞTIRMA BAŞVURUSU ONAYIBAŞVURU BİLGİLERİ	PROTOKOL KODU	TÜTF-BAEK 2019/291	
	PROTOKOL ADI	Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Hastaların Bakım Verenlerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler	
	SORUMLU ARAŞTIRICI ÜNVANI / ADI	Dr. Öğr. Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA	
	ARAŞTIRMA MERKEZİ		
	DESTEKLEYİCİ		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	Tek Merkez Ulusal	Çok Merkez Uluslararası
KARAR BİLGİLERİ	**Karar No: 13/12**		**Tarih:19.08.2019**
	Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Nihan ALTAN SARIKAYA'nın sorumluluğunda yapılması planlanan ve yukarıda başvuru bilgileri verilen Yüksek Lisans Öğrencisi Merve AKÇAM'ın tez çalışmasının araştırma başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş; araştırmaya ilişkin giderlerin gönüllüye ve/veya bağlı bulunduğu sosyal güvenlik kurumuna ödetilmediği koşullarda ve veri toplanacak yerlerden gerekli izinler alındıktan sonra gerçekleştirilmesinde etik bilimsel standartlar açısından sakınca bulunmadığına mevcudun oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ			
ÇALIŞMA ESASI	Helsinki Bildirgesi, İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu, TÜTF-BAEK Yönergesi		

ÜYELER

Ünvan/Ad/ Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurumu	Cinsiyeti	İlişki(*)	Katılım (**)	İmza
Prof. Dr. Ülfet VATANSEVER ÖZBEK Başkan	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Rugül KÖSE ÇINAR Başkan Yardımcısı	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	T.Ü.T.F. Ruh Sağ. ve Has. A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Dr. Öğr.Üyesi Ruhan Deniz TOPUZ Üye	Tıbbi Farmakoloji	T.Ü.T.F Tıbbi Farmakoloji A.D	K	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. F. Neşrin TURAN Üye	Biyoistatistik	T.Ü.T.F. BiyoistatistikA.D.	K	E (H)	(E) H	
Doç. Dr. Hakan GÜRKAN Üye	Tıbbi Genetik	T.Ü.T.F. Tıbbi Genetik A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Hasan ÜMİT Üye	İç Hastalıkları	T.Ü.T.F. İç Hastalıkları A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Oktay KAYA Üye	Fizyoloji	T.Ü.T.F. Fizyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Doç. Dr. Cafer Sadık ZORKUN Üye	Kardiyoloji	T.Ü.T.F. Kardiyoloji A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Galip EKUKLU Üye	Halk Sağlığı	T.Ü.T.F. Halk Sağlığı A.D.	E	E (H)	(E) H	
Dr. Öğr. Üyesi Fatma Gülsüm ÖNAL Üye	Tıp Tarihi ve Etik	T.Ü.T.F. Tıp Tarihi ve Etik A.D.	K	E H	E H	
Öğr. Gör. Dr. Sinan ATEŞ Üye	Kadın Hastalıkları ve Doğum	T.Ü.T.F. Kadın Hastalıkları ve Doğum A.D.	E	E (H)	(E) H	
Prof. Dr. Sevtap HEKİMOĞLU ŞAHİN Üye	Anestezi ve Reanimasyon	T.Ü.T.F. Anestezi ve Reanimasyon A.D.	K	E H	E H	Mazeretli
Prof. Dr. Atakan SEZER Üye	Genel Cerrahi	T.Ü.T.F. Genel Cerrahi A.D.	E	E H	E H	Mazeretli
Avukat Emine NURLU Üye		T.Ü. Rektörlüğü	K	E (H)	(E) H	
Emekli Öğretmen Sinan SEÇKİN Üye		Serbest Üye	E	E H	E H	

*Araştırma ile ilişki
**Toplantıda Bulunma

Prof. Dr. Akgül TUNÇEL
Dekan a.
Dekan Yrd.

T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : 37864143-044 -E.369048 01/10/2019
Konu : Anketler

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünün 30/09/2019 tarih ve E.368350 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız yüksek lisans programı öğrencisi Merve AKÇAM'ın,"Kronik Ruhsal Hastalığı Olan Hastaların Bakım Verenlerinde Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Etkileyen Faktörler" başlıklı tez çalışmasını Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Kliniğinde yapmasının uygun görüldüğüne ilişkin ilgi yazı ektedir.

Bilgilerinizi ve adı geçen öğrencinin bilgilendirilmesi hususunda gereğini rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Tammam SİPAHİ
Enstitü Müdürü

Ek: Trakya Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Müdürlüğünün Yazısı.

Adres:Sağlık Bilimleri Enstitüsü Balkan Yerleşkesi Enstitüler Binası 22030 Merkez/Edirne
Telefon:2842353098 Faks2842357655
E-Posta:sagbl@trakya.edu.tr Elektronik Ağ:http://sbe.trakya.edu.tr/
Bilgi için: Ayşen ÇOBAN
Unvanı: Memur

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununun 5. Maddesi gereğince güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

ÖLÇEK İZNİ (EK 5)



ZB

Zuhal Bahar <zbahar@ku.edu.tr>
8.06.2019 Cmt 16:19
Siz

Sayın Akçam,
Ölçeğimizi çalışmanızda kullanabilirsiniz.
Kolay gelsin, sevgiler
Zuhal Bahar

iPhone'umdan gönderildi

merve akçam <merve_akcam@hotmail.com> şunları yazdı (8 Haz 2019 01:37):

Sayın hocam merhaba

Ben Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalında yüksek lisans yapmaktayım. Literatür incelemesinde sizin geçerlilik ve güvenirliğini yaptığınız 'Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları Ölçeği II' ölçeğinizi gördüm. İzninizle birkaç sorum var:

1) Ölçeği izninizle kullanabilir miyim ?
2) Ölçeği uygularken ve değerlendirirken dikkat etmem gereken yerler nelerdir ?

Saygılarımla,