T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

S.Ü TIP FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ SERVİSİNDE DUYGULANIM BOZUKLUĞU TANISI İLE YATAN HASTALARIN YAKINLARININ SOSYAL DESTEK VE STRESLE BAŞ ETME DÜZEYLERİNİN BELİRLENMESİ

Nesibe GÜNAY MOLU

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI PSİKİYATRİ
HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI

Danışman Yrd. Doç. Dr

Havva TEL

KONYA-2008

İÇİNDEKİLER **SAYFA NO**

İÇİNDEKİLER ..... **i**

SİMGELER VE KISALTMALAR..... **iii**

TABLOLAR DİZİNİ ..... **iv**

1. GİRİŞ..... **1**

1.1 Araştırmanın Amacı..... 4

2. LİTERATÜR BİLGİSİ **5**

2.1.Duygulanım bozuklukları 5

2.1.1 Depresyon..... 5

2.1.1.1 Depresyonun Sıklık ve Yaygınlığı 5

2.1.1.2. Depresyonun Etiyolojisi 6

2.1.1.3. Depresyonun Belirti ve Bulguları 7

2.1.1.4. Depresyonun Prognozu 8

2.1.1.5. Depresyonun Tedavisi 9

2.1.1.6. Depresyonlu Bireye Hemşirelik Yaklaşımı..... 10

2.1.2. Manik Bozukluk 11

2.1.2.1. Manik Bozukluğun Sıklık ve Yaygınlığı 11

2.1.2.2. Manik Bozukluğun Etiyolojisi..... 11

2.1.2.3. Manik Bozukluğun Belirti ve Bulguları..... 12

2.1.2.4. Manik Bozukluğun Prognozu 13

2.1.2.5. Manik Bozukluğun Tedavisi..... 14

2.1.2.6. Manik Bozukluğu Olan Bireye Hemşirelik Yaklaşımı..... 14

2.2. Sosyal Destek 16

2.3. Stres ve Stresle Baş Etme..... 18

3.GEREÇ ve YÖNTEM **22**

3.1. Araştırmanın Tipi..... 22

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer 22

3.3. Araştırma Evreni..... 22

3.4. Araştırmanın Örneklemi 22

3.5. Veri Toplama Yöntemi 23

3.6. Veri Toplama Araçları 23

3.6.1. Anket Formu 23

3.6.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) 23

3.6.3. Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği (SBTÖ) 24

3.7. Araştırmanın Değişkenleri 24

3.8. Araştırmanın Etiği 25

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları 25

3.10. Verilerin Analizi 25

4. BULGULAR **26**

4.1. Hasta Yakınları ve Hastalık Süreci İle İlgili Özellikler 26

4.2. Hasta Yakınlarının Hastalık Süreci ve ÇBASDÖ'ne İlişkin Bulguları 28

4.3. Hasta Yakınlarının Hastalık Süreci ve SBTÖ'ye İlişkin Bulgular 41

4. 4. Çoklu Analiz Sonuçları 56

4.4.1. Sosyal Destek Üzerinde Etkili Faktörler 53

4.4.2. Stresle Baş Etme Yaklaşımlarını Etkileyen Faktörler 54

5. TARTIŞMA **57**

5.1. Hasta Yakınlarına ve Hastalık Sürecine İlişkin Bulgular 57

5.2. Hasta Yakınlarının ÇBASDÖ'ye İlişkin Bulgularını Tartışma 60

5.3. Hasta Yakınlarının SBTÖ'ye İlişkin Bulgularını Tartışma 62

6. SONUÇ VE ÖNERİLER **65**

7. ÖZET **66**

8. SUMMARY **68**

9. KAYNAKLAR **70**

10. EKLER **76**

EK-A Anket Formu 76

EK-B Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 78

EK-C Stresle Baş Etme Ölçeği 79

11. ÖZGEÇMİŞ..... 81

12. TEŞEKKÜR.....82

SİMGELER VE KISALTMALAR

ÇBASDÖ Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

SBTÖ Stresle Baş etme Tarzları Ölçeği

DSM IV-R The Diagnostic and Statistical Manual IV-Revised

EKT Elektrokonvülsif terapi

TABLOLAR DİZİNİ **SAYFA NO**

4.1. Hasta Yakınları ve Hastalık Süreci ile İlgili Özellikler……26

Tablo 4.1.1 Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özellikleri ve Hastalık Süreci İle İlgili Bilgiler.....26

4.2. Hasta Yakınlarının Hastalık Süreci ve ÇBASDÖ Puanlarına İlişkin Bulguları 28

Tablo 4.2.1. Hasta Yakınlarının Cinsiyete Göre ÇBASDÖ Puanları..... 28

Tablo 4.2.. Yakınlarının Medeni Duruma Göre ÇBASDÖ Puanları..... 30

Tablo 4.2.4. Hasta Yakınlarının Öğrenim Durumlarına Göre ÇBASDÖ Puanları..... 31

Tablo 4.2.5. Hasta Yakınlarının Meslek Durumlarına Göre ÇBASDÖ Puanları 32

Tablo 4.2.6. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre ÇBASDÖ Puanları..... 33

Tablo 4.2.7. Hasta Yakınlarının Gelir Düzeyine Göre ÇBASDÖ Puanları 34

Tablo 4.2.8. Hastanın Tanısına Göre Hasta Yakınlarının ÇBASDÖ Puanları . 34

Tablo 4.2.9. Hasta Yakınlarının Hastalık Süresine Göre ÇBASDÖ Puanları……..… 36

Tablo 4.2.10. Hasta Yakınının Hastasının Hastalığından Etkilenip-Etkilenmeme Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları 37

Tablo 4.2.11. Hasta Yakınında Ruhsal Hastalık Olup Olmadığına Göre ÇBASDÖ Puanları……..……..38

Tablo 4.2.12. Hasta Yakınlarının Ailede Başka Bir Psikiyatri Hastası Olup Olmadığına Göre ÇBASDÖ Puanları.....39

Tablo 4.2.13 Hasta Yakının Hastasının İyileşmesine İnanıp-İnanmama Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları……..……40

4.3. Hasta Yakınlarının Hastalık Süreci ve SBTÖ'ye ilişkin Bulguları.....41

Tablo 4.3.1. Hasta Yakınlarının Cinsiyete Göre SBTÖ Puanları.....41

Tablo 4.3.2. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre SBTÖ Puanları 42

Tablo 4.3.3. Hasta Yakınlarının Medeni Duruma Göre SBTÖ Puanları.....43

Tablo 4.3.4. Hasta Yakınlarının Öğrenim Durumlarına Göre SBTÖ Puanları .44

Tablo 4.3.5. Hasta Yakınlarının Meslek Durumlarına Göre SBTÖ Puanları....45

Tablo 4.3.6.Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre SBTÖ Puanları.....46

Tablo 4.3.7.Hasta Yakınlarının Gelir Düzeyine Göre SBTÖ Puanları 47

Tablo 4.3.8. Hasta Yakınının Hastaya Yakınlık Durumuna Göre SBTÖ Puanları 48

Tablo 4.3.9. Hastasının Tanısına Göre Hasta Yakınlarının SBTÖ Puanları….49

Tablo 4.3.10. Hasta Yakınlarının Hastalık Süresine Göre SBTÖ Puanları …. 50

Tablo 4.3.11. Hasta Yakınının Hastasının Hastalığından Etkilenip-Etkilenmeme Durumuna Göre SBTÖ Puanları 51

Tablo 4.3.12 Hasta Yakınının Hastasının İyileşmesine İnanıp-İnanmama Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları……...……...52

4. 4. Çoklu Analiz Sonuçları…….……..……..53

Tablo 4.4.1 Sosyal Destek Üzerine Etkili Faktörler……..…….53

Tablo 4.4.1.1 Aile Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları……..…...……...53

Tablo 4.4.1.2 Arkadaş Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları…….……54

Tablo 4.4.1.3 Özel Kişi Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları…....…..…..54

Tablo 4.4.1.4 Toplam Sosyal Desteği Etkileyen Faktörlerin Puanları…..…..…55

Tablo 4.4.1.5 ÇBASDÖ Toplam ve Alt Grup Puanlarına Göre Yeterli Destek Alan ve Yeterli Destek Alamayan Hasta Yakını Oranlarının Dağılımı 55

Tablo 4.4.2. Stresle Baş Etme Yaklaşımlarını Etkileyen Faktörler …….55

Tablo 4.4.3. SBTÖ Toplam ve Alt Grup Puanlarına Göre Stresle Baş Etme Yaklaşımlarını Kullanan ve Kullanmayan Hasta Yakını Oranlarının Dağılımı..56

1. GİRİŞ

Ruh sağlığı, bireyin kendisiyle çevresini oluşturan kişilerle ve toplumla barış içinde olması, sürekli denge ve uyum sağlayabilmesi için gerekli çabayı göstermesidir. Bireylerin ruhsal yaşantıları duygu, düşünce ve davranış alanlarındaki işlevlerin birleşip bütünleşmesinden oluşur. Bireyin kendisine ve toplumun beklentilerine cevap verme yeteneğinin kaybolması ve ruhsal dengesinin bozulması ise ruhsal hastalık olarak tanımlanır. Bireye ruhsal hastalık tanısı konulması için bu durumun sürekli ya da yineleyici olması, bireyin verimli çalışmasını ve kişiler arası ilişkilerini bozması gerekir (Perko ve Kreigh 1988, Köknel 1989, Öztürk 2001).

Ruhsal hastalıklar bireylerde fiziksel, ruhsal ve sosyal alanlarda yeti kaybına yol açan, kronikleşebilen ve tedavi güçlükleri olan, bu nedenle de birey aile ve toplumda önemli sorunlara yol açan hastalıklardır. Bireyler özellikle taburculuk sonrası hastalığa ve tedaviye uyumda, ruhsal, fiziksel ve sosyal işlevlerini yerine getirmede zorluk çekmektedir. Bu durum, ruhsal hastalığı olan bireylerin kapsamlı ve sürekli bakım alma ihtiyaçlarını ortaya koymaktadır (Anlar 2002). Toplumda sık görülen ruhsal hastalıklardan birisi de duygulanım bozukluklarıdır.

Duygulanım bozuklukları; bireyin her zamanki işlevselliğinden belirgin olarak ayrılan ve sıklıkla periyodik ya da döngüsel biçimde haftalar ya da aylar süren belirti ve bulgu kümelerinden oluşan sendromlar olarak ele alınmaktadır (Sadock ve Kaplan 2005). Duygulanım bozuklukları DSM-IV R (The Diagnostic and Statistical Manual IV-Revised)'de depresif bozukluklar, bipolar bozukluklar ve diğer duygulanım bozuklukları olarak sınıflandırılmaktadır (Yüksel 2002).

Duygulanım bozuklukları, özellikle depresyon bütün ruhsal hastalıklar arasında en sık görülen bozukluklardandır. Yaşam süresi içinde tedavi gerektirecek düzeyde depresyon geçirme olasılığı kadınlarda %10 - %25, erkeklerde %5 - %12 arasında değişmektedir. Depresyonu olan hastalar enerji ve ilgi kaybı, suçluluk duyguları, iştah kaybı yaşanmaktadır (Sadock ve Kaplan 2005). Sık sık depresyon nöbetleri geçiren hastalar uygun sağaltım görseler bile, yıllar boyunca iş ve aile yaşamlarında önemli sorunlarla karşılaşabilmektedir. Başlangıçta nöbetler yatışınca iyi uyum

yapabilen ve sağlıklı görülen bu kişilerde nöbetlerin yineleyeceği korkusu yaşanabilmektedir (Öztürk 2001).

Depresyon görülme sıklığı ve ortaya çıkan sonuçları itibariyle önemli bir sağlık sorunudur. Neden olduğu yeti yitimi ile iş gücü kaybı ve yüksek sağlık harcamaları ülke ekonomilerine büyük yük getirmektedir. Yeti yitimi riski depresyonu olanlarda olamayanlara göre beş kat daha fazla bulunmaktadır (Sağduyu ve ark 2000). Depresyon tedavi edilmediği zaman ölümle sonuçlanabilmektedir. Majör depresif bozuklukta intihar oranı % 15'i bulmaktadır (Sağduyu ve ark 2000).

Bipolar bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski %0.6 - %2.0'dır. Erkek ve kadınlarda ortalama yaygınlık oranı %0,6 - %0.8'dir (Kumbasar 1996). Bipolar bozuklukta bireyin kontrol duygusu kaybolmuştur ve büyük bir öznel rahatsızlık yaşantısı vardır. Hastalarda fikir uçuşmaları, uyku süresinde azalma, özgüvende artış ve büyüklük düşünceleri görülür. Goldberg ve Keck (1999) bipolar bozuklukta atakların atipik özellikte olması, ek bir tanının bulunması, bireyin tedaviye direnç göstermesi, sosyal desteğin yetersiz olması ve tıbbi izlemin yetersiz olması gibi nedenlerle bireyde yeni atakların ortaya çıktığını ve bireyin işlev düzeyinin olumsuz etkilendiğini belirtmiştir (Kara Özer ve ark 2001).

Duygulanım bozuklukları hem hastaları hem de yakınlarını çok yönlü etkilemektedir. Duygulanım bozuklukları hasta yakınlarında utanç ve bıkkınlık duygusuna, ciddi boyutlarda ekonomik sorunlara neden olmaktadır. Aile, hasta bireyin iş gücü kaybına bağlı gelir kaybı ve sağaltım masrafları nedeniyle güçlükler yaşamaktadır. Hastanın davranışları aile, evlilik ilişkilerinde baskı ve zorlanma yaratabilmektedir (Gülseren 2002). Bunun bir sonucu olarak hastalık aile üyelerinin ruh sağlığını ciddi düzeyde tehdit etmektedir.

Ruhsal hastalık, hasta yakınları için önemli bir stres yaşantısı olup bireyin baş etme davranışlarını olumsuz etkilemektedir. Başa çıkma davranışları, duygusal gerilimi azaltma amacıyla gösterilen duygusal tepkilerin bütünü olarak tanımlanmaktadır. Stresle başa çıkma ruh ve beden sağlığını korumak, üretici ve

verimli bir yaşam sürebilmek için gereklidir (Atkinson ve ark. 1996, Akbaba 1998, Bulut 2005).

Ruhsal sorunlu bireylerin ailelerinin baş etmelerine yönelik çalışmaların az sayıda olduğu, aile üyelerinin hastanın sorunuyla başa çıkmada işlevsel olmayan yollara başvurdukları, örneğin; hastayla daha çok birlikte olabilmek için sosyal yaşamdan uzaklaşarak kendilerini hastaya adamaları gibi, bu davranışın hastanın bağımsızlığını engelleyen aşırı koruyucu bir davranış olduğu belirtilmektedir (Rose 1997, Gülseren 2002).

Hasta ve ailenin stresle başa çıkmasında sosyal destek önemlidir. Birçok uzman, aile arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal destekten yararlanmaya yönelmişlerdir. Hastalar ve desteğe ihtiyacı olanlar kadar, desteği verenlerin kendileri de sosyal desteğe ihtiyaç duyduklarından sosyal destek hasta ve aileleri için önemli bir gereksinimdir (Eker ve ark 2001).

Sosyal destek; bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak tanımlanmaktadır. Bireyin yaşamında önemli yeri olan, gerektiğinde bireye duygusal maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler bireyin sosyal destek sistemlerini oluşturmaktadır. Sosyal destek, stres ve strese bağlı hastalıklarda sağlığı olumlu yönde etkilemektedir (Sorias 1990).

Ruhsal hastalığa ilişkin toplumun olumsuz değer yargı ve tutumları, birey ve ailenin erken dönemde ve etkin yardım almasında engelleyici bir etkiye sahiptir (Özmen ve ark 2003). Bu nedenle, bireylerin sosyal destekten yararlanma ve sorunla baş etme düzeyleri yetersiz olabilmektedir. Günümüzde ruhsal hastalıkların tedavisinde bireyin ailesiyle birlikte ele alınması gerektiği aile merkezli yaklaşımlar giderek yaygınlaşmaktadır. Aile merkezli yaklaşımla birey ve ailenin sosyal destek kaynaklarından yararlanması, duygusal olarak yaşam kalitesinin artması, baş etme becerilerindeki eksikliklerin giderilmesi ile iyileşmesi hedeflenmektedir (Scazufka ve Kuipers 1999). Kronik ruhsal sorunlar, birey kadar aile üyeleri için de önemli bir stresör olduğundan aile bireylerinin ruh sağlığını tehdit etmektedir. Bu nedenle, oldukça sık görülen duygulanım bozukluğu tanısı olan hastaların yakınlarının stresle

baş etme ve sosyal destek düzeylerinin belirlenmesi ve bu bulgular doğrultusunda bireyleri destekleyici planlamalar yapılmasına gereksinim vardır.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Servisinde yatan duygulanım bozukluğu tanısı olan hastaların primer bakımından sorumlu yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. LİTERATÜR BİLGİLERİ

2.1. Duygulanım Bozuklukları

Duygulanım bireyin uyaranlara, olaylara, anılara, düşüncelere, neşe, öfke, üzüntü, nefret, kin, sıkıntı gibi duygusal tepki ile katılabilme yetisidir. Duygu durumu ise, bireyin bir süre neşeli, üzüntülü, sıkıntılı, taşkın ya da çökkün bir duygulanım içinde olmasıdır. Birey sürekli olarak aynı duygu durumunda kalmaz. Normalde duygu durumu belli sınırlar içinde dalgalanmalar gösterir. Neşe, üzüntü, öfke, kin, nefret, sıkıntı, korku gibi doğal duyguların uzun süre aşırılaşması ya da uygunsuz tepkiler olarak ortaya çıkması duygulanım bozukluğunu düşündürebilir (Yazıcı 1997, Öztürk 2001, Kaplan ve Sadock 2005).

2.1.1.Depresyon

Birçok insan kendi kişiliğine ve başa çıkma tarzına bağlı olarak üzüntü, umutsuzluk ve çaresizlik dönemleri geçirir. Bunlar doğal sayılmaktadır. Ancak depresyon bunlardan süre, şiddet, insan ilişkileri ve üretkenlik üzerine etkileri yönünden ayrılır. Depresyon; bunaltılı ve üzüntülü bir duygulanım ile birlikte düşünce, konuşma, devinim ve fizyolojik işlevlerde yavaşlama, durgunlaşma ve bunların yanı sıra değersizlik, küçüklük, güçsüzlük, isteksizlik, karamsarlık, intihar düşüncesi ve girişimi gibi öznel belirtilerle karakterize olan, şiddetli hastalığa kadar geniş bir yelpazeyi içeren belirli bir sendromdur (Karaca 1996, Öztürk 2001, Kaplan ve Sadock 2005).

2.1.1.1. Depresyonun Sıklık ve Yaygınlığı

Duygulanım bozuklukları, özellikle depresyon bütün hastalıklar arasında en sık görülen ruhsal bozukluklardandır (Öztürk 2001). Bireyin yaşamı boyunca ciddi bir depresyon geçirme olasılığı %20-30'dur. Yaşam boyu depresyon prevalansı yaklaşık %15'tir. Epidemiyolojik çalışmalar genel nüfusun %13-20'sinde depresif belirtilerin görüldüğünü göstermektedir (Yiğitol Demirkıran 1996). Türkiye Ruh Sağlığı Profili çalışmasının verilerine göre depresyon oranı 1997 yılında %4 olarak belirlenmiştir (Özdemir ve Rezaki 2007). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 1990 yılında, majör depresyonu dünyada en sık izlenen dördüncü önemli sağlık sorunu olarak

bildirirken, insan yaşamında ve işlevlerinde iskemik kalp hastalığı ya da serebrovasküler olaylardan daha fazla kayıp ve yıkıma neden olduğu düşünülmektedir. DSÖ 2020 yılında depresyonun dünyada sıklık açısından ikinci sıraya yükseleceğini, insan yaşamındaki olumsuz etkilerinin öneminin daha da artacağını tahmin etmektedir (Yalçın 2004). Yaşam boyu hastalanma riski (majör depresyon ve unipolar bozukluk) kadınlarda erkeklerden iki kat daha fazla görülmektedir. Kadınlarda en çok 35-40 yaşları arasında, erkeklerde 55 yaşlardan sonra görülmekte ise de bu bozukluklar genç yaşlarda da görülmektedir (Öztürk 2001).

2.1.1.2. Depresyonun Etiyolojisi

Depresyonun ortaya çıkmasında birçok faktörün etkili olduğu belirtilmektedir. Bu faktörleri açıklayan birçok kuram depresyonun etiyolojisini aydınlatmaktadır. Biyolojik kurama göre; yapılan çalışmalarda kalıtımın depresyona yatkınlığa neden olduğunu ortaya çıkmıştır. Depresyonda nörotransmitterlerden olan norepinefrin, serotonin ve dopamin seviyeleri azalmıştır.

Psikoanalitik kurama göre; depresyonda gerçek veya hayali olarak kaybedilen bir objeye yönelik öfke ve saldırganlık benliğe dönmektedir. Erken çocukluk döneminde kişiler arası ilişkilerden kaynaklanan düş kırıklıkları (örneğin kardeşinin daha çok sevildiğini düşünme) erişkin yaşamda ambivalans sevgi ilişkilerinin doğmasına yol açarak depresyona yatkınlık sağlar. Yine bu dönemde anne-çocuk ilişkisi doyumlu değilse çocuğun gereksinmeleri yeterince karşılanamaz. Bir tür kayıp olan bu durumda yaşanan keder çözümlenmezse, biriken öfke ve düşmanlık benliğe döndürülür. Ego gelişimi zayıf kaldığından süperego, benliği denetimi altına alır ve cezalandırıcı eğilimler ortaya çıkar.

Bilişsel kurama göre; bilişsel süreçlerin bozuk gelişmesi bireyin benliğini olumsuz değerlendirmesine yol açmaktadır. Kişide negatif benlik algısı, çevre ve yaşam olaylarının negatif yorumu, geleceğe ilişkin olumsuz görüşler gibi bilişsel

bozukluklar bulunur. Kendini yetersiz ve değersiz hisseden bireyin kendine ve dünyaya bakışı olumsuzdur ve umutsuzluk-çaresizlik duyguları yoğundur.

Öğrenme kuramına göre; gerçekte ya da hayalde yaşanan başarısızlıklar sonucu birey, yaşam koşulları üzerindeki denetiminin yetersiz olduğuna inanır. Herhangi bir şeyi başarabilmek için kendini çaresiz hisseder ve çabalamaktan vazgeçer. "Öğrenilmiş çaresizlik" denen bu durum, depresyona zemin hazırlar. (Köroğlu 1997, Taner ve Yüksel 1998, Öztürk 2001, Yüksel 2002, Kaplan ve Sadock 2005, Akman 2006).

2.1.1.3. Depresyonun Belirti ve Bulguları

Depresif duygulanımda birey kendisini üzgün, kederli, hüzünlü, neşesiz, mutsuz, çaresiz, boşluktaymış gibi tanımlar. Hiç bir şeyden zevk alamama, enerji kaybı, yorgunluk, bitkinlik, letarji, konuşmada, düşüncelerde ve davranışlarda yavaşlama, iştahta değişme, genellikle kilo kaybı, uyku bozukluğu, somatik yakınmalar, cinsel ilgilerde azalma, işe ya da yapılan diğer etkinliklere karşı ilgi kaybı, değersizlik, kendini küçük görme, kendi kendini kınama, utanç ya da suçluluk duyguları, düşünmede yavaşlama nedeniyle düşüncelerini belli bir konu üzerinde yoğunlaştırma yetisinde azalma görülür. Anksiyete, benlik saygısında azalma, çaresizlik duyguları, karamsarlık ve umutsuzluk nedeni ile ölüm düşünceleri ya da intihar girişimleri görülebilir.

Hastanın genel görünümünde; hareketlerinde yavaşlama, yüz ifadesinde donuklaşma, bakışlarında sabitleşme ve göz hareketlerinde azalma, yüzünde bir tedirginlik, şaşkınlık ifadesi olabilir. Giyimine özen göstermeme, genel görünümünde kirlilik, dağınıklık olabilir. Konuşma alçak sesli ve yavaştır. Hastadan yanıt almak güç olabilir.

Hastanın bilinci açıktır. Genellikle algı bozukluğu görülmez. Çok seyrek olarak suçlayıcı, aşağılayıcı türden işitme halüsinasyonları tanımlayan hastalar olabilir. Hastalar sıklıkla unutkanlıktan yakınırlar. Fakat gerçek bir bellek bozukluğu yoktur. Unutkanlık, yaşanan ağır üzüntü, sıkıntı ve dikkat azalmasına bağlıdır. Zaman, yer ve kişilere karşı yönelim bozukluğu yoktur. Ancak hastanın

zamanı algılaması ve değerlendirmesi ruhsal duruma bağlı olarak değişir. Hasta zamanın çok zor geçtiğini ve hiç bitmeyecekmiş gibi uzadığını söyleyebilir. Bazı hastalarda kendini ve çevreyi değişik algılama (depersonalizasyon) belirtileri olabilir.

Hastanın düşüncesi yavaşlamıştır. Hareket ve düşüncedeki bu yavaşlamaya psikomotor yavaşlama denir. Hasta düşüncelerini düşük bir ses tonu ile çok yavaş ve zorlukla söyleyebilir. Düşünce içeriği, geçmiş pişmanlıklar ve acı veren olumsuz anılarla doludur. Gelecek, karanlık ve umutsuzdur. Kendi kendini suçlama eğilimi vardır. Örneğin, çocuklarına iyi bir anne, kocasına iyi bir eş olamamış, birçok yanlışlıklar yapmış, onların mutsuzluğuna neden olmuştur. Bütün yanlış giden şeylerden kendini sorumlu tutar. Hastanın özsaygısı çok azalmıştır. Kendini işe yaramaz, değersiz ve küçük görür. Giderek varlığının ve yaşamının anlamsız olduğunu söyler. Suçlanma, değersizlik ve işe yaramazlık düşünceleri cezalandırılma beklentilerine yol açar. Birey her türlü kötülüğü, cezayı hak etmiş hisseder ve intihar düşünceleri gelişir. Hastaların çoğunda yeme isteği azalır. Bu yüzden kısa sürede zayıflama olabilir. Yemeklere ve yemek kokularına karşı bir tiksinti olabilir. Daha seyrek olarak, kimi hastalarda aşırı yeme ve kilo alma görülebilir. Hastalar genellikle enerji azlığı, güçsüzlük, halsizlik ve çabuk yorulmadan yakınırlar.

Hastaların çoğunda uyku bozulur. Uykuya dalmada güçlük, uykunun sık bölünmesi ya da erken uyanma görülür. Sabah erken uyanma ve uyanır uyanmaz ağır sıkıntı hastaların en çok tedirgin oldukları bir belirtidir. Bu belirti, hastalığın biyolojik göstergelerinden biridir. Bireyin toplam uyku süresi kısalır, uyku derinliği azalır. REM uykusu normale göre uykunun başlangıç dönemine doğru kayar ve REM dönemleri daha uzun sürer. Kimi hastalarda uyku bozukluğu, uykuya aşırı eğilim biçiminde görülebilir (Köroğlu 1997, Öztürk 2001, Yüksel 2002).

2.1.1.4. Depreyonun Prognozu

Depresif bozukluk herhangi bir yaşta başlayabilir Ortalama başlangıç yaşı 20'li yaşların ortalarıdır ve 20–40 yaş arasında en üst düzeye ulaşmaktadır. Belirtiler

başlangıçta hafif olduğundan rahatsızlık belli olmayabilir. Çeşitli bedensel yakınmalarla hastaneye başvuran depresyon hastalarının ancak %30-50'sine psikotrop ilaç verildiği, fakat depresyon tanısının konulma ihtimalinin daha düşük olduğu saptanmıştır (Öztürk 2001, Akman 2006). Hafif ya da orta derecedeki çökkünlük nöbeti genellikle 2–3 haftadan birkaç aya kadar sürebilir. Tedavi edilmemiş bir depresif dönem 6–13 ay sürer. Tedavi edilmiş olanlar ortalama 3 ay sürer. Hastalığın ilk atağı nedeniyle hastaneye yatırılan hastaların ilk yıl içinde tam tedavi alma şansı ortalama %50'dir. Hastaneye yatıştan sonra iyileşen hastaların iyileşme oranı geçen zamanla azalır ve yatıştan 5 yıl sonra hastaların % 10-15'i iyileşmemiş durumdadır. Profilaktik psikofarmakolojik tedaviye devam eden ve sadece bir ya da iki depresif dönemi olan hastalarda yineleme sıklığı daha düşüktür (Gelder ve ark 1996, Kaplan ve Sadock 2005). Hastada hastalığın tekrarlama oranı, hastalığın doğal gidişine, psikososyal etkenlere, birlikte seyreden başka psikiyatrik bozukluk olmasına, kişilik bozukluğunun olmasına, alkol ve madde kötüye kullanımına, anksiyete bozukluğu belirtileri varlığına ve birden fazla depresif dönem öyküsü olmasına bağlıdır (Öztürk 2001, Kaplan ve Sadock 2005). Hastanın toplumsal, mesleksel ve meslek dışı ilgileri zayıflayabilir. Uygun sağaltım ve önleme yöntemleri ile hastaların önemli bir bölümü sağlıklı bir yaşam sürdürebilirler (Öztürk 2001).

2.1.1.5. Depresyonun Tedavisi

Depresyon tedavisinde etiyolojik faktörler dikkate alınarak antidepresanlar, elektrokonvülsif terapi (EKT) gibi farmasötik tedavi, psikodinamik destekleyici psikoterapi ve bilişsel tedaviler gibi psikoterapiler kullanılır. Antidepresan ilaçlar hastaya başlanmadan önce hastanın fizik durumu incelenmeli, herhangi bir başka hastalık olup olmadığı araştırılmalıdır. Antidepresanların temel endikasyonu majör depresif dönemdir. İlk düzelmesi beklenen bulgular sıklıkla uyku ve iştah bozukluğudur. Ajitasyon, anksiyete, depresif dönemler ve umutsuzluk daha sonra düzelir. Depresyon tedavisinde farmakoterapinin yanı sıra psikoterapinin de önemi zamanla ortaya çıkmıştır. Hasta iyileşme gösterdikçe tekrarlamasına neden olabilecek ya da yeniden başlamasına neden olabilecek kişilik ve çevre etkenleri psikoterapötik yöntemlerle ele alınır. Bilişsel terapi, depresif bozuklukta var olan

bilişsel çarpıtmalar üzerine odaklanır. Bilişsel terapinin amacı depresif dönemi hafifletmek ve hastalardaki olumsuz bilişleri tanıma ve test etme, alternatif, esnek ve olumlu düşünmeyi sağlamaktır (Köroğlu 1997, Yalçın 2004, Kaplan ve Sadock 2005).

2.1.1.6. Depresyonlu Bireye Hemşirelik Yaklaşımı

Hastane ortamında hemşireler, hastaların bakımından birinci derecede sorumlu olan, sürekli yatak başı bakım sağlayan, sağlığı geliştirme ve olası sorunları önleme kapsamında bireye gereksinimi olan destek ve yardımı verebilecek nitelikteki görevlilerdir. Hemşireler sağlık ekibi üyeleri arasında hasta ile en uzun süre zaman geçiren kişiler olduklarından, hasta bakım ortamının yöneticisi, yürütücüsü ve aynı zamanda kullanıcısı konumundadırlar. Hemşirenin, depresyonu olan bireye yardım edebilmesi için öncelikle depresyon ve depresyonu olan bireye bakım konusunda bilgisini ve iletişim becerilerini kullanması gerekir (Kelleci ve Doğan 2001).

Depresyon tanılı hastaya kabullenici bir tavırla yaklaşılır. Hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürme durumu değerlendirilir, günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesi için hasta cesaretlendirilir ve hastaya yardım edilir. Hastanın benlik değerini yansıtan duygularıyla kendine, geçmişe ve geleceğe ilişkin düşüncelerinin olumlu olması sağlanmalıdır. Hasta için güvenli bir çevre oluşturulur. Hasta için zarar verici olabilecek tüm nesneler hastanın çevresinden uzaklaştırılır (kesici nesneler, kemer, kravat, sargı, cam eşyalar vb). Hastanın kendine zarar verme düşüncelerinin olup olmadığı doğrudan hastaya sorulabilir. Bakımıyla ilgili kararlarda mümkün olduğunca hastanın sorumluluk almasına izin verilir. Hastanın günlük beslenmesi değerlendirilir. Yeterli besin alımı için hasta cesaretlendirilir. Hasta günlük tartılır. Aldığı çıkardığı miktarları izlenir. Hastanın uyku örüntüsü değerlendirilir. Hastanın duygularını tanımlaması ve dışavurumu desteklenir. Duyguların dışavurumu esnasında hasta yargılanmadan dikkatlice dinlenir. Hastanın kendisiyle ilgili negatif duygularının kaynağını tanımlaması için hastaya yardım edilir. Hasta kendisiyle ilgili pozitif duygularını dışa vurması için cesaretlendirilir. Hastaya terapötik ortam içerisinde duygularını dışa vurmasına yardım edecek aktiviteler planlanır. Hastanın kişisel güçlerini ve olumlu yönlerini tanımlamasına yardım edilir. Hastanın baş

etmeleri değerlendirilir ve hastaya etkin baş etme şekilleri öğretilir. Hasta önce kısa süreli etkileşimler kurması için cesaretlendirilir. Hasta teke tek ilişkide rahatlayınca kademeli olarak grup etkinliklerine girmesi için desteklenir. Hasta gönüllü olarak grup etkileşimlerine katıldığında olumlu geri bildirim verilir. Hastanın sosyal ilgileri tanımlanır ve hastayla birlikte aktivite programı oluşturulur (Rawlins 1998, Varcolarıs 1998, Kum 2000, Hummelvoll ve Severinsson 2002, Oflaz 2006).

2.1.2 Manik Bozukluk

Manik bozukluk bireyin her zamanki normal durumundan farklı olan, sürekli ve aşırı neşeli ya da yerinde duramayacak kadar gergin olduğu, kendini abartılı olarak değerlendiği düşünceler ve duygulardan oluşan bir sendromdur. Manik bozukluk, bireyin uyumunu bozan, bireyi ve çevresindekileri çok zor bazen de tehlikeli duruma sokan bir bozukluktur. Manik bozukluk iyileştikten sonra yeniden bir mani nöbeti ya da depresif bozukluk yaşanabilmektedir. Bu özelliği nedeni ile mani bipolar bozukluk olarak ele alınmaktadır (Öztürk 2001, Saka ve ark 2001).

2.1.2.1. Manik Bozukluğun Sıklık ve Yaygınlığı

Bipolar bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski %0,6 ile %2,0'dır. Erkek ve kadınlarda ortalama yaygınlık oranı %0,6-%0,8'dir (Kumbasar 1996). Toplumda her 100 kişiden birinde bu hastalığın bulunduğu, yani her 100 kişiden birinin hayatında en az bir kez manik bir dönem geçirdiği, dünyada en az 60 milyon, Türkiye'de 600 bin, İstanbul'da 100 bin kişinin bipolar bozukluğu olduğu belirtilmektedir. Hastalık genellikle 20'li yaşlarda başlar. Ancak daha erken yaşlarda görülebildiği gibi, ilk olarak 70'li yaşlarda mani geçirenler bile vardır (Kumbasar 1996, Öztürk 2001, Kırpınar 2002, Berrettini 2003).

2.1.2.2. Manik Bozukluğun Etiyolojisi

Manik bozukluğun etiyolojisini aydınlatmaya yönelik çalışmalarda etkili faktörler çeşitli kuramlarla açıklanmıştır. Biyolojik kurama göre; bipolar

bozuklukların ortaya çıkmasında kalıtım etkilidir. Konu ile ilgili yapılan çalışmalarda; anne babadan birisi bipolar bozukluğa sahipse, çocukta görülme riskinin %25 olduğu, hastalığın kadınlarda erkeklere göre iki kat daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Hastalığın taşınmasında X kromozomunun etkili olduğunu ileri süren görüşler bulunmaktadır. Ayrıca norepinefrin, serotonin ve dopamin seviyelerinin manik epizotta yüksek olduğu saptanmıştır.

Psikososyal kuramlara göre; bipolar bozuklukta aile sistemindeki yanlış tutumlar rol oynamaktadır. Anne, bebeğin bağımlı durumundan haz almaktadır. Çocuk büyüyüp bağımsızlık istedikçe, anne huzursuzluk hissetmekte ve çocuğun bu davranışlarını olumsuz nitelemektedir. Sevgiyi elde edebilmesi için çocuk kendi istek ve gereksinimlerinden vazgeçerek, annenin istek ve beklentilerini yerine getirmesi gerektiğini öğrenir. Bir yandan anneyi hoşnut etmeye çalışırken, bir yandan da bu tür istekleri yüzünden anneye öfkelenen çocuk, ambivalans duygular yaşamaktadır. Bipolar bozukluğun dinamiği, anneyle yaşanan bu sevgi-nefret ilişkisine dayanır. Böyle bir süreçte ego yeterince gelişemeyeceğinden ya cezalandırıcı süperego benliği denetimi altına alır ve öfke benliğe yöneltilir (depresyon) ya da id benliği denetim altına alır ve kontrol edilmesi güç, dürtüsel davranışlar (mani) ortaya çıkar (Köroğlu 1997, Öztürk 2001, Yüksel 2002, Özcan ve Abay 2004).

2.1.2.3. Manik Bozukluğun Belirti ve Bulguları

Manik hasta, yaygın ve sürekli olarak kendini iyi hissetme (öfori) ve mutluluk (elasyon) duyguları yaşar. Fakat bu duygu-durum en ufak bir engellenme karşısında çabuk değişir; ya ansızın öfke ve saldırganlık davranışları görülebilir ya da keder yaşayabilir ve sürekli geçmişteki başarısızlıklarından söz edebilir. Düşünce süreçlerinde ve iletişimde; fikir uçuşmaları, çok konuşma, büyüklük sanrıları görülür. Birey durmaksızın hareket halindedir, uzun süre bir yerde oturamaz. Giyimi çoğu kez durumuna uygun değildir; parlak renkler, yaşına ya da konumuna uymayan giysiler giyer, günde 20-30 kez giysi değiştirir, aşırı makyaj yapar; gösterişli takılar takar. Aşırı hareket etmesine karşın, az gıda alır. Durup yemek yemeye vakit bulamaz. Uyku örüntüsü bozulmuştur. Yorgunluk duyar ancak harekete gereksinmesi yüzünden dinlenemez ve uyuyamaz. Yaşamı bir eğlence içinde geçer. Bol miktarda para harcar,

gerekli-gereksiz birçok şey satın alır, elinde avucunda ne varsa önüne gelene bağışlayabilir. Cinsel dürtüleri üzerindeki denetimi zayıf olabilir ve hasta açık saçık önerilerde bulunur, cinsel içerikli şakalar yapabilir. Yaptığı davranışın sorumluluğunu kabul etmek istemez. Dikkatini bir konuya uzun süre yoğunlaştırmaz. Algı bozulması olabilir ve halüsinasyonlar görülebilir. Huzursuzluk ve kaygı arttıkça belirtiler ağırlaşır. Hasta için koruyucu bir ortam sağlanmazsa tükenme ve yaralanmalar sonucu ölüm olabilir. Genel görünümü canlı, aşırı hareketli, renkli giyinmiş, kabarık ve coşkuludur. Çok ağır durumlarda aşırı hızlanma ve hareket artması yüzünden hasta dağınık ve bitkin durumda olabilir. Yüksek sesli ve hızlı konuşur. Neşeli, öfkeli, aşırı güvenli görünen bir ses tonu vardır. Hemen dostluk kurar, fakat bu ilişki yüzeyel ve kısa sürelidir. Aşırı neşesini, hareketliliğini durdurmaya çalışanlara çabuk kızabilir, saldırgan olabilir.

Bilinç açık, yönelim, bellek ve algılama yerindedir. Başlangıçta dikkat, algı ve bellek artması olursa da giderek dikkatin belli bir noktada tutulamaması yüzünden algılaması dağılabilir. Çok ağır durumlarda yanılsamalar ve varsanılar görülebilir. Büyüklük, üstünlük belirtilen sesler işitilebilir. Aşırı yorgunluk, beslenememe, bitkinlik, elektrolit dengesizliği nedeniyle bazen bilinç bulanabilir, yönelim bozulabilir. Harekette *artma ve hızlanma* belirgindir. Gece gündüz hareket halindedir ve yorulmak bilmez. İleri durumlarda hasta bitkinleşebilir ve güçsüz kalabilir (Hillard 1992, Güleç ve Köroğlu 1998, Öztürk 2001, Yüksel 2002).

2.1.2.4. Manik Bozukluğun Prognozu

Bipolar bozukluk epizodik ve yineleyici bir gidiş gösterir ve genellikle depresyonla başlar. Birçok hasta hem depresif hem manik dönem yaşar, hastaların %10-20'si sadece manik dönem yaşar (Köroğlu 1997). Bipolar bozukluğun seyri sırasında, manik epizod ve majör depresif epizodun yer aldığı miks epizodlar ortaya çıkabilir. Miks epizoda psikotik bulguların da eşlik edebilir. Duygu duruma uygun olmayan bulguların varlığı, prognozun daha kötü olacağını gösterir (Mete ve Gülseren 2001). Erkeklerde manik ve depresif epizodların yıllar içerisinde hemen hemen eşit kalma özelliğine karşın, kadınlarda yıllar geçtikçe depresif epizod

sayısının daha baskın olduğu bildirilmiştir. Bipolar bozukluğu olan hastaların; %7'si tam iyileşir, %45'i birden fazla dönem geçirir ve %40'ı kronikleşir (Köroğlu 1997, Kaplan ve Sadock 2005).

2.1.2.5. Manik Bozukluğun Tedavisi

Manik bozukluğun tedavisinde lityum ve antipsikotik ilaçları içeren farmakoterapi ve elektrokonvülsif terapi (EKT) yer alır. Mani tedavisinde lityumun antimanik etkisinin ortaya çıkması için 1-3 haftalık bir süre gereklidir. Hastada gerekli lityum kan düzeyi sağlandığında, gerektiğinde yardımcı tedavilerin verilmesiyle, laboratuar ve klinik izlem doğru yapıldığında lityum tedavisine yanıt artırılabilir. Lityum kullanımı sırasında hastanın serum lityum düzeyi 0.8–1.2 mEq/Lt dolayında tutulmalı, 1.2–1.5 mEq/Lt'nin üzerinde toksik belirtiler ortaya çıkabileceği unutulmamalıdır. Toksik etkiler nedeniyle böbrek ve tiroid işlevlerini dikkatlice izlemek gerekir (Köroğlu 1997, Güleç ve Köroğlu 1998, Kahn ve ark 2000, Çıkım ve Gürsu 2001, Kaplan ve Sadock 2005). Manik hastaların tedavisinde kullanılan diğer bir ilaç grubu antipsikotiklerdir. Ancak, duygudurum bozukluğu olan hastalarda uzun süre antipsikotik kullanımı ile geç diskinezi riskini göz önünde tutmak gerekir.

Tedavide farmakoterapiye yanıt yoksa, hasta farmakoterapiyi tolere edemiyorsa, EKT ile beklenen çok hızlı düzelmeyi gerektirecek kadar ağır bir klinik tablo varsa EKT kullanılabilir. Hasta genellikle 6–8 EKT ile yatışır, bazen 10–12 hatta daha fazla EKT gerekebilir. Hasta yatışınca duygudurum düzenleyici ilaçlarla tedaviye devam edilir (Öztürk 2001, Kaplan ve Sadock 2005).

2.1.2.6. Manik Bozukluğu Olan Bireye Hemşirelik Yaklaşımı

Mani tanılı hastaya sakin bir tavırla yaklaşılır. Çevredeki uyaranlar azaltılır. Hasta için güvenli bir çevre oluşturulur. Zarar verebilecek tüm nesneler hastanın çevresinden uzaklaştırılır. Batıcı, delici aletler manik hastalar için riskli olduğundan bu tür aletler, cam bardaklar vb hastanın ulaşabileceği yerde olmamalıdır. Eşyalar pastel renkte olmalıdır. Ortamda çok fazla gürültü olmamalı, hastada saldırganlık

riski varsa, hasta mutlaka hastaneye yatırılmalıdır. Manik hastalar dürtüsel davrandıklarından bu hastaları çok iyi gözlemek ve fiziksel şiddet kullandığında izolasyonu sağlamak gerekir. Manik hastalar karmaşık soruları düşüncesinde toplayamayıp karıştırdığı ve huzursuz olduğu için bu hastalara kısa cümleler kurarak basit sorular sorulmalıdır. Manik hastalar çok konuşkan olabilirler. Grup toplantılarında çok konuşur, grubu yönlendirirler, bu nedenle manik hastaya yapıcı engel konulmalıdır. Manik hasta çok aktif ise toplantıya alınmamalıdır. "Bu günlerde biraz rahatsızsın, kendini kontrol edemeyebilirsin, bu nedenle toplantıya bu hafta katılmaman gerekir. Seninle uğraşıya gidelim" şeklinde hasta yönlendirilir. Çünkü hastanın bu durumda kontrol edilmeye ihtiyacı vardır. Manik hastalar diğer hastaları çok öfkelendirebilmektedir. Bu nedenle, diğer hastalara açıklama yapılıp bu tür öfkelenmelerde sağlık personelini bilgilendirmeleri söylenmeli ve nasıl davranacakları konusunda diğer hastalarla konuşulmalıdır. Hastanın taşkın davranışlarına sınır konmalı, sınırları belirlenmeli ve hastaya ondan beklenen davranışlar açıklanmalıdır. Manik hastada öfke duygusu yoğun olduğundan hasta öfkesini kontrol etmekte güçlük çeker. Hastanın öfke gibi duygularını tanımlamasına yardım etmelidir. Hemşire hasta öfkelendiğinde öfkesini boşaltabileceği bir yol bulmalı, (örn:egzersiz) öfkesini kontrol etmesine yardım etmeli, insanlarla ilişkilerinde nasıl davranırsa daha sağlıklı ilişki geliştirebileceği, yani atılgan davranış öğretilmelidir. Depresyon ve mani hastaları anksiyete ve gerginlik yaşadıkları için rahatlama teknikleri öğretilmelidir. Hastayla birlikte hastanın gün boyu izleyeceği, dinlenme evrelerini de içeren bir program yapılır. Hastanın amaçsız hiperaktif davranışlarının yerine geçebilecek fiziksel etkinlikler belirlenir (Örn:egzersiz). Hastanın günlük beslenmesi değerlendirilir. Hasta günlük tartılır, aldığı çıkardığı miktarlar gözlemlenir (yemek için yeterince oturamayan hastanın beslenmesi için örn; sandviç gibi yiyecekler hazırlanması sağlanabilir). Sigara içmesi ve kafein alımı sınırlanır. Diyetteki tuz alımı izlenir. Hastanın uyku örüntüsü değerlendirilir. Kendi bakımından sorumluluk alması için hasta cesaretlendirilir (Rawlins 1998, Varcolarıs 1998, Goosens ve ark 2007).

Hastanın lityum seviyesi takip edilir. İlk dozdan 8-10 saat sonra serum lityum düzeyine bakılmalıdır. Daha sonra ilk ay haftada 1-3 defa, sonraki aylarda haftalık veya aylık kan lityum düzeyine bakılmalıdır. EKG, tiroid, böbrek fonksiyonları ve

sıvı elektrolit düzeyinin izlenmesi gerekmekte ve aldığı çıkardığı sıvı miktarı takip edilmektedir. Manik hastaya lityum kullanımına bağlı etkiler ve yan etkiler anlatılmalı, ilacı almaya devam etmesi gerektiği ve kendini iyi hissetse bile almaya devam edeceği, yanında lityum kullandığını gösteren bir kart taşıması gerektiği, bulantı kusma, uyku hali, ataksi ve tremor olursa zaman geçirmeden hastaneye başvurmasının önemi, her 6-12 ayda bir böbrek ve tiroid fonksiyonlarını kontrol ettirmesi gerektiği, ilaçlardan beklenen etkinin 7-10 gün önce başlamayacağı, ilacın etkisi başlayıncaya kadar özel dikkat ve psikomotor beceri gerektiren işlerden kaçınması, ilacı almayı unuttuğunda kesinlikle iki dozu birden almaması, kan lityum düzeyini düzenli olarak kontrol ettirmesinin önemi hastaya ve ailesine mutlaka anlatılmalıdır (Rawlins 1998, Varcolarıs 1998).

2.2. Sosyal Destek

Sosyal destek; bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü maddi, manevi yardım olarak tanımlanmaktadır. Yüncü ve arkadaşları (2005) fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilişkisini araştıran çalışmalarda, sosyal desteğin fiziksel ve psikolojik hastalıklar sırasında bireyin sağlıklılığını sürdürmede önemli bir yeri olduğunun ortaya çıktığını belirtmektedir. Sosyal desteğin, sevgi, şefkat, benlik saygısı, bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri karşılayarak fizik ve ruhsal sağlığı doğrudan olumlu biçimde etkilediği, yaşam güçlükleri ile başa çıkmada kişinin önemli yardımcısı olduğu belirtilmektedir. Kendisini seven, değerli bulan ve gerektiğinde yardım etmekten kaçınmayacak kişilerin varlığını bilmenin, kişiye güven ve mutluluk verdiği, sosyal ilişkileri bozuk ya da yetersiz kişilerin ise ruhsal bir hastalık gelişme riskini artıran anksiyete ve değersizlik duyguları yaşayabileceği belirtilmektedir (Sorias 1988b, Esmek 2007).

İnsanların yaşamında önemli bir yeri olan, gerektiğinde kişiye duygusal, maddi ve bilişsel yardım sağlayan tüm kişiler arası ilişkiler, sağlığı korumaya yarayan sosyal destek sistemleri olarak kabul edilmektedir (Sorias 1988b). Sosyal destek konusuna nicelik açıdan yaklaşanların daha çok "sosyal ağ" terimini kullandıkları ileri sürülmektedir. Sosyal ilişkiler sosyal ağı oluşturmaktadır. Birçok araştırmada, sosyal ağ teriminin, kişinin bir grup insanla olan bağlarını ve grup

içindeki ilişkilerini göstermek için kullanıldığı belirtilmektedir. Sosyal desteğin ise sosyal ağdan farklı olarak, ilişkinin niteliksel özelliklerine ağırlık verdiği belirtilmektedir. Sosyal destek aynı zamanda sosyal ilişkinin algılanış biçimi, yani sosyal ağın kişi üzerinde bıraktığı etki ile değerlendirilmektedir (Sorias 1988b, Esmek 2007). Sosyal desteğin yeterince destekleyici olup olmadığı konusunda kişinin genel izlenimi "algılanan destek" olarak tanımlanmaktadır. Yapılan araştırmalarda, sosyal aktivitenin kendisinin değil, algılanış ve yorumlanış biçiminin sağlığı koruduğu belirtilmektedir. Herhangi bir aktivitenin destekleyici olması için kişinin benlik saygısını artırması ya da stresle ilgili maddi-manevi ya da bilişsel yardım içermesi gerektiği belirtilmektedir (Sorias 1988b, Esmek 2007).

Sosyal destek; maddi destek, manevi destek, duygusal destek ve olumlu etkileşim bileşenlerinden oluşmaktadır. Bireylerin günlük sorumluluklarının gerçekleştirilmesinde başkaları tarafından sağlanan eylemler maddi destek olarak tanımlanmaktadır. Duygusal destek ise, kişinin sevgi, şefkat, saygı, empati ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimleri olarak tanımlanmaktadır. Etkili bir sosyal destek için ilişkinin empatik anlayışa, içtenliğe ve saygıya dayandırılması gerektiği belirtilmektedir. Yapılan araştırmalarda çeşitli yaşam olaylarının yarattığı stresle başa çıkmada sırdaş ilişkisinin önemli olduğu belirtilmektedir. Bilişsel destek; öğüt ve bilgi verme, davranışlar konusunda geri bildirimde bulunma gibi yararlı bilgilerin kişiye iletilmesi olarak tanımlanmaktadır (Sorias 1988b, Demirtaş 2007, Esmek 2007).

Sosyal destek bireyin sağlığını ve psikolojik yaşamını olumlu yönde etkileyen bir ihtiyaçtır. Birey bir durumu tehdit olarak algıladığı zaman stres ortaya çıkmaktadır. Stres ve hastalık zincirinde sosyal destek iki noktada rol oynamaktadır: Birincisi; sosyal destek, stres algısını yeniden düzenleyerek veya önleyerek stres ve stres tepkisi ilişkisine müdahale etmektedir. Birey destek kaynakları olmadığı bir durumda çok yoğun bir stres yaşayabileceği bir olaya karşı yardım alması durumunda çok az veya hiç stres yaşamayabilecektir. İkinci olarak; yeterli sosyal destek bireyin stres yaşantısını ve buna bağlı patolojik ürünlerin ortaya çıkmasını azaltacaktır. Yeterli sosyal destek stresli yaşamın patojen etkisini azaltabilir veya stres yaratan durumla ilgili algıyı değiştirebilir (Takiwaza ve ark 2006, Demirtaş 2007). Sosyal bir ağ içinde bulunan kişi, farklı kişilerden farklı destekler alarak

sorunlarını çözmeye çalışır. Hasta ve ailenin stresle başa çıkmasında sosyal destek önemlidir. Hastalar ve desteğe ihtiyacı olanlar kadar, desteği verenlerin kendilerinin de sosyal desteğe ihtiyaç duydukları açıktır. Bu nedenle, sosyal desteğin yaşamdaki önemi gün geçtikçe artmaktadır (Sorias l988a, Eker ve ark 2001).

Psikiyatri hemşireliğinde destek verme bireyin savunmalarını güçlendiren özel bir müdahale olup anksiyeteyi azaltmakta, bireyin benlik saygısını artırmaktadır. Bir tutum olarak destek bireyi kabullenmeyi, aktif dinlemeyi, anlamayı, kabullenici ve paylaşımcı bir atmosfer oluşturmayı hedefler. Özel bir müdahale olarak destek ise hem kişiler arası ilişki hem de fiziksel bakım boyutunda birey ve ailenin rahatını sağlamayı içermektedir (Dearing 2004). Epidemiyolojik araştırmalarda kötü yaşam olayları ile karşılaşan kişilerin, önce kendi aile ve arkadaşlarından yardım aradıkları, son çare olarak mesleki kuruluşlara başvurdukları görülmektedir (Sorias 1988b). Bu nedenle birçok uzman ruh sağlığı hizmetlerinin sunumunda, aile, arkadaş ve yakın çevrenin sağladığı doğal destekten yararlanmaya yönelmişlerdir. Sosyal destek ağı kalabalık olan kişilerde psikiyatrik hastalıkların görülme ihtimalinin azaldığı belirlenmiştir (Savrun 1999, Eker ve ark 2001).

Sosyal destek, hasta bakımının bütün durumlarında önemli bir yer tutmaktadır. Ruhsal sorunlu hastaya bakım veren hasta yakınları da sosyal destekten yararlanmaya ihtiyaç duyabilmektedirler. Bakım vericilerin aldığı sosyal desteğin, kişisel kontrol hissini arttırdığı ancak yaşadıkları yalnızlık duygusunu azaltmadığı belirlenmiştir (Rose 1997). Ruhsal hastalığa ilişkin toplumun olumsuz değer yargı ve tutumları, birey ve ailenin erken dönemde ve etkin yardım almasını engellediği gibi yalnızlık yaşamalarına da neden olabilmekte, bireylerin sosyal destekten yararlanma ve sorunla baş etme düzeyleri yetersiz kalabilmektedir.

2.3. Stres ve Stresle Baş Etme

Stres, organizmanın fizik ve ruhsal sınırlarının zorlandığı, tehdit edildiği, çatışmaya düştüğü, huzursuzluk hissettiği anlarda ortaya çıkan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Baltaş ve Baltaş 1997, Saylan ve Yurdakul 1998, Altıntaş 2003). Stresi meydana getiren olay ve durumlar stresör olarak adlandırılır. Stresörler çevresel, sosyal, fiziksel ve psikolojik özellikte olabilmektedir. Hava kirliliği, gürültü, trafik, ısı, nem, çevre kirliliği gibi durumlar çevresel stresörleri, kültürel

değişimler, yetiştirmeniz gereken ödevler, sunumlar, iş görüşmeleri, arkadaş ya da ailenizin beklentileri gibi durumlar sosyal stresörleri, ergenlik, menopoz, hastalıklar, yaşlanma, kazalar, yanlış beslenme, uyku bozuklukları, travma gibi durumlar fiziksel stresörleri, izolasyon, hayal kırıklığı gibi durumlar psikolojik stresörleri oluşturmaktadır (Esmek 2007, Şahin 1998, Tamer 2001).

Birey stresörle karşılaştığında bu stresörlere karşı bazı tepkiler vermektedir. Strese verilen tepkiler; sabit bir tepki olarak otonom sinir sistemi tarafından yönetilen 'kaç veya savaş' tepkisi olarak kendini göstermektedir. Stres yaşayan bir kişi konsantrasyon güçlüğü, hatırlama güçlüğü yaşamakta, karar vermekte zorlanmaktadır. Ayrıca taşikardi, terleme, midede kasılma, dispne, tedirginlik, korku, kaygı, öfke, hayal kırıklığı, karamsarlık, madde bağımlılığı, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, panikleme, sosyal ortamlardan kaçınma, huzursuzluk gibi stres belirtileri görülmektedir (Hisli 1994, Saylan ve Yurdakul 1998, Şahin 1998, Birol 2004, Esmek 2007). Stres tepkisinin özünde bireyin değişmelere uyum sağlama çabası vardır. Değişme ve bu değişmeye bağlı olarak gösterilen uyum çabasının artması bireyin durumu algılama ve yorumlama düzeyine göre ortaya çıkacak stres tepkisini de artırmaktadır. Yaşam değişikliği ve zorlanma, özellikle değişiklikler olumsuzsa ve kişi için bir uyum yapmaya zorluyorsa büyük bir stresör olabilmektedir (Bulut 2005). Stres esas olarak insanın olayları değerlendirme ve çözümleme biçiminden kaynaklanmaktadır. Bireylerin olayları anlamlandırması, değerlendirmesi ve yönlendirmesi stresi azaltmada ya da çoğaltmada temel faktördür (Demirtaş 2007). Stresle başa çıkma mekanizmaları bireyin yaşam stresi sonucu yaşadığı gerilimi ve benlik saygısındaki zedelenmeyi önlemektedir (Sorias 1990, Bulut 2005).

Strese neden olan olayları önlememiz çoğu zaman imkansızdır. Bu nedenle, stresle başa çıkma yollarının öğrenilmesi ve hayata geçirilmesi önemlidir. Stresle etkin baş edebilmek için bireyin stres yaşadığı durumları, bu durumlara verdiği tepkileri bilmesi gerekmektedir. Stresli durumlarda birey kendisinde olup bitenlerin farkına varırsa bu belirtileri ortadan kaldırarak gevşeyebilir (Hisli 1994, Esmek 2007).

Stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma davranışları kullanmak evrensel bir tutumdur. "Başa çıkma", bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir. Kişinin kullandığı başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak değişebilir ve bireye özgü bir nitelik taşımaktadır (Atkinson ve ark 1995, Akbaba ve Gözüm 1998, Tuğrul 2000, Ağargün ve ark 2005). Baltaş ve Baltaş (1997), stresle başa çıkma yollarını bedensel, zihinsel ve davranışsal başa çıkma yoları olmak üzere üç grupta toplamaktadır. Bedensel olarak stresle başa çıkma yollarında; gevşeme teknikleri, değişik beden egzersizleri ve beslenme biçimleri yer alır. Zihinsel başa çıkma yolları, uyumsuzluğa yol açan inançları ele alma ve zihinsel düzenleme tekniğini içerir. Davranışsal baş etme yolları; davranış biçiminin değiştirilmesi, güvenli girişkenlik davranış eğitimi ve zaman düzenlemesini içerir (Cüceloğlu 1999, Esmek 2007).

Stresle başa çıkabilmek ruh ve beden sağlığını korumak, üretici ve verimli bir yaşam sürebilmek için gereklidir (Bulut 2005). Kişinin stres yaratan bir durum karşısında kullandığı başa çıkma davranışlarını bilmek; tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve terapötik etkinliğin izlenmesinde yardımcı olacaktır (Atkinson ve ark 1996, Ağargün ve ark 2005, Altaş 2007, Demirtaş 2007). Ruhsal sorunlu bireylerin ailelerinin baş etmelerine yönelik çalışmaların az sayıda olduğu (Rose 1997), aile üyelerinin hastanın sorunuyla başa çıkmada işlevsel olmayan yollara başvurdukları, örneğin; hastayla daha çok birlikte olabilmek için sosyal yaşamdan uzaklaşarak kendilerini hastaya adamaları gibi, bu davranışın hastanın bağımsızlığını engelleyen aşırı koruyucu bir davranış olduğu belirtilmektedir (Gülseren 2002). Bu durum, aynı zamanda hasta yakınlarının stresle baş edemediklerini ve stresle baş etme yolarını öğrenmeye ve kullanmaya ihtiyaç duyduklarını da göstermektedir.

Stresle baş etmede bireyin kendinin kullanacağı stresle baş etme teknikleri; bedensel hareketler (egzersiz), solunum egzersizleri, gevşeme teknikleri, biofeedback, hipnoz, yoga, meditasyon olarak sıralanmaktadır (Şahin ve Durak 1995, Tahran 2002, Demirtaş 2007). Bununla birlikte birey stresi azaltmada başka yardımcı yolları da kullanabilir. Stresi azaltmada hedef, huzur ve sakinlik kazandırmak

olduğuna göre bunu sağlayan müzik çeşitleri de bu amaçla kullanılabilir. Ayrıca beslenme, toplumsal destek, sosyal, kültürel, sportif etkinliklere katılma, zaman yönetimi, dua ve ibadet, uyku, hayal kurma ve zihinsel canlandırma, masaj, olaylara bakış açısı, özsaygının geliştirilmesi, zihinsel yönlendirme tekniği, mizah stresi azaltmada yardımcı yollar arasında sayılabilmektedir. Gerginlik içinde olan birey ilgili kişiye içini dökerek rahatlama yaşayabilir. Stresle baş etmede yardım alınan kişinin güvenilir, ilgili, iyi bir dinleyici olması önemlidir. Stres altındaki kişi kendini yalnız hissetmektedir. İhtiyaç duyduğunda onunla ilgilenecek insanların olduğunu bilmek ister. Bu ilişkiye güven duyma kişiyi güvende hissettirir. Stresle baş etmede yardımcı yollardan olan bir diğeri olan beslenme ve stres arasında doğrudan bağlantı kurmak zordur. Ancak antioksidan olarak bilinen, yani hücre yenileyici beslenme alışkanlığı, stresin hücrelerde yaptığı yıpranmayı azaltmaktadır (Tahran 2002, Demirtaş 2007).

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi:

Bu çalışma duygulanım bozukluğu tanısı olan hastaların primer bakımını yürüten hasta yakınlarının stresle baş etme ve sosyal desteklerini belirlemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer:

Bu çalışma Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde yapılmıştır.

Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi 1982 yılında Konya'nın Meram ilçesinde bulunan Göğüs Hastalıkları hastanesi binasında hizmet vermeye başlamıştır. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Psikiyatri Servisi 1983 yılında açılmıştır. Servis, Meram Tıp Fakültesi Hastanesi E Blok 2. katta bulunmaktadır. Serviste her odada 4 yatak bulunmakta, toplam 32 yatakla hizmet verilmektedir. Serviste; 3 profesör, 1 doçent, 1 yardımcı doçent, 6 asistan, 5 hemşire, 5 hasta bakıcı ve 2 temizlik görevlisi görev yapmaktadır. Serviste yatan hastalar gündüz saatlerinde, ilgili klinik çalışanlarına bilgi vermek ve izin almak kaydıyla servis dışına çıkabilmektedir. Serviste yatan hastalara daha rahat bir ortam sağlanabilmesi için sosyal aktivite salonu, televizyon, çay servisi gibi imkanlar bulunmaktadır. Serviste hasta görüşmeleri için iki ayrı görüşme odası, EEG (Elektroensefalografi) odası, asistan ve hemşire odaları bulunmaktadır. Serviste genel hastane kuralları gereği her gün saat 13.00 ila 14.00 arası hasta ziyareti yapılabilmektedir.

3.3. Araştırmanın Evreni:

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri servisinde duygulanım bozukluğu tanısıyla yatan hastaların primer bakımından sorumlu hasta yakınları araştırmanın evrenini oluşturmuştur.

3.4. Araştırmanın Örneklemi:

Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Servisinde 1 Kasım 2006- 1 Şubat 2007 tarihleri arasında duygulanım bozukluğu tanısı ile yatan

hastaların, araştırma sınırlılıklarını karşılayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 105 hasta yakını araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

3.5. Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veriler; anket formu, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)'nin araştırmacı tarafından hasta yakınları ile yüz yüze görüşme yapılarak uygulanması ile toplanmıştır. Araştırma sınırlılıklarını karşılayan hasta yakınlarının aydınlatılmış onamları alındıktan sonra, hastanın hastaneye yatışının ikinci gününde veri toplama araçları hasta yakınlarına uygulanmıştır.

3.6. Veri Toplama Araçları:

3.6.1. Anket Formu

Araştırmacı tarafından literatür taranarak oluşturulan anket formu (Arkonaç 1996, Dixon 1999, Tel 1999, Cassidy ve ark 2001, Sağduyu 2003, Amuk ve ark 2004, Rössler ve ark 2005, Akbaş 2006, Başer 2006, Altay 2007) hasta yakınlarının sosyodemografik özellikleri ve hastalık sürecine ilişkin tanıtıcı bilgilerini içeren 18 soru içermektedir (Ek-1).

3.6.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)

Zimet ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilen ölçeğin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları 1995 yılında Eker ve Arkar tarafından yapılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.78-0.92 olarak belirlenmiş, iç tutarlılığı ve güvenilirliği oldukça yüksek bulunmuştur (Eker ve Arkar 1995, Eker ve ark 2001, Çakır ve Palabıyıkoğlu 2005). Toplam 12 maddeden oluşan ÇBASDÖ "kesinlikle hayır 1,2,3,4,5,6,7 kesinlikle evet" şeklinde 7 dereceli olarak düzenlenmiştir. Likert tipi bir ölçektir. ÇBASDÖ'ünün destek kaynaklarını yansıtan, aile, arkadaş, özel kişi desteği olmak üzere üç alt grubu bulunmakta, her grup 4 maddeden oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınabilecek en düşük puan 4, en yüksek puan ise 28'dir. Alt ölçeklerden alınan puanların toplanması ile elde edilen toplam ölçek puanından alınabilecek en düşük puan 12, en yüksek puan ise 84'tür. Ölçekten

elde edilen puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olduğunu ifade etmektedir (Eker ve Arkar 1995, Eker ve ark 2001).

3.6.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği (SBTÖ)

Folkman ve Lazarus (1980) tarafından geliştirilen ve orijinal adı 'Ways of Coping Inventory (WCI) olan başa çıkma yolları envanteri, bireylerin genel veya belirgin stres durumları ile başa çıkma durumlarını belirleyen ifadeleri içermektedir. Yurt dışında çeşitli çalışmalarda geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olduğu ortaya konmuş olan ölçeğin, ülkemizdeki standardizasyon çalışması sonunda geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu belirlenmiş ve stresle başa çıkma tarzları ölçeği (SBTÖ) adı ile kullanılmaya başlanmıştır. Türkçe adaptasyonu Şahin ve Durak (1994) tarafından gerçekleştirilen Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin kısaltma geçerlilik ve güvenirlik çalışması Şahin ve Durak (1995) tarafından yapılmıştır. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği, duruma yönelik 30 maddelik 4'lü likert tipi bir ölçektir. SBTÖ'ünün kendine güvenli yaklaşım, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı olmak üzere 5 alt ölçeği bulunmaktadır (Tuğrul 1994, Şahin ve Durak 1995). SBTÖ'nün alt ölçeklerinden kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal destek arama yaklaşımı stresle olumlu baş etme, çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım stresle olumsuz baş etme olarak belirtilmiştir (Tuğrul 1994, Şahin ve Durak 1995).

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler

1.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin (ÇBASDÖ) Alt Ölçekleri ve Toplam Puanı

2. Stresle Baş Etme (SBTÖ) Ölçeğinin Alt Ölçekleri ve Toplam Puanı

Bağımsız Değişkenler

Hasta yakınının; yaş, cinsiyet, medeni durum, aile yapısı, mesleği, sosyal güvencesi, bakım verdiği süre, hastalıktan etkilenme durumu, aylık gelir düzeyi, hastasının hastalığının iyileşmesine inanma durumu, ailede başka ruhsal rahatsızlık

bulunma durumu, bakım verende ruhsal rahatsızlık bulunmama durumu ve hastaya yakınlık durumu olarak tespit edilmiştir.

3.8. Araştırmanın Etiği

Çalışmada kurumsal izin, Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığından ve Selçuk Üniversitesi Etik Kurulu'ndan yazılı olarak, katılımcı izinleri ise, araştırma kapsamındaki hasta yakınlarından, çalışma ile ilgili bilgi verilerek sözlü onay şeklinde alınmıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma kapsamına, Konya merkezde ikamet eden, duygulanım bozukluğu tanısı olan hasta ile aynı evde yaşayan, hastanın günlük bakımı ve tedavisini sürdürmesinde hastaya yardım eden ve destekleyen konumda, primer bakım sorumluluğunu yürüten, 18 yaş ve üzeri hasta yakınları alınmıştır

3.10. Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesi ve analizi bilgisayar ortamında yapılmıştır. Veriler, yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, standart sapma (X+ Ss), Kruskal-Wallis (KW) ve Mann Whitney U (MW) testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. KW testi sonucunda gruplar arası farkın anlamlı çıkması ($p<0.05$) durumunda; gruplar arası ikili Benferroni düzeltmeli MW testi, Pearson korelasyon analizi, lojistik regresyon analizi kullanılarak değerlendirilmiştir. Bonferroni düzeltmesinde $p<0.05$ olduğunda aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4.BULGULAR

Duygulanım bozukluğu tanısı olan hastaların primer bakımından sorumlu 105 hasta yakınının katıldığı çalışmada, hasta yakınlarının yaşlarının min=21 yaş, max=72 yaş ve yaş ortalamalarının 42.35 ± 12.69 olduğu saptanmıştır.

4.1.Hasta Yakınları ve Hastalık Süreci ile İlgili Özellikler

Tablo 4.1.1 Hasta Yakınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Hastalık Süreci İle İlgili Bilgiler

Özellikler	**Sayı (n=105)**	**Yüzde (%)**
Cinsiyet		
Kadın	75	71.4
Erkek	30	28.6
Yaş Grubu		
21-30	24	22.9
31-40	24	22.9
41-50	30	28.5
51 ve üzeri	27	25.7
Medeni Durumu		
Bekar	18	17.1
Evli	65	61.9
Dul	22	21.0
Öğrenim Durumu		
Okur-Yazar	16	15.2
İlkokul	47	44.8
Ortaokul	22	21.0
Lise ve üzeri	20	19.0
Meslek		
Memur	16	15.2
İşçi	8	7.6
Emekli	5	4.8
Ev Hanımı	52	49.5
İşsiz	9	8.6
Serbest Meslek	15	14.3
Aile Yapısı		
Çekirdek	72	68.6
Geniş	33	31.4
Ailenin Aylık Gelir Düzeyi		
Asgari Ücret Altı	38	36.2
Asgari Ücret	26	24.8
Asgari Ücret Üstü	41	39.0

Özellikler	Sayı (n=105)	Yüzde (%)
Hastaya Yakınlık Durumu		
Anne	31	29.5
Eş	26	24.8
Çocuk	18	17.1
Kardeş	10	9.5
Baba	6	5.7
Diğer	14	13.3
Hastanın Tanısı		
Depresyon	48	45.7
Mani	57	54.3
Hastalık Süresi		
0-1 yıl	31	29.5
2-5 yıl	51	48.6
6 yıl ve üzeri	23	21.9
Hastalıktan Etkilenme		
Etkileniyor	82	78.1
Etkilenmiyor	23	21.9
Hasta Yakınında Ruhsal Rahatsızlık		
Var	7	6.7
Yok	98	93.3
Ailede Başka Ruhsal Rahatsızlık		
Var	38	36.2
Yok	67	63.8
Hastalığın İyileşmesine İnanma		
İnanıyor	61	58.1
İnanmıyor	44	41.9

Tablo 4.1.1'de hasta yakınlarının sosyo-demografik özellikleri ve hastalık süreci ile ilgili bilgiler görülmektedir. Hasta yakınlarının %71.4'ünün kadın, % 28.6'sının 41-50 yaş grubunda, %61.9'unun evli, %44.8'inin ilkokul mezunu, %49.5'inin ev hanımı, %68.6'sının çekirdek ailede yaşadığı, %39'unun asgari ücret üzerinde aylık geliri olduğu, % 29.5'inin anne olduğu, hastaların %54.3'ünün mani tanılı %48.6'sının 2-5 yıl hastalık süresi olduğu, hastaya bakım verenlerin %78.1'inin hastalıktan etkilendiği (etkilenen hasta yakınlarının mutsuzluk, üzüntü, aile düzeninde bozulma, stres yaşantısı ifade ettiği) belirlenmiştir. Bakım verenlerin %6.7'sinde bir ruhsal hastalık bulunduğu, %36.2'sinin ailesinde hastadan başka bir

ruhsal sorunlu birey olduğu, hasta yakınlarının %58.1'inin hastalığın iyileşeceğine inandığı (inanma nedeni olarak; tedaviye cevap alınması, daha önce iyileşme olması, hastanın iyileşmesi yönünde çaba vermeleri, Allahtan ümit kesilmez diye düşünülmesi gösterilmiştir)

4.2. Hasta Yakınlarının Hastalık Süreci ve ÇBASDÖ Puanlarına İlişkin Bulguları

Tablo 4.2.1.Hasta Yakınlarının Cinsiyete Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Cinsiyet	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	Kadın	75	19.44±7.561	MW=0.747	p=0.455
	Erkek	30	17.43±9.25		
Arkadaş Desteği	Kadın	75	17.98±8.06	MW=0.672	p= 0.501
	Erkek	30	16.83±7.93		
Özel Kişi Desteği	Kadın	75	18.48±7.74	MW=0.793	p= 0.428
	Erkek	30	19.80±7.34		
Sosyal Destek Toplam	Kadın	75	56.90±17.91	MW=0.131	p= 0.896
	Erkek	30	54.06±19.87		

Tablo 4.2.1.'de hasta yakınlarının cinsiyete göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının cinsiyete göre ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.2.Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Yaş Grubu	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	21-30	24	20.95±7.40	KW= 5.855	p= 0.119
	31-40	24	19.87±6.48		
	41-50	30	15.46±9.03		
	51 ve üzeri	27	19.88±8.08		
Arkadaş Desteği	21-30	24	18.79±7.21	KW= 2.578	p= 0.461
	31-40	24	18.79±7.64		
	41-50	30	17.66±8.12		
	51 ve üzeri	27	15.62±8.84		
Özel Kişi Desteği	*21-30	24	22.62±4.25	KW= 12.57	p= 0.007
	31-40	24	20.50±6.82		
	*41-50	30	15.00±8.65		
	51 ve üzeri	27	18.33±7.65		
Sosyal Destek Toplam	21-30	24	62.37±14.11	KW= 8.728	p= 0.033
	31-40	24	59.16±15.41		
	41-50	30	48.13±20.17		
	51 ve üzeri	27	53.85±19.87		

*Kruskal Wallis testi ve ikişer ikişer grupları karşılaştırmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi sonucunda ortaya çıkan farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösterir.

Tablo 4.2.2'de hasta yakınlarının yaş gruplarına göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının yaş gruplarına göre ÇBASDÖ toplam sosyal destek ve özel kişi desteği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), özel kişi desteğinin 21-30 yaş grubunda, 41-50 yaş grubuna göre yüksek olduğu, toplam sosyal destek puanının ise 21-30 yaş grubunda diğer yaş gruplarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.3. Hasta Yakınlarının Medeni Duruma Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Medeni Durum	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	*Bekar	18	22.61±6.72	KW=7.381	p= 0.042
	Evli	65	18.73±8.08		
	* Dul	22	16.18±8.27		
Arkadaş Desteği	Bekar	18	20.88±6.83	KW=4.565	p= 0.102
	Evli	65	17.49±7.88		
	Dul	22	15.50±8.72		
Özel Kişi Desteği	*Bekar	18	21.83±5.88	KW=7.381	p= 0.025
	Evli	65	19.38±7.20		
	* Dul	22	14.86±8.73		
Sosyal Destek Toplam	*Bekâr	18	65.33±12.23	KW=11.074	p= 0.004
	Evli	65	55.61±18.23		
	* Dul	22	46.54±19.44		

*Kruskal Wallis testi ve ikişer ikişer grupları karşılaştırmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi sonucunda ortaya çıkan farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösterir.

Tablo 4.2.3.'de hasta yakınlarının medeni duruma göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının medeni duruma göre ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), dul hasta yakınlarında aile desteği, özel kişi, ÇBASDÖ toplam puanlarının düşük olduğu, bekâr hasta yakınlarında ise aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal destek puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.4. Hasta Yakınlarının Öğrenim Durumlarına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Öğrenim Durumu	Sayı (n=105)	$\overline{X} \pm SS$	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	Okur-Yazar	16	18.50±9.83	KW=1.508	p= 0.680
	İlkokul	47	18.02±8.03		
	Ortaokul	22	19.40±7.60		
	Lise ve Üzeri	20	20.55±7.47		
Arkadaş Desteği	Okur-Yazar	16	15.25±9.32	KW=1.670	p= 0.644
	İlkokul	47	17.05±7.76		
	Ortaokul	22	18.68±7.58		
	Lise ve Üzeri	20	18.45±8.11		
Özel Kişi Desteği	Okur-Yazar	16	18.12±8.73	KW=8.192	p= 0.042
	*İlkokul	47	16.80±7.80		
	Ortaokul	22	20.68±6.96		
	*Lise ve üzeri	20	22.25±5.47		
Sosyal Toplam Destek	Okur-yazar	16	51.87±23.28	KW=4.195	p= 0.241
	İlkokul	47	52.48±18.29		
	Ortaokul	22	58.77±17.63		
	Lise ve üzeri	20	61.25±13.90		

*Kruskal Wallis testi ve ikişer ikişer grupları karşılaştırmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi sonucunda ortaya çıkan farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösterir.

Tablo 4.2.4'te hasta yakınlarının öğrenim durumlarına göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının öğrenim durumuna göre ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), özel kişi desteğinin ilkokul eğitimlilerde düşük, lise ve üzeri eğitimli hasta yakınlarında daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.5. Hasta Yakınlarının Meslek Durumlarına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Meslek	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	Memur	16	21.56±6.41	KW=3.554	p= 0.470
	İşçi	13	17.92±10.09		
	İşsiz	9	15.55±7.78		
	Ev Hanımı	52	18.80±8.07		
	Serbest	15	19.00±8.11		
Arkadaş Desteği	Memur	16	21.00±7.03	KW=6.552	p=0.162
	İşçi	13	16.15±7.62		
	İşsiz	9	15.22±7.75		
	Ev Hanımı	52	18.03±8.43		
	Serbest	15	15.53±7.43		
Özel Kişi Desteği	Memur	16	21.81±5.26	KW=3.56	p=0.468
	İşçi	13	19.69±8.49		
	İşsiz	9	16.88±7.13		
	Ev Hanımı	52	18.71±7.95		
	Serbest	15	18.53±8.09		
Sosyal Destek Toplam	Memur	16	64.37±12.30	KW= 6.593	p= 0.159
	İşçi	13	53.76±24.65		
	İşsiz	9	47.66±14.79		
	Ev Hanımı	52	55.01±18.40		
	Serbest	15	18.40±18.40		

Tablo 4.2.5.'te hasta yakınlarının meslek durumlarına göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının ÇBASDÖ puanları arasında göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.6. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Aile Yapısı	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	Çekirdek	72	18.59±8.54	MW= 0.090	p= 0.928
	Geniş	33	19.15±7.07		
Arkadaş Desteği	Çekirdek	72	17.73±8.25	MW= 0.253	p= 0.801
	Geniş	33	17.48±7.53		
Özel Kişi Desteği	Çekirdek	72	19.33±7.84	MW=1.215	p= 0.224
	Geniş	33	17.81±7.11		
Sosyal Destek Toplam	Çekirdek	72	55.66±19.09	MW=0.262	p= 0.793
	Geniş	33	54.75±17.11		

Tablo 4.2.6'da hasta yakınlarının aile yapısına göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının aile yapısına göre ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.7. Hasta Yakınlarının Gelir Düzeyine Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Aylık Gelir Düzeyi	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	*Asgari Ücret Altı	38	15.84±7.64	KW=10.003	p= 0.007
	*Asgari Ücret	26	20.80±8.20		
	*Asgari Ücret Üzeri	41	20.43±7.75		
Arkadaş Desteği	*Asgari Ücret Altı	38	14.89±7.81	KW=7.299	p= 0.026
	Asgari Ücret	26	18.50±7.52		
	*Asgari Ücret Üzeri	41	19.68±7.92		
Özel Kişi Desteği	Asgari Ücret Altı	38	17.52±7.42	KW=4.189	p= 0.123
	Asgari Ücret	26	20.96±7.32		
	Asgari Ücret Üzeri	41	18.75±7.86		
Sosyal Destek Toplam	*Asgari Ücret Altı	38	48.26±15.36	KW=12.043	p= 0.002
	*Asgari Ücret	26	60.26±19.39		
	Asgari Ücret Üzeri	41	58.87±18.76		

*Kruskal Wallis testi ve ikişer ikişer grupları karşılaştırmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi sonucunda ortaya çıkan farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösterir.

Tablo 4.2.7'de hasta yakınlarının gelir düzeylerine göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının gelir düzeylerine göre ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), asgari ücret altı geliri olan hasta yakınlarının aile desteği, arkadaş desteği ve toplam sosyal destek puanlarının düşük, asgari ücret düzeyinde geliri olanların aile desteği ve toplam sosyal destek puanlarının yüksek, asgari ücret üzeri geliri olan hasta yakınlarının aile desteği ve arkadaş desteğinin yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2.8 Hastanın Tanısına Göre Hasta Yakınlarının ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Hastanın Tanısı	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	Depresyon	48	18.72±8.52	MW= 0.116	p=0.908
	Mani	57	18.98±7.77		
Arkadaş Desteği	Depresyon	48	16.72±8.08	MW= 1.090	p= 0.276
	Mani	57	18.43±7.92		
Özel Kişi Desteği	Depresyon	48	18.35±7.65	MW= 0.629	p= 0.52
	Mani	57	19.28±7.63		
Sosyal Destek Toplam	Depresyon	48	53.81±18.31	MW= 0.824	p= 0.410
	Mani	57	56.70±18.56		

Tablo 4.2.8'de hastanın tanısına göre hasta yakınlarının ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastanın tanısına göre hasta yakınlarının ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.9 Hasta Yakınlarının Hastalık Süresine Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Hastalık Süresi	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	1 yıl	31	20.64±8.95	KW=4.568	p=0.102
	2-5 yıl	51	17.45±8.19		
	6 yıl ve üzeri	23	19.60±6.11		
Arkadaş Desteği	1 yıl	31	19.87±7.96	KW=4.154	p=0.125
	2-5 yıl	51	17.07±8.55		
	6 yıl ve üzeri	23	15.95±6.27		
Özel Kişi Desteği	1 yıl	31	19.80±7.40	KW=1.007	p= 604
	2-5 yıl	51	18.54±8.14		
	6 yıl ve üzeri	23	18.26±6.85		
Sosyal Destek Toplam	1 yıl	31	60.32±18.52	KW=3.788	p=0.150
	2-5 yıl	51	53.07±20.51		
	6 yıl ve üzeri	23	53.82±11.40		

Tablo 4.2.9'da hasta yakınlarının hastalık süresine göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının hastalık süresine göre ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.2.10. Hasta Yakınının Hastasının Hastalığından Etkilenip-Etkilenmeme Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Hastalıktan Etkilenme	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	Etkileniyor	82	18.43±8.05	MW= 817.50	p= 0.329
	Etkilenmiyor	23	20.39±8.18		
Arkadaş Desteği	Etkileniyor	82	17.81±7.80	MW=927.00	p= 0.921
	Etkilenmiyor	23	17.08±8.83		
Özel Kişi Desteği	Etkileniyor	82	18.40±7.53	MW=773.00	p=0.187
	Etkilenmiyor	23	20.47±7.87		
Sosyal Destek Toplam	Etkileniyor	82	54.65±18.39	MW=819.00	p=0.337
	Etkilenmiyor	23	57.95±18.66		

Tablo 4.2.10.'da hasta yakınlarının hastasının hastalığından etkilenip-etkilenmeme durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının hastasının hastalığından etkilenip-etkilenmeme durumuna göre ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir

Tablo 4.2.11. Hasta Yakınında Ruhsal Hastalık Olup Olmadığına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Hasta Yakınında Ruhsal Hastalık	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi Anlamlılık
Aile Desteği	Var	7	11.57±9.82	MW= 2.050 p=0.040
	Yok	98	19.38±7.74	
Arkadaş Desteği	Var	7	18.42±8.32	MW= 0.225 p=0.822
	Yok	98	17.60±8.02	
Özel Kişi Desteği	Var	7	15.85±8.98	MW= 1.044 p=0.297
	Yok	98	19.07±7.52	
Sosyal Destek Toplam	Var	7	45.85±21.46	MW= 1.144 p=0.253
	Yok	98	56.06±18.11	

Tablo 4.2.11'de hasta yakınında ruhsal bir hastalık olup olmadığına göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınında ruhsal bir hastalık olup olmadığına göre ÇBASDÖ puanları arasında yalnızca aile desteğine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), ruhsal bir hastalığı olmayan hasta yakının aile desteği puanlarının daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.2.12. Hasta Yakınlarının Ailede Başka Bir Psikiyatri Hastası Olup Olmadığına Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	Başka Psikiyatri Hastası	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	Var	38	17.05±8.60	MW= 1.649	p= 0.099
	Yok	67	19.89±7.67		
Arkadaş Desteği	Var	38	17.76±8.36	MW= 0.144	p= 0.886
	Yok	67	17.59±7.85		
Özel Kişi Desteği	Var	38	16.44±8.33	MW= 2.230	p= 0.026
	Yok	67	20.22±6.88		
Sosyal Destek Toplam	Var	38	51.26±20.97	MW= 1.528	p= 0.127
	Yok	67	57.71±16.51		

Tablo 4.2.12'de hasta yakınlarının ailede başka bir psikiyatri hastası olup olmadığına göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının ailede başka bir psikiyatri hastası olup olmadığına göre ÇBASDÖ puanları arasında aile desteği ve özel kişi desteği yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), ailede başka psikiyatri hastası olan hasta yakınlarının aile desteği ve özel kişi desteği puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

.

Tablo 4.2.13. Hasta Yakınlarının Hastasının İyileşmesine İnanıp-İnanmama Durumuna Göre ÇBASDÖ Puanları

Puan Türü	İnanma Durumu	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Aile Desteği	İnananlar	61	19.95±8.00	MW=1061.0	p= 0.670
	İnanmayanlar	24	17.36±8.04		
Arkadaş Desteği	İnananlar	61	18.91±8.03	MW= 1032.5	p=0.044
	İnanmayanlar	24	15.90±7.71		
Özel Kişi Desteği	İnananlar	61	19.27±7.74	MW= 1216.5	p=0.414
	İnanmayanlar	24	18.27±7.50		
Sosyal Destek Toplam	İnananlar	61	58.14±18.04	MW=1060.0	p= 0.067
	İnanmayanlar	24	51.54±18.43		

Tablo 4.2.13'te hasta yakınlarının hastasının iyileşmesine inanıp-inanmama durumuna göre ÇBASDÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının hastasının iyileşmesine inanıp-inanmama durumuna göre ÇBASDÖ puanları arasında arkadaş desteği yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), hastasının iyileşeceğine inanan hasta yakınlarının arkadaş desteği puanının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmada hasta yakınlarının hastaya yakınlık durumuna göre ÇBASDÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

4.3. Hasta Yakınlarının Hastalık Süreci ve SBTÖ'ye İlişkin Bulguları

Tablo 4.3.1. Hasta Yakınlarının Cinsiyete Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Cinsiyet	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Boyun Eğici Yaklaşım	Kadın	75	1.50±0.43	MW=0.750	p=0.453
	Erkek	30	1.38±0.55		
Çaresiz Yaklaşım	Kadın	75	1.62±0.41	MW=1.123	p=0.261
	Erkek	30	1.54±0.32		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Kadın	75	1.75±0.46	MW=0.528	p=0.597
	Erkek	30	1.71±0.54		
İyimser Yaklaşım	Kadın	75	0.84±0.60	MW=0.375	p=0.707
	Erkek	30	0.87±0.59		
Sosyal Destek Arama	Kadın	75	1.17±0.46	MW=0.298	p=0.106
	Erkek	30	0.32±0.46		
Toplam	Kadın	75	1.60±0.20	MW=1.616	p=0.765
	Erkek	30	1.58±0.23		

Tablo 4.3.1'de hasta yakınlarının cinsiyete göre SBTÖ toplam ve alt grup puan ortalamalarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının cinsiyete göre SBTÖ toplam ve alt grup puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.3.2. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Yaş Grubu	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Boyun Eğici Yaklaşım	21-30	24	1.34±0.52	KW=2.781	p=0.427
	31-40	24	1.57±0.45		
	41-50	30	1.45±0.52		
	51 ve üzeri	27	1.50±0.35		
Çaresiz Yaklaşım	21-30	24	1.57±0.42	KW=2.226	p=0.527
	31-40	24	1.57±0.35		
	41-50	30	1.62±0.37		
	51 ve üzeri	27	1.55±0.42		
Kendine Güvenli Yaklaşım	21-30	24	1.75±0.38	KW=1.608	p=0.658
	31-40	24	1.74±0.54		
	41-50	30	1.66±0.38		
	51 ve üzeri	27	1.83±0.60		
İyimser Yaklaşım	21-30	24	1.96±0.81	KW=4.236	p=0.237
	31-40	24	1.77±0.48		
	41-50	30	1.72±0.55		
	51 ve üzeri	27	1.96±0.50		
Sosyal Destek Arama	21-30	24	1.18±0.42	KW=0.263	p=0.967
	31-40	24	1.22±0.48		
	41-50	30	1.24±0.48		
	51 ve üzeri	27	1.21±0.48		
Toplam	21-30	24	1.58±0.28	KW=1.784	p=0.618
	31-40	24	1.60±0.18		
	41-50	30	1.58±0.17		
	51 ve üzeri	27	1.62±0.20		

Tablo 4.3.2'de hasta yakınlarının yaş gruplarına göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının yaş gruplarına göre SBTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

Tablo 4.3.3. Hasta Yakınlarının Medeni Duruma Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Medeni Durum	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Boyun Eğici Yaklaşım	Bekar	18	1.35±0.58	KW=1.271	p=0.530
	Evli	65	1.83±0.68		
	Dul	22	1.88±0.40		
Çaresiz Yaklaşım	Bekar	18	1.59±0.35	KW=0.587	p=0.746
	Evli	65	1.61±0.40		
	Dul	22	1.57±0.38		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Bekar	18	1.83±0.43	KW=4.423	p=0.110
	Evli	65	1.67±0.52		
	Dul	22	1.87±0.39		
İyimser Yaklaşım	Bekar	18	1.88±0.48	KW=0.653	p=0.721
	Evli	65	1.83±0.68		
	Dul	22	1.88±0.40		
Sosyal Destek Arama	Bekar	18	1.26±0.44	KW=0.232	p=0.891
	Evli	65	1.21±0.48		
	Dul	22	1.18±0.14		
Toplam	Bekar	18	1.60±0.23	KW=1.197	p=0.550
	Evli	65	1.58±0.22		
	Dul	22	1.64±0.17		

Tablo 4.3.3'de hasta yakınlarının medeni duruma göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının medeni duruma göre SBTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.3.4.Hasta Yakınlarının Öğrenim Durumlarına Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Öğrenim Durumu	Sayı (n=105)	$\overline{X} \pm SS$	İstatistik Testi	Anlamlılık
Boyun eğici yaklaşım	Okuryazar	16	1.50±0.33	KW=2.724	p=0.436
	İlkokul	47	1.54±0.43		
	Ortaokul	22	1.32±0.51		
	Lise ve üzeri	20	1.43±0.57		
Çaresiz yaklaşım	Okuryazar	16	1.70±0.41	KW=2.206	p=0.531
	İlkokul	47	1.62±0.41		
	Ortaokul	22	1.55±0.40		
	Lise ve üzeri	20	1.51±0.39		
Kendine güvenli yaklaşım	Okuryazar	16	1.70±0.48	KW=3.407	p=0.333
	İlkokul	47	1.65±0.45		
	Ortaokul	22	1.77±0.45		
	Lise ve üzeri	20	1.95±0.56		
İyimser yaklaşım	Okuryazar	16	1.76±0.49	KW=4.941	p=0.176
	İlkokul	47	1.83±0.71		
	Ortaokul	22	1.75±0.42		
	Lise ve üzeri	20	2.07±0.52		
Sosyal destek arama	Okuryazar	16	1.20±0.48	KW=2.160	p=0.540
	İlkokul	47	1.22±0.48		
	Ortaokul	22	1.31±0.46		
	Lise ve üzeri	20	1.10±0.41		
Toplam	Okuryazar	16	1.60±0.17	KW=1.991	p=0.574
	İlkokul	47	1.59±0.22		
	Ortaokul	22	1.56±0.25		
	Lise ve üzeri	20	1.64±0.18		

Tablo 4.3.4.'te hasta yakınlarının öğrenim durumlarına göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının öğrenim durumlarına göre SBTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.3.5. Hasta Yakınının Meslek Durumuna Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Meslek	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Boyun Eğici Yaklaşım	Memur	16	1.35±0.66	KW= 4.064	p=0.397
	İşçi	13	1.29±0.42		
	İşsiz	9	1.64±0.40		
	Ev Hanımı	52	1.49±0.40		
	Serbest Meslek	15	1.55±0.50		
Çaresiz Yaklaşım	Memur	16	1.41±0.33	KW= 8.191	p=0.085
	İşçi	13	1.56±0.31		
	İşsiz	9	1.62±0.39		
	Ev Hanımı	52	1.60±0.44		
	Serbest Meslek	15	1.80±0.26		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Memur	16	1.83±0.65	KW= 1.562	p=0.816
	İşçi	13	1.71±0.49		
	İşsiz	9	1.85±0.33		
	Ev Hanımı	52	1.72±0.49		
	Serbest Meslek	15	1.67±0.33		
İyimser Yaklaşım	Memur	16	1.83±0.65	KW= 0.411	p=0.982
	İşçi	13	1.90±0.54		
	İşsiz	9	1.84±0.43		
	Ev Hanımı	52	1.81±0.50		
	Serbest Meslek	15	1.94±0.96		
Sosyal Destek Arama	Memur	16	1.25±0.51	KW= 7.684	p=0.104
	İşçi	13	1.50±0.40		
	İşsiz	9	1.05±0.41		
	Ev Hanımı	52	1.15±0.41		
	Serbest Meslek	15	1.25±0.44		
Toplam	Memur	16	1.54±0.24	KW= 3.647	p=0.546
	İşçi	13	1.59±0.22		
	İşsiz	9	1.64±0.20		
	Ev Hanımı	52	1.58±0.18		
	Serbest Meslek	15	1.67±0.26		

Tablo 4.3.5.'te hasta yakınlarının meslek durumlarına göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının meslek durumlarına göre SBTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.3.6. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Aile Yapısı	Sayı (n=105)	$\overline{X} \pm SS$	İstatistik Testi Anlamlılık	
Boyun Eğici Yaklaşım	Çekirdek	72	1.46±0.48	MW=0.042	p= 0.967
	Geniş	33	1.47±0.44		
Çaresiz Yaklaşım	Çekirdek	72	1.57±0.42	MW=0.746	p= 0.456
	Geniş	33	1.66±0.30		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Çekirdek	72	1.75±0.49	MW=0.403	p= 0.687
	Geniş	33	1.72±0.47		
İyimser Yaklaşım	Çekirdek	72	0.93±0.63	MW=2.029	p= 0.043
	Geniş	33	1.67±0.47		
Sosyal Destek Arama	Çekirdek	72	1.17±0.43	MW=1.380	p= 0.168
	Geniş	33	1.31±0.51		
Toplam	Çekirdek	72	1.60±0.20	MW=0.03	p= 0.975
	Geniş	33	1.59±0.24		

Tablo 4.3.6.'da hasta yakınlarının aile yapısına göre SBTÖ puanların dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının aile yapısına göre SBTÖ puanları arasında iyimser yaklaşım yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), geniş ailede yaşayan hasta yakınlarının iyimser yaklaşım puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.7. Hasta Yakınlarının Gelir Düzeyine Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Haneye Aylık Giren Gelir Düzeyi	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Boyun Eğici Yaklaşım	**Asgari ücret altı	38	1.64±0.42	KW= 13.198	p=0.001
	**Asgari ücret	26	1.17±0.54		
	*Asgari ücret üzeri	41	1.49±0.36		
Çaresiz Yaklaşım	*Asgari ücret altı	38	1.75±0.32	KW=13.212	p=0.001
	*Asgari ücret	26	1.37±0.41		
	Asgari ücret üzeri	41	1.60±0.38		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Asgari ücret altı	38	1.65±0.42	KW=1.306	p= 0.520
	Asgari ücret	26	1.74±0.54		
	Asgari ücret üzeri	41	1.82±0.50		
İyimser Yaklaşım	Asgari ücret altı	38	1.79±0.43	KW=0.997	p= 0.607
	Asgari ücret	26	1.70±0.50		
	Asgari ücret üzeri	41	1.94±0.76		
Sosyal Destek Arama	Asgari ücret altı	38	1.17±0.39	KW=0.993	p= 0.609
	Asgari ücret	26	1.30±0.48		
	Asgari ücret üzeri	41	1.20±0.51		
Toplam	*Asgari ücret altı	38	1.64±0.17	KW=8.636	p= 0.013
	*Asgari ücret	26	1.48±0.24		
	*Asgari ücret üzeri	41	1.63±0.20		

*Kruskal Wallis testi ve ikişer ikişer grupları karşılaştırmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi sonucunda ortaya çıkan farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösterir.

Tablo 4.3.7'de hasta yakınlarının gelir düzeyine göre SBTÖ puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının aylık gelir düzeyine göre SBTÖ puanları arasında boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve SBTÖ toplam puanları yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), asgari ücret düzeyinde geliri

olan hasta yakınlarının boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve toplam SBTÖ puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.8. Hasta Yakınının Hastaya Yakınlık Durumuna Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Yakınlık Durumu	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Boyun Eğici Yaklaşım	Anne	31	1.53±0.35	KW= 1.706	p= 0.888
	Baba	6	1.36±0.70		
	Çocuk	18	1.43±0.53		
	Eş	26	1.50±0.48		
	Kardeş	10	1.26±0.55		
	Diğer	14	1.51±0.44		
Çaresiz Yaklaşım	Anne	31	1.67±0.42	KW= 4.952	p= 0.422
	Baba	6	1.62±0.35		
	Çocuk	18	1.55±0.36		
	Eş	26	1.48±0.40		
	Kardeş	10	1.57±0.42		
	Diğer	14	1.71±0.34		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Anne	31	1.73±0.53	KW= 0.901	p= 0.970
	Baba	6	1.69±0.41		
	Çocuk	18	1.73±0.42		
	Eş	26	1.76±0.44		
	Kardeş	10	1.80±0.61		
	Diğer	14	1.96±0.53		
İyimser Yaklaşım	Anne	31	1.73±0.49	KW= 3.450	p= 0.631
	Baba	6	1.88±0.67		
	Çocuk	18	1.90±0.35		
	Eş	26	1.77±0.82		
	Kardeş	10	1.94±0.66		
	Diğer	14	1.65±0.53		
Sosyal Destek Arama	Anne	31	1.15±0.49	KW= 2.431	p= 0.787
	Baba	6	1.29±0.40		
	Çocuk	18	1.25±0.46		
	Eş	26	1.21±0.43		
	Kardeş	10	1.37±0.37		
	Diğer	14	1.19±0.57		
Toplam	Anne	31	1.63±0.16	KW= 1.042	p= 0.959
	Baba	6	1.56±0.18		
	Çocuk	18	1.56±0.24		
	Eş	26	1.59±0.27		
	Kardeş	10	1.59±0.14		
	Diğer	14	1.59±0.22		

Tablo 4.3.8.'de hasta yakınlarının hastaya yakınlık durumuna göre SBTÖ puanları görülmektedir. Hasta yakınlarının hastaya yakınlık durumuna göre SBTÖ puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ($p>0.05$) belirlenmiştir.

Tablo 4.3.9. Hastanın Tanısına Göre Hasta Yakınlarının SBTÖ Puanları

Puan Türü	Hastanın Tanısı	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Boyun Eğici Yaklaşım	Depresyon	48	1.57±0.45	MW=2.228	p= 0.026
	Mani	57	1.38±0.47		
Çaresiz Yaklaşım	Depresyon	48	1.62±0.39	MW= 0.517	p=0.605
	Mani	57	1.57±0.39		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Depresyon	48	1.75±0.46	MW= 0.288	p=0.773
	Mani	57	1.73±0.50		
İyimser Yaklaşım	Depresyon	48	1.87±0.69	MW= 0.058	p=0.953
	Mani	57	1.83±0.51		
Sosyal Destek Arama	Depresyon	48	1.15±0.44	MW= 1.277	p= 0.202
	Mani	57	1.27±0.47		
Toplam	Depresyon	48	1.62±0.22	MW= 1.121	p= 0.262
	Mani	57	1.57±0.20		

Tablo 4.3.9'da hastanın tanısına göre hasta yakınlarının SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hastanın tanısına göre hasta yakınlarının SBTÖ puanları arasında boyun eğici yaklaşım yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), hastasının tanısı depresyon olan hasta yakınlarının boyun eğici yaklaşım puanının, hastasının tanısı mani olan hasta yakınlarının puanlarından daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.10. Hasta Yakınlarının Hastalık Süresine Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Hastalık Süresi	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Boyun Eğici Yaklaşım	1 yıl	31	1.33±0.50		
	2-5 yıl	51	1.54±0.45	KW=3.320	p= 0.190
	6 yıl ve üzeri	23	1.50±0.44		
Çaresiz Yaklaşım	1 yıl	31	1.65±0.39		
	2-5 yıl	51	1.58±0.42	KW=1.495	p= 0.474
	6 yıl ve üzeri	23	1.55±0.32		
Kendine Güvenli Yaklaşım	1 yıl	31	1.71±0.52		
	2-5 yıl	51	1.75±0.43	KW=0.033	p= 0.984
	6 yıl ve üzeri	23	1.75±0.32		
İyimser Yaklaşım	1 yıl	31	1.92±0.84		
	2-5 yıl	51	1.85±0.46	KW=0.438	p= 0.803
	6 yıl ve üzeri	23	1.75±0.46		
Sosyal Destek Arama	1 yıl	31	1.26±0.48		
	*2-5 yıl	51	1.09±0.45	KW=9.898	p= 0.007
	*6 yıl ve üzeri	23	1.42±0.40		
Toplam	1 yıl	31	1.64±0.21		
	2-5 yıl	51	1.48±0.19	KW=0.062	p= 0.969
	6 yıl ve üzeri	23	1.63±0.25		

*Kruskal Wallis testi ve ikişer ikişer grupları karşılaştırmak için yapılan Bonferroni düzeltmeli Mann-Whitney U testi sonucunda ortaya çıkan farkın hangi gruplar arasında olduğunu gösterir.

Tablo 4.3.10'da hasta yakınlarının hastalık süresine göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının hastanın hastalık süresine göre SBTÖ puanları arasında sosyal destek arama yaklaşımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), hastalık süresi 2-5 yıl arası olan hasta yakınlarının sosyal destek arama yaklaşımı puanlarının hastalık süresi 6 yıl ve üzeri olan hasta yakınlarının puanlarından daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.11. Hasta Yakınının Hastasının Hastalığından Etkilenip-Etkilenmeme Durumuna Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	Hastalıktan Etkilenme	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Boyun Eğici Yaklaşım	Etkileniyor	82	1.48±0.43	MW= 896.00	p= 0.714
	Etkilenmiyor	23	1.40±0.58		
Çaresiz Yaklaşım	Etkileniyor	82	1.60 ±0.39	MW= 937.00	p= 0.963
	Etkilenmiyor	23	1.59 ±0.39		
Kendine Güvenli Yaklaşım	Etkileniyor	82	1.71 ±0.47	MW= 768.50	p= 0.174
	Etkilenmiyor	23	1.83 ±0.51		
İyimser Yaklaşım	Etkileniyor	82	1.87±0.61	MW= 903.00	p= 0.755
	Etkilenmiyor	23	1.79±0.55		
Sosyal Destek Arama	Etkileniyor	82	1.16±0.45	MW= 645.00	p= 0.019
	Etkilenmiyor	23	1.42±0.47		
Toplam	Etkileniyor	82	1.59±0.21	MW= 792.50	p= 0.243
	Etkilenmiyor	23	1.62±0.20		

Tablo 4.3.11'de hasta yakınının hastasının hastalığından etkilenip-etkilenmeme durumuna göre SBTÖ puanlarının dağılımını göstermektedir. Hasta yakınlarının hastanın hastalığından etkilenip etkilenmeme durumuna göre SBTÖ puanları arasında sosyal destek arama yaklaşımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), hastalıktan etkilenen hasta yakınlarının sosyal destek arama puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.3.12. Hasta Yakınının Hastasının İyileşmesine İnanıp-İnanmama Durumuna Göre SBTÖ Puanları

Puan Türü	İnanma	Sayı (n=105)	$\overline{X}$ ±SS	İstatistik Testi	Anlamlılık
Boyun Eğici Yaklaşım	İnanan	61	1.41±0.49	MW= 1131.0	p=0.168
	İnanmayan	24	1.54±0.42		
Çaresiz Yaklaşım	İnanan	61	1.59±0.42	MW=1340.00	p=0.990
	İnanmayan	24	1.61±0.36		
Kendine Güvenli Yaklaşım	İnanan	61	1.81±0.48	MW=1052.50	p=0.059
	İnanmayan	24	1.64±0.47		
İyimser Yaklaşım	İnanan	61	1.90±0.67	MW= 1205.50	p=0.371
	İnanmayan	24	1.77±0.47		
Sosyal Destek Arama	İnanan	61	1.13±0.46	MW= 1022.50	p=0.036
	İnanmayan	24	1.33±0.44		
Toplam	İnanan	61	1.60±0.19	MW= 1322.50	p=0.899
	İnanmayan	24	1.59±0.23		

Tablo 4.3.12.'de hasta yakınlarının hastalarının iyileşip iyileşmemesine inanma durumuna göre SBTÖ puanlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının hastasının iyileşip iyileşmemesine inanma durumuna göre SBTÖ puanları arasında sosyal destek arama yaklaşımı yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu ($p<0.05$), hastalığın iyileşeceğine inanan hasta yakınlarının sosyal destek arama puanlarının düşük olduğu belirlenmiştir.

Çalışmada hasta yakınında ruhsal rahatsızlık olup olmama durumu ve ailede başka bir psikiyatrik hasta olup-olmama durumuna göre SBTÖ puanları arasında istatistiksel olarak fark olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır.

4.4. ÇOKLU ANALİZ SONUÇLARI

Bağımsız değişkenlerden bağımlı değişkenlerle ilişkili olanlar tek tek analiz edildiğinde bölüm 4'teki bulgular elde edilmiştir. Ancak bağımsız değişkenler arasındaki etkileşimler dikkate alındığında sosyal destek ve stresle baş etme düzeyi puanları üzerinde etkili olan faktörler lojistik regresyon analizi yapılarak belirlenmeye çalışılmıştır.

4.4.1. Sosyal Destek Üzerine Etkili Faktörler

Yeterli düzeyde toplam sosyal destek ve sosyal destek alt puanlarına sahip olma durumunu belirlemek için alınabilecek olası toplam destek puanının yarısından fazla puan alanların "yeterli" destek aldığı, yarıdan az puan alanların sosyal desteğinin yeterli olmadığı kabul edildi. Buna göre sosyal destek puanının yeterli olup olmamasıyla ilişkili faktörler lojistik regresyon analizi ile belirlendi.

Tablo 4.4.1.1. Aile Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları

	İlişki Yönü	Standart Hata	Anlamlılık	Odds (İhtimal) Oranı	% 95 Güven Aralığı	
Cinsiyet	-0.919	0.513	0.073	0.399	0.146	1.090
Gelir Düzeyi	0.686	0.281	**0.015**	1.985	1.145	3.442
	-1.575	0.823	0.056	0.207	0.042	1.040
Medeni Durum	-1.942	0.900	**0.031**	0.143	0.025	0.838
Sabit	2.145	1.073	**0.046**	8.542		

Tablo 4.4.1.1'deki lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre aile desteğini gelir düzeyi ve medeni durum etkilemektedir. Gelir düzeyi açısından gelir düzeyi düşük olanların olmayanlara göre, medeni durumu açısından dul olan hasta yakınlarının bekâr hasta yakınlarına göre yeterli aile desteği alma oranının daha az olduğu saptandı.

Tablo 4.4.1.2. Arkadaş Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları

	İlişki Yönü	Standart Hata	Anlamlılık	Odds (İhtimal) Oranı	% 95 Güven Aralığı	
Gelir Düzeyi	0.519	0.245	**0.035**	1.680	1.039	2.718
Sabit	0.370	0.513	0.470	0.691		

Tablo 4.4.1.2'deki lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre arkadaş desteğini gelir düzeyi etkilemektedir. Gelir düzeyi arttıkça arkadaş desteği oranının daha fazla olduğu saptandı.

Tablo 4.4.1.3. Özel Kişi Desteğini Etkileyen Faktörlerin Puanları

	İlişki Yönü	Standart Hata	Anlamlılık	Odds (İhtimal) Oranı	% 95 Güven Aralığı	
Yaş Grup	0.571	0.264	**0.030**	0.565	0.337	0.947
Medeni Durum	-1.078	0.462	**0.020**	0.300	0.113	0.800
Başka Hastalık Olup Olmadığı	-1.203	0.500	**0.016**	0.340	0.137	0.842
Sabit	5.377	1.266	**0.000**	216.299		

Tablo 4.4.1.3'teki lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre özel kişi desteğini yaş grupları, medeni durum ve hasta yakınında başka hastalığın olup olmaması etkilemektedir. Başka hastalık olma durumu açısından başka hastalığı olan hasta yakınlarının olmayanlara göre, yaş grubu büyük yakınların genç yaş grubu yakınlara göre, medeni durumu açısından dul hasta yakınlarının bekar ve evli hasta yakınlarına göre özel kişi desteği oranının daha az olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.4.1.4. Toplam Sosyal Desteği Etkileyen Faktörlerin Puanları

	İlişki Yönü	Standart Hata	Anlamlılık	Odds (İhtimal) Oranı	% 95 Güven Aralığı	
Cinsiyet	-1.059	0.519	**0.041**	0.347	0.125	0.959
Öğrenim Düzeyi	0.612	0.255	**0.031**	1.845	1.056	3.222
Sabit	0.664	1.057	0.530	1.943		

Tablo 4.4.1.4'teki lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre toplam sosyal destek puanı üzerindeki faktörler; cinsiyet ve eğitim durumudur. Erkek hastaların yeterli toplam sosyal destek oranının daha az olduğu, öğrenim durumuna göre öğrenim düzeyi düşük olanların sosyal destek toplam puanlarının az olduğu saptandı.

Tablo 4.4.1.5. ÇBASDÖ Toplam ve Alt Grup Puanlarına Göre Yeterli Destek Alan ve Yeterli Destek Alamayan Hasta Yakını Oranlarının Dağılımı

Puan türü	**Yeterli destek alan**		**Yeterli destek alamayan**	
	(n)	**(%)**	**(n)**	**(%)**
Aile Desteği	73	69.5	32	30.5
Arkadaş Desteği	69	65.5	36	34.5
Özel kişi Desteği	76	72.4	29	27.6
Toplam Sosyal Destek	82	78.1	23	21.9

Tablo 4.4.1.5'te lojistik regresyon analizindeki ÇBASDÖ toplam ve alt grup puanlarına göre yeterli destek alan ve yeterli destek alamayan hasta yakını oranlarının dağılımı görülmektedir. Lojistik regresyon analiz sonuçlarına göre hasta yakınlarının %69,9'unun aile, %65,5'inin arkadaş, %72,4'ünün özel kişi ve %78'inin toplam sosyal destek aldığı saptanmıştır.

4.4.2. Stresle Baş Etme Yaklaşımlarını Etkileyen Faktörler

Stresle baş etme yaklaşımlarını kullanma ve kullanmama puanlarını belirlemek için alınabilecek olası stresle baş etme yaklaşımı puanının yarısından fazla puan alanların bu yaklaşımları "kullandığı" yarıdan az puan alanların ise kullanmadığı kabul edildi. Buna göre stresle baş etme yaklaşımını kullanıp kullanmama oranını etkileyen faktörler lojistik regresyon analizi ile belirlendi.

Tablo 4.4.2.1 SBTÖ Toplam ve Alt Grup Puanlarına Göre Stresle Baş Etme Yaklaşımlarını Kullanan ve Kullanmayan Hasta Yakını Oranlarının Dağılımı

Puan türü	Kullananlar		Kullanmayanlar	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Kendine güvenli yaklaşım	71	67.6	34	32.4
Çaresiz yaklaşım	61	58.1	44	41.9
Boyun Eğici Yaklaşım	48	45.7	57	54.3
İyimser Yaklaşım	78	74.3	27	25.7
Sosyal Destek Arama Yaklaşımı	82	78.1	23	21.9
Toplam stres	71	67.6	34	32.4

Tablo 4.4.2.1'deki SBTÖ toplam ve alt grup puanlarına göre stresle baş etme yaklaşımlarını kullanan ve kullanmayan hasta yakını oranlarının dağılımı görülmektedir. Hasta yakınlarının %67,6'sının kendine güvenli yaklaşımı, %74,3'ünün iyimser yaklaşımı, %78,1'inin sosyal destek arama yaklaşımını, %58,1'inin çaresiz yaklaşımı, %45,7'sinin boyun eğici yaklaşımı kullandığı belirlendi.

Çalışmada lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre hastanın tanısı stresle baş etme yaklaşımlarından boyun eğici yaklaşımı etkilemektedir. Depresyon tanısı olan hastanın yakınlarının boyun eğici yaklaşımı daha çok kullandıkları, cinsiyetin kendine güvenli yaklaşımı etkilediği, erkek hasta yakınlarının kendine güvenli yaklaşımı daha az kullandıkları saptandı.

5.TARTIŞMA

5.1. Hasta Yakınlarına ve Hastalık Süreci Bulgularına İlişkin Tartışma

Bu çalışmada duygulanım bozukluğu olan hastaların primer bakımında daha çok (%71.4) kadın hasta yakınlarının sorumluluk aldığı saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda duygulanım bozukluğu olan hastaların bakımını yürüten bireylerin cinsiyet yönünden farklılık gösterdikleri, çoğunlukla kadınların yürüttükleri belirtilirken (Dore ve Romans 2001, Heru ve Ryan 2002, Heru ve Ryan 2004, Reinares ve ark 2004, Perlick ve ark 2005, Chadde ve ark 2007) bazı çalışmalarda da hastaya bakım verenlerin çoğunluğunun erkek hasta yakınları olduğu (Çoban 2004, Berhard ve ark 2006) belirlenmiştir.

Çalışmada duygulanım bozukluğu olan hastaların bakımından sorumlu olan hasta yakınlarının yaş ortalamasının 42.35 olduğu, hasta bakımını yürüten hasta yakınlarının %28.6'sının 41-50 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda bakım veren hasta yakınlarının orta yaş ve üzeri yaş grubunda olduğu belirlenmiştir (Dore ve Romans 2001, Chakrabarti ve Gill 2002, Heru ve Ryan 2002, Çoban 2004, Heru ve Ryan 2004, Perlick ve ark 2005, Berhard ve ark 2006, Skärsäter 2006). Çalışma sonucu bu bulgu ile uyumludur.

Çalışmada duygulanım bozukluğu olan hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının yarıdan fazlasının (%61.9) evli olduğu saptanmıştır. Perlick ve arkadaşları (2005) bipolar bozukluğu olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının % 55'inin evli ya da dul olduğunu, Dore ve Romans (2001) hasta yakınlarının % 59'unun, Miklowitz ve arkadaşları (2000) %68'inin evli olduğunu belirlemiştir. Bu sonuçlar duygulanım bozukluğu olan hastalara bakım veren yakınların yarıdan fazlasının evlilik sorumlulukları ile birlikte hastanın bakımını da sürdürdüklerini göstermektedir.

Çalışmada duygulanım bozukluğu olan hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının büyük bir kısmının (%44.8) ilkokul mezunu olduğu saptanmıştır. Kısa ve arkadaşları (2004) bipolar bozukluğu olan hastaların ebeveynlerinin %47'sinin, Skärsäter (2006) %38.8'inin ilkokul mezunu olduğunu belirlemişlerdir. Duygulanım

bozukluğu olan hastaların bakımını yürüten aile üyelerinin öğrenim durumlarının çoğunlukla ilkokul düzeyinde olduğu görülmektedir. Bu düzeyde eğitimi olan aile üyeleri daha çok evde kaldıkları için evde hastanın bakımını yürütmede daha etkin rol alabilmektedirler.

Çalışmada hasta yakınlarının yaklaşık yarısının (%49.5) ev hanımı olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda duygulanım bozukluğu olan hastaların bakımını yürüten hasta yakınlarının çoğunluğunun ev hanımı olduğunu belirlenmiştir (Çoban 2004, Kısa ve ark 2004). Ev hanımlarının evdeki konumlarının ve bakım verici rolde olmalarının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Çalışmada hasta yakınlarının %68.6'sının çekirdek ailede yaşadığı saptanmıştır. Bu durumun toplumumuzda çekirdek aile yapısının yaygın olmasının bir sonucu olduğu düşünülebilir. Çoban (2004) bipolar bozukluğu olan hastaya bakım veren aile üyelerinin %80'inin çekirdek ailede yaşadığını belirlemiştir.

Çalışmada hasta yakınlarının yarısının (%51) gelir düzeyinin asgari ücret ve altında olduğu saptanmıştır. Miklowitz ve arkadaşları (2000) bipolar bozukluğu olan hastaların yakınlarının aylık gelirlerinin orta düzeyde olduğunu, Çoban (2004) bipolar bozukluğu olan hastaya bakım veren aile üyelerinin yarısının orta düzeyde gelire sahip olduğunu belirlemiştir.

Çalışmada duygulanım bozukluğu olan hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının %35'inin anne ya da baba olduğu saptanmıştır. Çoban (2004) bipolar bozukluğu olan hastaya bakım veren aile üyelerinin %47'sinin, Berhard ve arkadaşları (2006) % 46.9'unun, Reinares ve arkadaşları (2004) %56.7'sinin, Heru ve Ryan (2004) %20'sinin anne ya da baba olduğunu belirtmiştir. Çalışma bulguları literatürle örtüşmektedir.

Çalışmada hasta yakınlarının %48.6'sının 1-5 yıldır hastaya bakım verdikleri saptanmıştır. Duygulanım bozuklukları ruhsal sorunlar içinde en sık görülen ve kronik özellikte olan hastalıklar olduğundan uzun süreli bakım gerektirmektedirler.

Reinares ve arkadaşları (2005) duygulanım bozukluğu olan hastalara bakım veren ailelerin %16,7'sinin bakım verme sürelerinin 0-2 yıl olduğunu belirlemiştir.

Çalışmada duygulanım bozukluğu olan hastaların bakımından sorumlu olan hasta yakınlarının %78.1'i hastalarının hastalığından etkilendiğini ifade etmektedir. Çoban (2004) duygulanım bozukluğu olan hastaya bakım verenlerin %36.8'inin fiziksel sağlığının, tümünün ise ruhsal sağlığının etkilendiğini ifade ettiklerini saptamıştır. Bipolar bozukluğu olan bireye sahip olmak sadece bakım veren bireyi değil tüm aile bireylerini etkilemekte, aileye birçok yaşam alanında ek yükler getirmektedir. (Cuijpers 1999, Dore ve Romans 2001, Karaaslan ve Ünal 2001, Chakrabarti ve Gill 2002, Çoban 2004, Heru ve ark 2005, Reinares ve ark 2005, Skärsäter 2006, Elgie ve Morselli 2007). Voort ve arkadaşları (2007) bakım veren hastaların yakınlarının hastalık sürecinden olumsuz etkilenmelerinde, fiziksel ve ruhsal sağlıklarının bozulmasında hastalık nedeniyle yaşadıkları stigmanın etkili olduğunu belirtmiştir.

Çalışmada hastaya bakım veren hasta yakınlarının %6,7'sinde ruhsal rahatsızlık olduğu, %36.2'sinin de ailesinde ruhsal sorunlu başka aile üyesi bulunduğu saptanmıştır. Çoban (2004) duygulanım bozukluğu olan hastalara bakım veren hasta yakınlarının tümünün bu durumdan ruh sağlığının olumsuz etkilendiğini belirttiklerini saptamıştır. Duygulanım bozukluğu olan hastalara bakan hasta yakınlarında depresif belirti görülme yaygınlığının %38-%74 olduğu belirlenmiştir (Heru ve Ryan 2002, Heru ve Ryan 2005). Bu sonuçlar, hasta yakınlarının önemli düzeyde olumsuz etkilendiklerini göstermektedir.

Çalışmada duygulanım bozukluğu olan hastaların bakımından sorumlu hasta yakınlarının %58'inin hastasının hastalığının iyileşeceğine inandığını ifade ettiği belirlenmiştir. Bu sonuçta hasta yakınlarının hastayı iyi görme beklentisi ile hastalık sürecindeki gözlem ve deneyimlerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

5.2. Hasta Yakınlarının ÇBASDÖ'ne İlişkin Bulgularını Tartışma

Hasta yakınlarının cinsiyete göre sosyal destek puanları arasında farklılık olmadığı saptanmıştır. Kadın ve erkeğin toplumsallaşma sürecindeki farklılık nedeniyle kadının sıcak, sevecen davranması ve yakınlık arayışı, duygularını sözel olarak ifade etme becerisini geliştirmesine katkı verdiğinden sosyal açıdan destekleyici ilişkileri kurmak ve sürdürmek kadınlara daha kolay gelmektedir (Barbee ve ark 1993). Bu durumun kadınların hasta bakımında daha fazla sorumluluk almalarında etkili olduğu düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının yaş gruplarına göre sosyal destek puanlarının farklılık gösterdiği, 21-30 yaş grubunda özel kişi ve toplam sosyal desteğin yüksek, 41-50 yaş grubunda özel kişi desteğinin düşük, özel kişi desteği oranın az olduğu belirlenmiştir. Yaşın ilerlemesi ile hasta yakınlarının akran kaybı ve emeklilik gibi nedenlerle çevresindeki kişi sayısının azalmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre sosyal destek puanlarının farklılık gösterdiği, aile desteği, özel kişi desteği ve toplam sosyal desteğin dul hasta yakınlarında düşük, bekar hasta yakınlarında yüksek olduğu, dul hastaların aile desteği ve özel kişi desteği oranının az olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçta hasta yakınlarının sosyal ilişki ve etkileşimlerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının öğrenim durumuna göre sosyal destek puanlarının farklılık gösterdiği, özel kişi desteğinin ilkokul eğitimli hasta yakınlarında düşük, toplam sosyal destek oranının az olduğu, lise ve üzeri eğitimli hasta yakınlarında özel kişi desteğinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi arttıkça algılanan sosyal desteğin de yükseldiği belirtilmektedir (Beyer ve ark 2003).

Hasta yakınlarının mesleklerine göre sosyal destek puanlarında farklılık olmadığı belirlenmiştir. Hastanın bakımın sürdürmede daha çok aile içi iletişim ve

ilişkilerin özellikleri yönlendirici olduğundan hasta yakınlarının algıladığı sosyal destek durumunda mesleklere göre farklılık olmaması beklendik bir sonuçtur.

Hasta yakınlarının aile yapısına göre sosyal destek puanlarında farklılık olmadığı belirlenmiştir. Aileler bireyler için birincil destek kaynağıdır ve sosyal destek kaynaklarının kullanımı bireylerin yaşadıkları güçlüklerle baş etmesinde önemli rol oynamaktadır (Çoban 2004).

Hasta yakınlarının gelir düzeylerine göre sosyal destek puanlarında farklılık olduğu, aile desteği, arkadaş desteği puanlarının aylık geliri asgari ücretin altında olan hasta yakınlarında düşük ve aile desteği oranının az olduğu, aylık geliri asgari ücretin üzerinde olan hasta yakınlarında ise aile desteği, arkadaş desteği puanlarının daha yüksek olduğu ve arkadaş desteği oranının fazla olduğu belirlenmiştir. Çoban (2004) gelir durumu kötü olan hasta yakınlarının daha fazla destek sistemlerine ihtiyaç duyduğunu belirlemiştir.

Hasta yakınlarının hastanın tanısına göre sosyal destek puanlarında farklılık olmadığı belirlenmiştir. Ancak duygulanım bozuklukları içerisinde depresyonda birey sosyal izolasyon yaşadığından ve iletişim kurmada direnç gösterdiğinden hasta yakınlarının yakın çevrelerinden yeterince destek alamadıkları düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının hastalık süresine ve hastalıktan etkilenme durumuna göre sosyal destek puanlarında farklılık olmadığı belirlenmiştir**.** Hasta ve yakınlarının hastalığın ilk yıllarında iyileşmeye yönelik daha fazla çaba gösterdikleri, hastalık kronikleştikçe bu çabalarının yeterli olmadığı ve destek kaynaklarına gereksinim duydukları belirtilmektedir (Varcaloris 1998, Scazufka ve Kuipers 1999, Tel 1999).

Hasta yakınında ruhsal bir hastalık olup olmadığına göre sosyal destek puanlarında farklılık olduğu, ruhsal bir hastalığı olmayan hasta yakınının aile desteği puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç ruhsal hastalığı olmayan hasta yakınlarının sosyal destek faktörlerini daha etkin kullandıklarını düşündürmektedir.

Hasta yakınlarının ailede başka bir psikiyatri hastası olup olmadığına göre sosyal destek puanlarında farklılık olduğu, ailede başka psikiyatri hastası olan hasta yakınlarının özel kişi desteği puanının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçta hasta yakınlarının ailede birden fazla hasta ile ilgilenmesi nedeniyle özel birisi ile paylaşım zamanı bulamaması veya stigma nedeniyle özel kişinin olmaması durumu etkili olabilir.

Hasta yakınlarının hastalığın iyileşmesine inanıp-inanmama durumuna göre sosyal destek puanlarında farklılık olduğu, hastalığın iyileşeceğine inanan hasta yakınlarının arkadaş desteği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Hasta yakınının arkadaş desteğinin yüksek olmasının hastanın bakımını sürdürmede önemli bir kaynak olduğu düşünülmektedir.

5.3. Hasta Yakınlarının SBTÖ'ye İlişkin Bulgularını Tartışma

Hasta yakınlarının stresle baş etme yaklaşımlarının cinsiyet, yaş grubu, medeni durum, öğrenim durumu ve meslek durumu gibi bireysel özelliklere göre farklılık göstermediği belirlenmiştir. Bu sonuçta; duygulanım bozukluklarının diğer kronik ruhsal hastalıklara göre tedaviye daha iyi cevap vermesinin, hasta yakınlarının da durumu kişiselleştirmeden ele almalarının etkili olduğu düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının aile yapısına göre stresle baş etme yaklaşımları arasında farklılık olduğu, geniş ailedeki hasta yakınlarının iyimser yaklaşımı daha fazla kullandıkları belirlendi. Geniş ailede, aile içi rol ve sorumlulukların paylaşılmasında kişi ve kaynak seçeneklerinin olmasının bu sonuçta etkili olduğu düşünülmektedir. Şizofren hastaların aileleri ile yapılan bir çalışmada da geniş ailede yaşayan hasta yakınlarının çaresiz ve iyimser yaklaşımı birlikte kullandıklarını saptanmıştır (Tel 1999).

Hasta yakınlarının stresle baş etme yaklaşımlarının aylık gelir düzeyine göre farklılık gösterdiği, asgari ücret düzeyinde geliri olan hasta yakınlarının boyun eğici

yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve toplam SBTÖ puanlarının düşük, asgari ücretin altında geliri olan hasta yakınlarının boyun eğici yaklaşım, çaresiz yaklaşım ve toplam SBTÖ puanlarının yüksek olduğu belirlenmiştir. Çoban (2004) gelir durumu kötü olan hasta yakınlarının destek gereksinimlerinin daha fazla olduğunu belirtmiştir. Çalışma bulguları asgari ücretin altında geliri olan hasta yakınlarının stresle baş etmede güçlük yaşadıklarını ve destek gereksinimleri olduğunu göstermektedir.

Hastanın tanısına göre hasta yakınlarının stresle baş etmeleri arasında farklılık olduğu, depresyon tanılı hastaların yakınlarının boyun eğici yaklaşımı daha fazla kullandıkları belirlenmiştir. Bu sonuçta depresyonun manik bozukluğa göre belirtilerinin tedaviye cevabının ve prognozunun daha yavaş olmasının etkili olduğu düşünülmektedir. Depresyonlu hastaların stresle baş etmede etkin olmayan yöntemleri kullandıkları belirtilmektedir (Ünal ve ark 2004). Bu durum hasta yakınlarına hasta bakımında ek yükler getireceğinden stresle baş etmelerini de etkileyebilecektir.

Hastalık süresine göre hasta yakınlarının stresle baş etme yaklaşımlarının farklılık gösterdiği, hastalık süresi 2-5 yıl olan hasta yakınlarının sosyal destek arama yaklaşımının düşük, 6 yıl ve üzeri hastalık süresi olan hastaların yakınlarının ise sosyal destek arama yaklaşımının arttığı belirlenmiştir. Bu sonuçta hasta yakınlarının hastalık sürecinin ilk yıllarında yaşadıkları şaşkınlık, deneyimsizliğin ve hastalıkla yaşarken edindikleri deneyimler sonucu sosyal destek kaynaklarını fark etmelerinin etkili olduğu düşünülmektedir.

Hasta yakınlarının hastasının hastalığından etkilenip etkilenmeme durumuna göre stresle baş etme yaklaşımlarının farklılık gösterdiği, hastalıktan etkilenen hasta yakınlarının sosyal destek arama puanlarının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Chadde ve ark (2007) duygulanım bozukluğu ve şizofreni tanılı iki hasta yakını grubu ile yaptıkları çalışmada her iki grupta da hasta yakınlarının stresle baş etme sosyal destek arama yaklaşımını çok az kullandıklarını saptamışladır. Hasta

yakınlarının sosyal destek arama yaklaşımını az kullanmasında hastalık nedeniyle stigma korkusu yaşıyor olmaları etkili olabilir.

Hasta yakınlarının hastasının iyileşip iyileşmemesine inanma durumuna göre stresle baş etme yaklaşımlarının farklılık gösterdiği, hastalığın iyileşeceğine inanan hasta yakınlarının sosyal destek arama puanlarının ise düşük olduğu belirlenmiştir. Hasta yakınlarının hastalığının iyileşeceğine inandıkları için bu davranışı gösterdikleri düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada duygulanım bozukluğu olan hastaların primer bakımından sorumlu hasta yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerini değerlendirmek amaçlanmıştır. Çalışmada duygulanım bozukluğu olan hastaların bakımından sorumlu hasta yakınının sosyal destek olarak daha çok özel kişi ve aile desteği aldıkları, arkadaş desteğini daha az kullandıkları tespit edilmiştir. Bu bağlamda hastanın bakımını sürdüren hasta yakınına ve bu hasta yakını aracılığı ile diğer aile üyelerine koşullar içinde yer alan sosyal destek kaynaklarını tanımaları ve kullanmaları konusunda yardım ve destek sağlanması önerilmektedir.

Çalışmada duygulanım bozukluğu olan hastaların yakınlarının stresle baş etmede olumlu yöntemlerinden biri olan sosyal destek arama yaklaşımını yok denecek kadar az ve düşük düzeyde kullandıkları olumsuz yaklaşımlardan çaresiz yaklaşımı ve boyun eğici yaklaşımı daha sık kullandıkları saptanmıştır. Duygulanım bozukluğu olan hastaların yakınlarının yaşadıkları stres belirtilerini tanımaları ve etkin baş etmeleri için hasta yakınlarına bireysel ihtiyaçları doğrultusunda stresle baş etme eğitimi verilmesi önerilmektedir.

Duygulanım bozukluğu yalnız hastayı değil hasta ile birlikte ailesini ve yakın çevresini de etkilediğinden hastanın ailesi ile birlikte bulunduğu ortamda ele alınması gerekmektedir. Bu nedenle duygulanım bozukluğu olan hasta ve aileleri ile hastalık, hastalık belirtilerine yaklaşım ve tedaviye uyum konularını içeren psikoeğitimsel yaklaşımların yer aldığı uygulamalı araştırmaların yapılması önerilmektedir.

7. ÖZET

S.Ü. SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ/KONYA
NESİBE GÜNAY MOLU

S.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Servisinde Duygulanım Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastaların Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerinin Belirlenmesi

Araştırma duygulanım bozukluğu olan hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı nitelikte yapılmıştır.

1 Kasım 2006-1 Şubat 2007 tarihleri arasında Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Servisinde yatan araştırma sınırlılıklarını karşılayan 105 duygulanım bozukluğu tanısı olan hastanın primer bakımından sorumlu olan hasta yakınları araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

Araştırmada veriler araştırmacı tarafından hazırlanan bir anket formu, "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve "Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Araştırmada veri toplama araçları yüzyüze görüşme yöntemi kullanılarak uygulanmıştır.

Verilerin değerlendirilmesi ve analizi bilgisayar ortamında SPSS 13.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Veriler yüzdelik dağılım, aritmetik ortalama, Mann Whitney-U testi, Kruskal-Wallis ve Lojistik Regresyon analizi testleri kullanılarak değerlendirilmiştir. Kruskal-Wallis analizi sonucunda fark gözlendiği durumlarda, gözlenen farkın hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Mann Whitney- U testi yapılmıştır.

Araştırmada elde edilen tekli analiz sonuçlarına göre duygulanım bozukluğu olan hasta yakınlarının ÇBASDÖ puanlarından; aile desteği puanı hasta yakınının medeni durumuna, aylık gelir düzeyine, hasta yakınında ruhsal hastalık olup olmadığına göre, arkadaş desteği puanı aylık gelir düzeyi ve hasta yakınlarının hastasının hastalığının iyileşmesine inanıp inanmama durumuna göre, özel kişi

desteği puanı yaş gruplarına, medeni duruma, öğrenim durumuna ve hasta yakınının ailesinde başka bir psikiyatri hastası olup olmadığına göre, sosyal destek toplam puanı ise yaş gruplarına, medeni duruma ve aylık gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir.

Duygulanım bozukluğu olan hasta yakınlarının SBTÖ alt ölçek puanlarından; iyimser yaklaşım puanı aile yapısına göre, boyun eğici yaklaşım puanı aylık gelir düzeyi ve hastanın tanısına göre, çaresiz yaklaşım puanı aylık gelir düzeyine göre, sosyal destek arama yaklaşım puanı hastalık süresi, hasta yakınlarının hastasının hastalığından etkilenip etkilenmeme durumuna, hastasının hastalığının iyileşmesine inanıp inanmama durumuna göre, toplam SBTÖ puanı ise aylık gelir düzeyine göre istatistiksel olarak farklılık göstermektedir.

Çoklu analizlere göre duygulanım bozukluğu olan hasta yakınlarının ÇBASDÖ puanlarından; aile desteği gelir düzeyi ve medeni durumdan, arkadaş desteği gelir düzeyinden, özel kişi desteği başka hastalığı olup olmamasından ve toplam sosyal destek cinsiyet ve öğrenim düzeyinden etkilenmektedir.

Duygulanım bozukluğu olan hasta yakınlarının SBTÖ alt ölçek puanlarından boyun eğici yaklaşım puanı hastanın tanısından, kendine güvenli yaklaşım puanını hastanın cinsiyetinden etkilenmektedir. SBTÖ'ünün diğer alt ölçek gruplarında anlamlı bir etkilenme saptanmıştır.

Duygulanım bozukluğu olan hasta yakınlarının sosyal destek düzeylerini ve stresle baş etme becerilerini artırmak için psikoeğitim uygulamaları gerekmektedir.

8. SUMMARY

S.U. (UNIVERSITY OF SELÇUK) INSTITUTE OF MEDICAL SCIENCES
NURSING BRANCH MASTER THESIS
KONYA

NESİBE GÜNAY MOLU

S.U. Medicine Faculty Determine to Level Coping With Stress and Social Support of the Relatives Patients Who Have Mood Disorder at Psychiatry Unit

The research has been carried out in a definitary way in order to search the ability level on coping with the perceived social support and stress of the relatives of patients of mood disorder.

The sampling universe of the research has consisted of the relatives of the patients that have been responsible for the primary care of the 105 mood disorder patients staying at the Psychiatry services of Selçuk University Meram School of Medicine during the period between November 1st 2006 and February 1st 2007.

In the research, "Multidimensional Scale of Perceived Social Support" has been used to determine the social support and "Ways of Coping Inventory" (WCI) has been used to determine the abilities of coping with stress. Data collection of the research has been done by applying face to face interview method.

Data assessment and analysis has been done in computer by SPSS 13.0 software. Assessment has been done on the data by making use of percentile distribution, mean, Mann Whitney-U test, Kruskal-Wallis and Lojistik Regresyon analysis. In cases where difference has been observed in Kruslkal-Wallis result, in order to determine the groups among which the difference causes the observed difference, Mann Whitney-U test has been used.

According to the monadic analyse results obtained in the researches, multi-dimensionally perceived social support scale grades of relatives of mood disorder patients, family support grades vary according to patients marital status, monthly income, if relatives of patients have mental ilness or not, friend support grades vary according to monthly income and to the state of belief that their patient will recover,

special person support grades vary according to age groups, marital status, levels of education and if there is another psychiatry patients in the patients of relatives family, total grades of social support statistically vary according to age groups, marital status and monthly income.

The subscale grades of 'Scale of styles on coping with stress 'of relatives of mood disorder patients optimistic approach grade vary according to family structure, submitting approach grade vary according to monthly income and patients diagnosis, desperate approach grade monthly income, social support research approach grade according to illness period, the state of relatives of patients being affected by the illness of their patients and according to the state of patients belief that he/she will recover, total scale of styles on coping with stress grade vary statistically according to monthly income.

According to multiple analyses multidimensional scale of perceived social support grades, family support affected by monthly income and marital status, friend support affected by monthly income, special person support affected by if he/she has another illness and total social support affected by sex and education level.

The subscale grades of scale of styles on coping with stress of relatives of mood disorder is affected by submitting approach grade patients diagnosis self confident approach grade is affected by patients sex. Meaningful response is not determined in other subscales of styles on coping with stress.

In order to increase the abilities to cope with stress and social support levels of mood disorder patients relatives, psychological training is required.

9. KAYNAKLAR

1) **Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜM, Özer ÖA, Kara H.** *COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği), Psikometrik Özelliklere İlişkin Bir Ön Çalışma,* "Anadolu Psikiyatri Dergisi" 2005; 6:221-226

2) **Akbaba S, Gözüm S.** *Bireyin Kendisiyle Olumlu Diyalog Kurma Öğretiminin Stresle Başa Çıkma Üzerine Etkisi* "S.Ü.Eğitim Fak,VII.Ulusal Eğitim Bilimleri Kongresi" 1998; Konya.

3) **Akbaş E** *Gebe Kadınlarda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyal Destek İle İlişkisinin İncelenmesi*, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006: Gaziantep

4) **Akman C.** *Postpartum Başlangıçlı Depresyonun Sosyodemografik Özellikler ve Kişilik Bozuklukları İle İlişkisi*, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı yayınlanmamış uzmanlık tezi 2006; Konya.

5) **Altay M.** *Okul Yöneticilerinin Mesleki Tükenmişlik Düzeyleri İle Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişki,* Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2007 Tokat.

6) **Altuntaş E.** Stres Yönetimi, Alfa Yayınları, Editör Gürtuna R Alfa/Aktüel Kitabevi Motif Matbaacılık 2003; 131- 179 İstanbul

7) **Amuk T, Varma G, Oğuzhanoğlu NK, Ateşçi F** *Şizofrenide Cinsiyet Ve Başlangıç Yaşının Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2004:5(2), 101-105

8) **Anlar L.** *Psikiyatri Hastalarının Taburculuk Sonrası Ruhsal Durumları, İşlev Görme Düzeyleri ve İlişkili Faktörlerin Belirlenmesi,* "CÜ. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi" 2002; Sivas.

9) **Arkonaç O** *Psikotik Bozukluklar ve Tedavil*eri, Antipsikotik İlaç Tedavisi ve Psikososyal Tedavi Yaklaşımının Etkileşimi, İstanbul Tayf Ofset, 1996; 331-350

10) **Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ ve Nolen Hoeksema S.** *Psikolojiye Giriş* (Çeviren: Yavuz Alagon) Arkadaş Yayınları 1996; Ankara

11) **Baltaş A, Baltaş Z.** Stres ve Başa Çıkma Yolları 16. Basım Remzi Kitabevi 1997;300 -304 İstanbul

12) **Barbee AP, Cunnıngham MR, Wınstead BA, Derlega VJ, Gulley MR, Yakeelov PA, Druen PB.** *Effects of Gender Role Expectations On The Social Support Process*, Journal of Social Issues, 1993; 49, 175 -190

13) **Başer Z.** Aileden Algılanan Sosyal Destek İle Kendini Kabul Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi 2006:Erzurum

14) **Berrettini W.** *Bipolar Disorder and Schizophrenia: Not So Distant Relatives?* **"**World Psychiatry" June; 2003; 2(2): 68–72.

15) **Bernhard B, Annette S, Petra K, Sandra D, Severus E, Seemüller F ve ark.** *Impact of Cognitive-Psychoeducational Interventions in Bipolar patients and Their Relatives*, "European Psychiatry" 2006; 21, 81-86

16) **Beyer JL, Kuchibhatla M, Looney C, Engstrom E, Cassidy F and Krishnan KR.** *Social Support in Elderly Patients With Bipolar Disorder*, "Bipolar Disorders" 2003; 5: 22–27

17) **Birol L.** *Stres Kuramı*, Hemşirelik Süreci 6. Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti, 2004;32-35 İzmir

18) **Bulut (Bozkurt) N.** *İlköğretim Öğretmenlerinde Stres Yaratan Yaşam Olayları ve Stresle Başa Çıkma* Kastamonu Eğitim Dergisi, 2005;13(2)

19) **Cassidy E, Hill S, Callaghan O.** *Efficacy of Psychoeducational İntervention in İmproving Relatives Knowledge About Schizoprenia And Reducing Rehospitalisation* Eur Psychiatry, 2001; 16, 446- 50 Ireland

20) **Chadda KR, Singh BT, Ganguly KK.** *Caregiver Burden and Coping A Prospective Study of Relationship Between Burden and Coping in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder "*Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol" 2007; 42:923–930

21) **Chakrabarti S, Gill S** *Coping and its Correlates Among Caregivers of Patients With Bipolar Disorder: A Preliminary Study*. "Bipolar Disord" 2002;4:50–60

22) **Çakır Y, Palabıyıkoğlu R.** *Gençlerde Sosyal Destek-Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması* "Kriz Dergisi" 2005; (5):1 15-24

23) **Çıkım G, Gürsu MF.** *Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda Lityum Verilmesinin Tiroid Fonksiyon Testleri, Kardiak Markerler Ve Eser Element Düzeylerine Etkileri* "İbni Sina Tıp Dergisi 2001; 6: 76-81

24) **Cuijpers P.** *The effects of Familiy İnterventions on Relatives Burden: A Meta-Analysis* "J Ment. Health" 1999;8:275-285

25) **Cüceloğlu D.** İnsan ve Davranışı 9. Basım Remzi Kitabevi 1993; 321-326

26) **Çoban S**. *Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yaşdıkları Sorunlar ve Bu Sorunlarla Baş Etme Durunlarının Belirlenmesi* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2004; Kayseri

27) **Dearing KS.** *Getting İt Together: How The Nurse Patient Relationship İnfluences Treatment Compliance For Patients With Schizophrenia*, Archieves Of Psychiatric Nursing 2004; (13,5), 155- 163

28) **Demirtaş AS.** *İlköğretim 8. sınıf Öğrencilerinde Algılanan Sosoyal Destek ve Yalnızlık Düzeyleri İle Stresle Başa Çıkma Düzeyleri arasındaki İlişki,* 2007: Yüksek Lisans Tezi, Gazi üniversitesi Eğt. Bil. Ents. Ankara.

29) **Dixon L.** *Providing Services To Families of Persons With Schizophrenia: Present and Future*, The Journal of Mental Health Policy And Economics 2, 1999; 3- 8

30) **Dore G, Romans SE.** *Impact of Bipolar Affective Disorder on Family and Partners* "Journal of Affective Disorders" 67 (2001) 147–158

31) **Dormann C, Zapf D.** *Social Support, Social Stressors at Work, and Depressive Symptoms: Testing For Main And Moderating Effects With Structural Equations in a Three-Wave Longitudinal Study.* Journal of Applied Psychology*, 84,* 1999; 874- 884

32) **Eker D, Arkar H.** *Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlilik ve Güvenirliği*, Türk Psikoloji Dergisi, 1995;(10,34), 45- 55.

33) Eker D, Arkar H, Yaldız H. *Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği* "Türk Psikiyatri Dergisi" 2001; 12(1):17-25

34) Elgie R ve Morselli PL. *Social Functioning in Bipolar Patients: The Perception and Perspectiveo of Patients, Relatives And Dvocacyorganizations – A Rewiev* "Bipolar Disorders" 2007; 9: 144–157 Copyright Blackwell Munksgaard

35) Esmek M. *Şizofren Hastaların Bakımından Sorumlu Yakınlarının Sosyal Destek ve Stresle Baş Etme Düzeylerini Belirlenmesi "*Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi" 2007:Konya

36) Gelder M, Gath D, Mayou R, Cowen P. *Mood Disorders* "Psychıatry" Oxford Unıversity Press, Thırd Edıtıon 1996; 197-245 Newyork

37) Goossens PJJ, Achterberg TV, Klein KVD. *Nursing Processes Used in The Treatmento of Patients With Bipolar Disorder* "International Journal Of Mental Health Nursing" 2007;16, 168–177

38) Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı* Cilt 1, Hekimler Yayın Birliği, 1998; Ankara.

39) Gülseren L. *Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler*, Türk Psikiyatri Dergisi 2002; (13, 2), 143- 151

40) Heru AM, Ryan CE. *Depressive Symptoms and Family Functioning in the Caregivers of Recently Hospitalized Patients with Chronic/ Recurrent Mood Disorders* "International Journal of Psychosocial Rehabilitation" 2002: 7;53-60.

41) Heru AM, Ryan CE. *Burden, Reward and Family Functioning of Caregives for Relatives with Mood Disorder:1-year Follow-up,* "Journal Affect Disorder 2004; 83:221-225

42) Heru AM, Ryan CE, Madrid H. *Psychoeducation For Caregivers of Patients with Chronic Mood Disorders* "Bulletin of The Menninger Clinic" 2005; Vol. 69, No. 4

43) Hillard BE. *Their Families and Friends*, Royal Colombian Hospital, *"*Manic-Depresif Ilnes An İnformation Book For Patients" New Westminster, B.C.1992; Winter

44) Hisli N. Stresle Başa Çıkma Olumlu Bir Yaklaşım, Türk Psikologlar Derneği Yayınları:2 Ankara, Özyurt Matbaası, 1994; 101- 106

45) Hummelvoll JK, Severinson E. *Nursing Staffs' Perceptions of Persons Suffering From Mania in Acute Psychiatric Care* "J Adv Nurs" 2002 May;38(4):416-424

46) Kahn DA, Ross R, Printz DJ, Sachs GS. *Treatment of Bipolar Disorder: A Guide For Patients and Families "*Medıcatıon Treatment of Bıpolar Dısorder" A Postgraduate Medıcıne Specıal Report 2000.

47) Karaaslan A, Ünal G. *Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi* 8. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmaları 28-31 Mayıs 2001; ss:226, Lefkoşa.

48) Karaca S. *Depresyonda Bilişsel Özellikler ve Depresyonla Başa Çıkma* Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi 1996; Konya.

49) Kara Özer S, Uluşahin A, Kabakçı E. *Bipolar Hastalarda Ataklar Arası Dönemde Tedavi ve Gidiş İlişkisi* Türk Psikiyatri Dergisi; 2001; 12(2) 111-12

50) Kelleci M, Doğan S. *Bedensel Hastalıkla Birlikte Depresyonu Olan Hastalara Hemşirelerin Yaklaşımlarının İncelenmesi,* Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2001; 2(3):161-168

51) Kırpınar İ. *Mood (Duygudurum) Bozukluklarının Epidemiyolojisi* **"**Psikiyatrik Epidemiyoloji" (Ed: Çelikol A, Konuk Ed:Doğan O) Ege Psikiyatri Yayınları, 2002; 35-40 İzmir

52) Kısa C, Aydemir Ç, Devrim Başterzi A, Tüzer V, Göka E. *Bipolar Tanısı Konan Hastaların Ebeveynlerinde Ruhsal Bozukluklar,* "Türk Psikiyatri Dergisi" 2004;15(3): 175-181

53) Köknel Ö. *Genel ve Klinik Psikiyatri*, Nobel Kitabevi, Tayf Ofset, 1989;İstanbul,

54) Köroğlu E. *Psikiyatrik Öykü Alma Kılavuzu ve Klinik Psikopatoloji* "Psikiyatri Temel Kitabı (Ed: Güleç C, Köroğlu E) Hekimler Yayın Birliği 1997; cilt:1, 23-62 Ankara

55) Kum N. Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı Vehbi Koç Vakfı Yayınları 1996; 13, 101- 113 İstanbul

56) Kumbasar H. *Affektif Bozukluklar*. Ruh Sağlığı ve Hastalığı Ders Kitabı, 1996; 183-202

57) Mete L, Gülseren L. *Duygudurum Bozukluklarında Psikoz* "Duygudurum Bozukluklarında Atipik Antipsikotik Kullanımı" (Ed: Vahip S) Okyanus yayın, 2001; 7-24 İstanbul

58) Miklowitz DJ, Simoneau TL, George EL, Richards JA, Kalbag A, Sachs-Ericsson N and Suddath R. *Family-Focused Treatment of Bipolar Disorder: 1-Year Effects of a Psychoeducational Program in Conjunction with Pharmacotherapy* "Society of Biological Psychiatry" 2000; 48: 582–592

59) Oflaz F. *Psikiyatri kliniğinde tedavi edici ortam kavramı ve hemşirenin sorumlulukları* "Anadolu Psikiyatri Dergisi" 2006; 7: 55-61

60) Özcan S, Abay E. *Bipolar Bozukluğun Genetiği* "Anadolu Psikiyatri Dergisi" 2004; 5:163-178

61) Özdemir H, Rezaki M. *Depresyon Saptanmasında Genel Sağlık Anketi* Türk Psikiyatri Dergisi; 2007; 18(1):13-21

62) Özgüven E. Ailede İletişim ve Yaşam Yayınları 2001; 1-7 Ankara

63) Özmen E, Ögel K, Boratav C, Sağduyu A, Aker T, Tamar D. *Depresyon ile İlgili Bilgi ve Tutumlar: İstanbul Örneği*, Türk Psikiyatri Dergisi 2003; (14,2), 89-100

64) Öztürk O. *Duygulanım Bozuklukları* "Ruh Sağlığı ve Bozuklukları" 291-342 8.Basım, 2001; Ankara.

65) Perlick DA, Robert A, Clarkin JF, Maciejewski PK, Sirey J, Struening E, Ling BG. İ*mpact of Family Burden and Affective Response on Clinical Outcome Among Patients with Bipolar Disorder*, Psychiatric Services 2004;55, 1029-1035

66) Perko JE, Kreigh HZ. *Mental Health- Mental İllness* "Appleton & Lange Norwalk, Connecticot" California, 1988; 23-26.

67) Rawlins. Clinical Manual of Psyhiatric Nursing, 1998; Toronto

68) Reinares M, **Vieta E**, **Colom F**, **Martinez-Aran A**, **Torrent C**, **Comes M**, **Goikolea JM**, **Benabarre A**, **Sanchez-Moreno J**. *Impact of a Psychoeducational Family İntervention on Caregiverso of Stabilized Bipolar Patients,* **"**Psychother Psychosom" 2004; Sep-Oct;73(5):312-9

69) Rose LE. *Caring For Caregives: Perceptions of Social Support,* "Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services 1997;35(2):17-24

70) Rössler W, Salize H.J, Os J, Riecher-Rössler A. *Size of Burden Schizophrenia and Psychotic Disorders*, European Neuropsychopharmacology 2005; 15:399-409

71) Russell DW, Cutrona CE. *Social Support, Stress, and Depressive Symptoms Among The Elderly: Test of a Process Model*. Psychology and Aging, 1997; 6: 190-201

72) Sadock BJ ve Kaplan VA. *Duygudurum Bozuklukları* "Klinik Psikiyatri" (çeviri edt. Hamdullah Aydın Yrd. Doç.Dr. Ali BOZKURT 2005;173-211 İkinci Baskı Newyork

73) Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D. *Şizofreni Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları,* Türk Psikiyatri Dergisi, 2003; (14, 3), 203-212

74) Sağduyu A, Ögel K, Özmen E, Boratov C. *Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Depresyon* Türk Psikiyatri Dergisi; 2000; 11(1):3-6

75) Saka MC, Özer S, Uluşahin A. *Bipolar Bozukluk ve Bir Yıllık İzlem Çalışması* Türk Psikiyatri Dergisi; 2001; 12(4):283-292

76) Savrun M . *Depresyon Tanımı ve Epidemiyolojisi* Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Editör: Elçi E. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fak. Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi 1999;Yayın No:17: (11-17)

77) Saylan N, Yurdakul B. "Öğretmenlerin Mesleki Stres Düzeyi ile Stresle Başa Çıkmada Uygulanan Bireysel ve Örgütsel Stratejiler." S.Ü.Eğit.Fak. VII.Ulus .Eğ.Bil.Kong.1998; Konya.

78) Scazufka M, Kuipers E. *Coping Stragies in Relativeso of People with Schizophrenia Before and After Psychiatrica Admission*, British Journal of Psiciatry 1999; 174. 154-158

79) Skärsäter I. *Parents with First Time Major Depression: Perceptions of Social Support For Themselves and Their Children,* "Scand J Caring Sci" 2006; Sep;20(3):308-14

80) Sorias O. *Sosyal Desteğin Değerlendirilmesi I:Kullanılan Ölçüm Araçlarının Gözden Geçirilmesi.* Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi 1988a; Yayınları 6, 16-22

81) Sorias O. *Sosyal Destek Kavramı,* Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 1988b; (27,1) 353-357

82) Sorias O. *Yaşam Stresine Karşı Koruyucu Olarak Sosyal Destekler*, Edebiyat Fakültesi Yayınları Seminer Psikoloji Dergisi (Özel Sayı) 1990; 805-811

83) Şahin HN, Durak A. *Stresle Başaçıkma Tarzları Ölçeği; Üniversite Öğrencileri İçin Uyarlanması*, Türk Psikoloji Dergisi 1995; (10, 34), 56-73

84) Şahin HN. *Stresle Başa Çıkma, Olumlu Bir Yaklaşım*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, 1998; 3. Basım 1-17 Ankara.

85) Tahran N. Adrenalin Stresi Mutluluğa Dönüştürmek, Timaş Yayınları Psikoloji Dizisi 3, 2002; İstanbul.

86) Takizawa T, Kondo T, Sakihara S, Ariizumi M, Watanabe N, Oyama H. *Stress Buffering Effects of Social Support on Depressive Symptoms in Middle Age: Reciprocity and Community Mental Health* **"**Psychiatry Clin Neurosci" 2006 Dec;60(6):652-61

87) Tamer ŞA. Stres Fizyolojisi Genel Fizyoloji, Editör Yiğit R. Nobel Tıp Kitabevleri, 2001; 29-51 İstanbul

88) Taner E, Yüksel N. *Affektif Bozukluklarının Genetiği,* Klinik Psikiyatri 1998;1:5-12

89) Tel H. *Şizofreni Hasta Ailelerinin Hastalık Semptomlarını Ele Alma ve Stresle Baş Etmelerine Psikoeğitimsel Yaklaşımın Etkisinin İncelenmesi*, Yayımlanmış Doktora Tezi, 1999; Ankara, Hacettepe Üniversitesi

90) Tuğrul C. *Alkoliklerin Çocuklarının Aile Ortamındaki Stres Kaynakları, Etkileri ve Stresle Başa Çıkma Yolları*, Türk Psikologlar Dergisi 1994; (9, 31) 57- 73

91) Tuğrul Daş C. *Stres ve Depresyon* "Psikiyatri dünyası" 2000;4:12-17

92) Turhan N, Özpoyraz N. *Bipolar Bozukluk Kesitsel Bir Değerlendirme* Çukurova Üniversitesi Psikiyatri Anabilimdalı Uzmanlık Tezi 2007 Ankara

93) Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özışık HI, Çakıl G, Kaya M. *Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması* "Türk Psikiyatri Dergisi" 2004; 15(4):291-299

94) Varcolarıs. *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing* 3. Edition, 1998; London.

95) Voort VD,Goossens PJJ, Bijl VD *Burden, Coping and Needs For Support of Caregivers For Patients with a Bipolar Disorder: A Systematic Review* "Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing" 2007;14: 679–687

96) Yalçın M. *Birinci Basamakta Depresyona Yaklaşım Sorunları* "Sted" 2004; cilt 13 sayı 2:46-49.

97) Yazıcı O. *İkiuçlu Duygudurum Bozuklukları ve Diğer Duygudurum Bozuklukları* "Psikiyatri Temel Kitabı" Edt: Güleç C, Köroğlu E. cilt 1 Hekimler Yayın Birliği, 1997; 429-449 Ankara.

98) Yiğitol Demirkıran F. *Depresif HastalarınİIaçlarına Uyumu ve Hemşirelik Bakımının Uyum Düzeyine Etkisi* Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Doktora Tezi, 1996; Ankara.

99) Yüksel N. *Duygudurum Bozuklukla*rı "Ruhsal Hastalıklar" 2002; 208-255 Ankara

100) Yüncü Z, Yıldız U, Kesebir S, Altıntoprak E, Coşkunol H. *Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Olguların Sosyal Destek Sistemlerinin Değerlendirilmesi* "Bağımlılık Dergisi" 2005; Cilt: 6, Sayı: 3: 129-135

10. EKLER

EK -A

ANKET FORMU

1.Adı-Soyadı:

2.Yaşı:

3.Cinsiyeti:

a) Kadın

b) Erkek

4.Medeni durumu

a) Bekar

b) Evli

c)Boşanmış

d) Dul

5. Aile yapısı:

a)Çekirdek

b)Geniş

6.Eğitim durumu:

a)Okur-yazar değil

b)Okur-yazar

c)İlkokul

d)Ortaokul

e)Lise

f)Üniversite

7.Mesleği:

a)Memur

b)İşçi

c)Emekli

d)Serbest

e)Ev Hanımı

f) İşsiz

9.Aylık gelir düzeyi:

10. Hastaya yakınlık durumu:

a) Eş

b) Çocuk

c) Anne

d) Baba

e) Kardeş

f) Diğer

11.Yakınınızın bu hastalığı sizi etkiledi mi?

a) Evet

b) Hayır

12.Yakınınızın bu hastalığı sizi nasıl etkiledi?

13.Hastalık süresi:

14.Ailenizde başka psikiyatrik hastalığı olan var mı?

a)Evet

b)Hayır

15.Yanıtınız evet ise bu bireye hastanın yakınlık derecesini yazınız.

16.Sizde bir ruhsal sorun var mı?

a) Evet

b)Hayır

17.Yanıtınız evet ise bu sorunun adı?

18. Sizce bu hastalık iyileşir mi?

a) Evet

Neden:

b) Hayır

Neden:

EK –B

ÇOKBOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümlenin altında cevaplarınızı işaretleyebilmeniz için ‘1’ den ‘7’ ye kadar rakamlar verilmiştir. Verilen cümlenin sizin için ne kadar doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümlenin altındaki rakamlardan yalnızca bir tanesini işaretleyiniz.

Lütfen sadece bir seçeneği işaretleyiniz.

1.İhtiyacım olduğunda yanımda özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

2.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

3.Ailem bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

4.İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden alırım.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

5.Beni gerçekten rahatlatan özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

6.Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

7.İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

8.Sorunlarımı ailemle konuşabilirim.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

9.Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

10. Yanımda duygularıma önem veren özel bir insan var.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

11. Kararlarımı vermemde ailem bana yardımcı olmaya isteklidir.
Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet

EK-C

STRESLE BAŞAÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

Aşağıda ifadeler <u>size ne kadar uygunsa onu</u> işaretleyiniz

BİR SIKINTI OLDUĞUNDA	Hiç	Az	Orta	Çok
Kimsenin bilmesini istemem.	( )	( )	( )	( )
İyimser olmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
Bir mucize olmasını beklerim.	( )	( )	( )	( )
Olayı/olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
Başa gelen çekilir diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
Sakin kafa ile düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
Kendimi kapana kısılmış gibi hissederim.	( )	( )	( )	( )
Olayların değerlendirilmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
İçimde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem.	( )	( )	( )	( )
Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücümü kendimde bulurum.	( )	( )	( )	( )
Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam.	( )	( )	( )	( )
Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )
İş olacağına varır diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım.	( )	( )	( )	( )
Problemin çözümü için adak adarım.	( )	( )	( )	( )
Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum.	( )	( )	( )	( )
Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım.	( )	( )	( )	( )
Olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım.	( )	( )	( )	( )

BİR SIKINTI OLDUĞUNDA	Hiç	Az	Orta	Çok
Her şeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım.	( )	( )	( )	( )
Problemleri adım adım çözmeye çalışırım.	( )	( )	( )	( )
Mücadeleden vazgeçerim.	( )	( )	( )	( )
Sorunun benden kaynakladığını düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
Hakkımı savunabileceğime inanırım.	( )	( )	( )	( )
Olaylar karşısında kaderim buymuş derim	( )	( )	( )	( )
“Keşke daha güçlü bir insan olsaydım” diye düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi, olgunlaştığımı hissederim.	( )	( )	( )	( )
“Hep benim yüzümden diye” düşünürüm.	( )	( )	( )	( )
Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.	( )	( )	( )	( )
Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.	( )	( )	( )	( )

11. ÖZGEÇMİŞ

1981 yılında Konya'da doğdu. Sağlık Meslek Lisesini Konya Seydişehir'de tamamladı. 1999 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünü kazandı. 2003 yılında Selçuk Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu'ndan mezun oldu. 2001 yılında adı şu an Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi olarak değişen Konya SSK Hastanesinde göreve başladı. Halen aynı hastanede görev yapmaktadır.

12. TEŞEKKÜR

Yüksek lisans öğrenimim sırasında yetişmemde büyük emek sarfeden, tez konumun seçimi ve yürütülmesinde değerli öneri ve katkılarını esirgemeyen danışman hocam Yrd.Dç.Dr. Havva Tel'e teşekkürü borç bilirim.

Çalışmamda yardımlarını esirgemeyen Selçuk Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Öğretim üyesi Prof. Dr. Said Bodur'a, eğitimim süresince desteklerini benden hiç esirgemeyen sevgili eşime, ablama ve aileme teşekkür ederim.