

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
(PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI)

**ŞİZOFRENİ VE KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ  
HASTALARINA EVDE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ VE  
BAKIM ROLÜ OLMAYAN BİREYLERDE SUÇLULUK VE  
UTANÇ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burcu CEYLAN

**Danışman**

Doç Dr. Ali Savaş ÇİLLİ

KONYA-2007

T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
(PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ BİLİM DALI)

SABE PROJE NO:

**ŞİZOFRENİ VE KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ  
HASTALARINA EVDE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ VE  
BAKIM ROLÜ OLMAYAN BİREYLERDE SUÇLULUK VE  
UTANÇ DÜZEYLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Burcu CEYLAN

Bu tez aşağıda isimleri yazılı tez jürisi tarafından ...../...../ 2007 günü sözlü olarak yapılan tez savunma sınavında oybirliği ile kabul edilmiştir.

(S.B.E. Yön.Kur. Karar tarih ve No: ..... )

**Tez Jürisi:** Jüri Başkanı ..... (İmza)

Danışman: Doç Dr. Ali Savaş ÇİLLİ (İmza)

Üye

Üye

KONYA-2007

## **KISALTMALAR**

**BROB:** Bakım Sorumluluğu Olmayan Bireyler

**HBAÜ:** Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyesi

**KBY:** Kronik Böbrek Yetmezliği

**İÇİNDEKİLER**

<b>1. GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. LİTERATÜR BİLGİ.....</b>	<b>3</b>
2.1. KRONİK HASTALIK.....	4
2.2. KRONİK MENTAL HASTALIK.....	4
2.2.1. Şizofreni.....	4
2.2.1.1. Epidemiyolojisi-yaygınlığı.....	4
2.2.1.2. Etiyoloji.....	5
2.2.1.3. Klinik belirtiler.....	6
2.2.1.4. Alt tipler.....	8
2.2.1.5. Tedavi.....	9
2.2.1.6. Şizofrenide aile.....	10
2.2.1.7. Stigma (damga).....	13
2.3. KRONİK FİZİKSEL HASTALIK.....	16
2.3.1. Kronik böbrek yetmezliği.....	16
2.3.1.1. Epidemiyolojisi-yaygınlığı.....	17
2.3.1.2. Etiyoloji.....	17
2.3.1.3. Klinik belirtiler.....	17
2.3.1.4. Tedavi.....	20
2.3.1.5. Kronik böbrek yetmezliğinde aile.....	20
<b>2.4. KRONİK HASTALIKLARDA HEMŞİRENİN ROLÜ.....</b>	<b>23</b>
2.4.1. Şizofreni tanısı alan hastalara bakım vermede hemşirenin rolü.....	23
2.4.2. Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastalara bakım vermede hemşirenin rolü.....	24
<b>3. MATERYAL VE METOD.....</b>	<b>27</b>

<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>31</b>
4.1. Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Sosyo-Demografik Bulguları.....	31
4.1.1. Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Bireysel Özellikleri.....	31
4.1.2. Ailesel özellikler.....	34
4.1.3. Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri.....	35
4.2. Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırması.....	38
4.3. Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Demografik Değişkenlerle İlişkisi .....	43
4.3.1. Suçluluk Düzeyi .....	43
4.3.2. Utanç Düzeyi .....	47
<b>5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....</b>	<b>53</b>
5.1. Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Sosyo-Demografik Bulguları.....	53
5.1.1. Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Bireysel Özellikleri.....	53
5.1.2. Ailesel Özellikler.....	56
5.1.3. Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri.....	57
5.2. Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırması .....	58
5.3. Suçluluk ve Utanç Düzeylerini Etkileyen Değişkenler.....	60

<b>6. ÖZET.....</b>	<b>63</b>
<b>7. SUMMARY.....</b>	<b>65</b>
<b>8. KAYNAKÇA.....</b>	<b>66</b>
<b>9. EKLER.....</b>	<b>76</b>
<b>10. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>84</b>
<b>11. TEŞEKKÜR.....</b>	<b>85</b>

**TABLO LİSTESİ**

Tablo 4.1 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Yaşlarına İlişkin Bilgiler

Tablo 4.2 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Bazı Demografik Özellikleri

Tablo 4.3 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Ailesel Özellikleri

Tablo 4.4 Şizofreni ve KBY Hastasına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Ailelerinin Aylık Gelir Düzeyleri (YTL)

Tablo 4.5 Şizofreni ve KBY Hastasına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri

Tablo 4.6 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşamında Meydana Gelen Duygusal ve Sosyal Bildirimlerin Karşılaştırılması

Tablo 4.7 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk Düzeyi

Tablo 4.8 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Utanç Düzeyi

Tablo 4.9 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeyi Arasındaki İlişki

Tablo 4.10 Bazı Demografik Özelliklerin Suçluluk Düzeyine Etkisi (Çoklu Regresyon analizi)

Tablo 4.11 Bazı Demografik Özelliklerin Utanç Düzeyine Etkisi (Çoklu Regresyon Analizi)

Tablo 4.12 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Yaş ve Suçluluk Düzeyinin İlişkisi

Tablo 4.13 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Bireysel Özelliklere Göre Suçluluk Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 4.14 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Aile Yapısına Göre Suçluluk Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 4.15 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastalık Özelliklerine Göre Suçluluk Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 4.16 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Durumuna Göre Suçluluk Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 4.17 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastanın Hastalık Süresine Göre Suçluluk Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 4.18 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Aylık Gelir ve Suçluluk Düzeyinin İlişkisi

Tablo 4.19 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Yaş ve Utanç Düzeyinin İlişkisi

Tablo 4.20 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Bireysel Özelliklerine Göre Utanç Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 4.21 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Ailesel Özelliklerine Göre Utanç Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 4.22 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Utanç Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 4.23 Şizofreni ve KBY Hastasına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Durumuna Göre Utanç Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 4.24 Şizofreni ve KBY Hastasına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastanın Hastalık Süresine Göre Utanç Düzeyinin Karşılaştırılması

Tablo 4.25 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Aylık Gelir ve Utanç Düzeyinin İlişkisi

## 1.GİRİŞ

Dünyada ve ülkemizde nüfus yapısının değişmesi, tıbbi teknolojik ilerlemeler, fiziksel ve mental kronik hastalık sayısında artışa neden olmaktadır. Hastalıklardan korunma ve tedavi alanında köklü değişiklikler ve hastaların tedavilerinin yataklı kurumlar dışında gerçekleştirilmesine doğru yönelim toplum ruh sağlığı hizmetlerinde evde bakımın önemini artırmaktadır. Artık birçok ülkede kronik hastalıklar için ayrılan yatak sayısı azalmakta ve depo hastaneleri kavramı ortadan kaldırılmaya çalışılmaktadır. Bunun için de birçok ülkede Klinikler, Gündüz Hastaneleri, Toplum Tedavi Merkezleri vb. gibi kuruluşlar yaygınlaştırılmaya çalışılmaktadır (Gürhan 1996).

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin önemli bir boyutunu evde bakım oluşturmaktadır. Evde bakım, hasta ve ailelerine buldukları ortamda sağlıkla ilgili hizmetleri vermeyi amaçlamaktadır. Evde bakımda hemşire bakımın temel düzenleyicisidir. Hemşire özellikle eğitim ve danışmanlık rollerini kullanarak bakımı etkin bir şekilde düzenleyerek yürütmektedir. Evde bakımın sürdürülmesi ev ziyaretleriyle desteklenmektedir. Ev ziyaretleri toplum ruh sağlığı hemşiresi tarafından yapılmaktadır. Ev ziyaretlerinde hemşire aile merkezli bir yaklaşımla hasta ve aileyi destekleyerek, cesaretlendirerek duruma uyumlarını artırmaktadır. Böylelikle hasta ve ailenin karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerine ve bakımın sürdürülmesine yardım etmektedir.

Kronik hastalık ister fiziksel ister ruhsal olsun birey ve çevresinin yaşamını sınırlamaktadır. Şizofreni ve kronik böbrek yetmezliğinin, bireyin üretken olduğu yaşlarda ortaya çıktığı, yaşam süresinin yaklaşık üçte ikisinden fazlasını bu hastalıkla yaşadığı, önemli ölçüde bireyde biyo-psiko-sosyal yeti kayıplarına neden oldukları görülmektedir. Hastalar uzun süreli hastalıkla yaşamlarını devam ettirmeye çalışırken karşılaştıkları zorluklar ve yüz yüze geldikleri psikolojik baskılar ile baş etmeye çalışmaktadırlar. Kronik hastalıkta özellikle kişisel hijyen, kişilerarası iletişim, beslenme, uyku, çalışma gibi günlük yaşam aktivitelerinin karşılanmasında bireyin bağımlılığı artmaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri (GYA)'ni sürdürmede başkalarının yardımına gereksinimi artmaktadır.

Şizofreni ve KBY tanısı alan hastaların bakımından birinci derecede aileleri sorumludur. Hastalık, hastayı olduğu kadar ailesini de çok ciddi boyutlarda etkiler. Aileye kronik hastalıklı bir bireyin katılması ile ailenin işleyişinde, aile üyelerinin rol ve sorumluluklarında önemli değişiklikler meydana gelmektedir (Gülseren 2002). Hasta ailesi karmaşık duygular içinde ve ne yapacağını bilemez durumdadır. Nasıl bir süreç

yaşayacaklarını bilmeyen ve hastalarındaki değişimi şaşkınlıkla izleyen aile üyeleri tedirginlik/gerginlik, suçluluk ve kimi zaman utanç duygusu yaşarlar. Hastalıkların bu özellikleri bireyi olduğu kadar ailesinin yaşam kalitesini de etkilemektedir.

Şizofreninin hasta ve ailesinin yaşam kalitesini nasıl ve hangi alanlarda etkilediğinin bilinmesi ile elde edilecek verilerden yararlanarak planlanacak bakımın şizofren hasta ve ailesinin yaşam kalitesini yükseltmede yardımcı olacağı düşünülmektedir. Bu nedenle tıbbi destekler; eski çevresine dönmüş olan hastanın, bu çevrenin koşullarından etkilenerek tedavi sonucu düzelen sağlığının yeniden bozulabileceğini dikkate alır. İşte bu noktada tıbbi sosyal hizmet becerilerini sağlayan hemşire, bireyin ve ailenin sağlığını etkileyen ve kronik hastalıktan etkilenen yaşam tarzına müdahale etmede önemli bir rol oynamaktadır.

## **2. LİTERATÜR BİLGİ**

### **2.1. KRONİK HASTALIK**

Günümüzde tıp ve teknolojiadaki hızlı gelişmelere paralel olarak beklenen yaşam süresinde artış olmuş, yaşam süresinin uzamasıyla birlikte kronik hastalık görülme sıklığı da artmıştır (Yurtsever 2000). Kronik hastalıklar yaşamın her döneminde ve her yaşta görülebilen, genellikle tam olarak iyileşmeyen, sürekli ve yavaş ilerleyen, çoğu kez kalıcı sakatlıklara veya fiziksel yetersizliklere neden olan sağlık sorunlarıdır. Bu hastalıkların ortaya çıkmasında genetik, psikososyal ve ekonomik etkenler rol oynamaktadır

Kronik hastalık ister fiziksel, çevresel ister ruhsal olsun birey ve çevresinin yaşamını sınırlamaktadır. Kronik hastalığı olan bireylerin günlük yaşam aktiviteleri (GYA)'ni sürdürmede başkalarının yardımına gereksinimi artmaktadır. Kronik ruhsal hastalıkta özellikle kişisel hijyen, kişilerarası iletişim, beslenme, uyku, çalışma gibi günlük yaşam aktivitelerinin karşılanmasında bireyin bağımlılığı artmaktadır (Fortinash ve Holoday 1995).

## **2.2. KRONİK MENTAL HASTALIK**

Kronik mental hastalık terimi; kalıcı olarak mental fonksiyonların bozulduğu akut dönemin ötesinde uzun döneme uzanan mental hastalığı ifade eder. Hemen hemen tüm mental hastalıklar farklı uzunluklarda süren remisyonlar ve alevlenmelerin olduğu kronik hastalıklardır (Fortinash ve Holoday 1995).

Kronik mental hastalığı olan kişilerde ciddi ve süregelen emosyonel bozuklukların bireyin bağımsız yaşama ve iş yapma yeteneğini bozduğu görülmektedir. Kronik mental hastalıklar bireyin kişisel hijyen ve bakım, kendini yönlendirme, kişilerarası ilişkiler, sosyal etkileşimler, öğrenme, eğlenme ve ekonomik olarak kendine yetme gibi birçok günlük aktivitelerini yerine getirme yeteneğini bozan hastalıkları içerir (Varcarolis 1998).

Kronik mental hastalıkta görülen belirtiler çok ağır ve başkalarının hayatını da etkileyen (sınırlayan) belirtilerdir. Kronik mental hastalığı olan bazı hastalar ani ve beklenmedik davranışlar gösterebilme potansiyeli taşıdıklarından sürekli ve yakın gözetim gerektirirler (Varcarolis 1998).

Erken yaşlarda başlayan ve işlevsellikte önemli düzeyde bozulmaya yol açan kronik mental hastalıklardan biri de şizofrenidir.

### **2.2.1. Şizofreni**

Şizofreni, gerçeği değerlendirme yetisi başta olmak üzere, düşünme, duygulanım ve algılama alanlarında önemli bozuklukların yaşandığı ruhsal bir sendromdur (Fortinash ve Holoday 1995).

#### **2.2.1.1. Epidemiyolojisi-yaygınlığı**

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre ortalama ruhsal bozukluk prevalansı % 2-4 olarak bulunmuştur. Türkiye'ye bakıldığında ise, toplumun % 2-10'unun tedavi gerektirecek düzeyde ruhsal bozukluğu olduğu saptanmıştır. Kadın ve erkekte aynı oranda görülmeyle birlikte hastalığın başlaması ve gidişinde farklılıklar gözlenmektedir. Hastalığın ortalama başlama yaşı 15-40 yaş arasında değişmekle birlikte hastaların %90'ı 15-25 yaş grubundadır. Erkeklerde başlama yaşı 15-25, kadınlarda 25-35 dolayındadır.

### 2.2.1.2. Etiyoloji

Son yirmi yılda yapılan araştırmalarda şizofreninin nedenleri hakkında önemli bulgular elde edilmiştir. Tüm hastalar için geçerli olan tek bir neden bulunmamakla beraber şizofrenin ortaya çıkmasında rol oynayan başlıca etkenleri üç başlık altında toplayabiliriz (Öztürk 1994, Fortinash ve Holoday 1995, Güleç ve Köroğlu 1998, Işık 1997, Varcarolis 1998).

- 1.Kalıtımsal nedenler
- 2.Beyindeki yapısal değişiklikler
- 3.Beyindeki kimyasal maddelerdeki değişiklikler

#### *Şizofrenide kalıtımın rolü*

Şizofrenisi olan her 10 kişiden birinin yakın akrabaları arasında bu hastalık görölmektedir. Şizofreni hastalarının ailelerinde bu hastalığın toplum ortalamasına göre daha sık görölmeye şizofrenide ailesel geçişin rolüne işaret etmektedir. Örneğin, anne ya da babasından biri şizofreni hastası olan çocukta hastalığın görölmeye olasılığı %12'dir. Kardeşlerden biri şizofreni hastası ise diğer kardeşlerde hastalık görölmeye olasılığı %8'dir. Toplumda her 100 kişiden birinde şizofreni görölmeye riski bulunduğu düşünülürse bu oranların yüksekliği hakkında bir fikir edinilebilir. Ailesel yatkınlığın nedeni anne babanın yetiştirme tarzı değildir. Hastalığın geni tam olarak bilinmemektedir. Bir başka deyişle, elde edilen veriler şizofreniden tek bir geni sorumlu tutmak yerine birden fazla genin rolü olduğuna işaret etmektedir.

#### *Beyindeki yapısal değişikliklerin rolü*

Tomografi gibi görüntüleme yöntemlerinde şizofreni hastalarının beyinlerinde normalde görölmeyen bazı değişiklikler olduğu saptanmaktadır. Örneğin beyinde normalde bulunan boşlukların hasta kişilerde daha geniş olduğu ve bazı beyin bölümlerinin normalden daha küçük olduğu görölmektedir. Özellikle, beynin plan yapmak, sorun çözmek gibi işlevlerini yüklenen ön bölümü ve önceki deneyimleri hatırlayarak o anki duruma uygun bir davranış geliştirmekte rol oynayan hipokampus bölümünün normalden küçük olduğu saptanmıştır. Bu bölgelerin işlevlerindeki aksama sonucunda hastaların günlük hayatta her an karşılaştığımız basit ya da karmaşık sorunları çözmekte zorlandığı görölmüştür.

Bu değişiklikler doğumdan önce ya da doğum sırasında etkili olan nedenlere bağlanmaktadır. Örneğin gebeliğin erken dönemlerinde virüs enfeksiyonları ya da doğum sırasındaki bazı sorunlar gibi.

#### *Beyindeki kimyasal maddelerdeki değişikliklerin rolü*

Beyinde milyarlarca sinir hücresi bulunur. Bu hücreler bir telefon şebekesi gibi birbiriyle bağlantılıdır. Her hücrenin ucundan salınan bazı kimyasal maddeler komşu hücreye ulaşarak hücreler arası haberleşmeyi sağlar. Haberleşmeyi sağlayan kimyasal maddelere nörotransmitter denir. Adrenalin, dopamin, serotonin gibi.

Şizofrenisi olan kişilerde dopaminin aracılık ettiği haberleşmede bir bozukluk olduğu bilinmektedir.

Dopamin hastaların beyinde bazı bölgelerde fazla miktarda bulunmaktadır. Dopamin aracılığıyla haberleşmedeki bozukluk; hezeyan ve halüsinasyonlar, dağınık davranış ve konuşma gibi hastalık bozukluklarından sorumlu tutulmaktadır (Öztürk 1994, Fortinash ve Holoday 1995, Işık 1997, Güleç ve Köroğlu 1998, Varcarolis 1998).

#### **2.2.1.3. Klinik belirtiler**

Şizofreninin klinik belirti ve bulgularında üç noktada birleşilmiştir. Başlangıçta şizofreniye özgü patolojik hiç bir bulgu ve belirti yoktur. Şizofrenide görülen her belirti ve bulgu diğer psikotik ve nörolojik bozukluklarda da görülebilir. İkincisi hastanın belirtileri zamanla değişir. Örneğin hastanın aralıklı halüsinasyonları olabilir. Sosyal durumda performans değişebilir veya şizofreni seyri sırasında önemli mizaç değişiklikleri gelip geçebilir. Üçüncüsü hastanın eğitim düzeyi, entellektüel beceresi, dini ve kültürel değerleri göz önünde bulundurmalıdır (Öztürk 1994, Fortinash ve Holoday 1995, Güleç ve Köroğlu 1998, Varcarolis 1998, Turkington ve ark 2005).

#### *Birincil Belirtiler (Bleuler'e göre 4 A Belirtisi)*

a.Fikir Akışında (Assosiasyonda) Bozukluk: Bleulere göre şizofreninin temel belirtilerinden biri çağrışımlardaki bozukluktur. Hastaların konuşmaları enkoher, garip, acaip, alışılmadık (bizar), mantıksal bağlantısı olmayan (illojik) ve karışık (kaotik) olabilir. Ayrıca çevresellik, ayrıntıcılık, neolojizm, ekolali, kelime salatası, mutizm, fikir uçuşmaları, klang çağrışım görülebilir.

b.Otizm (Autizm): Kişinin dış alemden çekilerek kendi iç alemine dönmesidir. Hastalar kendi iç âlemlerinde gündüz rüyaları, fantaziler hezeyan ve halüsinasyonlarıyla uğraş içindedirler.

c.Duygulanımda (Affektivitede ) küntlük, uygunsuzluk, anksiyete: Olaylara karşı veya heyecansal tepkilerde azalma veya tepkisizlik hali, apati küntlük veya endiferans olarak isimlendirilir. Gerçek duruma uymayan duygulanıma uygunsuz veya ahenksiz duygulanım adı verilir. Hezeyan ve halüsinasyonlar içindeki hastada panik atağa benzer ciddi anksiyete nöbetleri gözlenebilir.

d.Ambivalans: Duygu, düşünce, davranış ve arzulara ikilemlerin olması halidir.

### *İkincil Belirtiler*

a.Halüsinasyonlar (Varsanı): Objersiz algılamadır. İşitme, görme, tatma, koklama, dokunma alanlarında görülür. Şizofrenide en çok işitsel tip halüsinasyonlar görülür. Bunlarda hastanın kendisiyle kavga eden tartışan, yönlendiren sesler şeklindedir. Diğer tip halüsinasyonlar daha nadirdir.

b.Sanrı (hezeyanlar-delusion): Kişinin inandığı, gerçeğin yerini almış, gerçeğe değiştirilmesi mümkün olmayan fikirdir. Şizofrenide hezeyanlar özelliklerine göre garip-acayip alışılmadık (bizar), aynı zamanda da sistemsizdir. Bunların dışında persekütif, grandiyöz, somatik, mistik, etkilenme ve etkileme hezeyanları görülebilir.

c. İllüzyon (Yanılsama): Nadiren görülebilir. Objenin yanlış algılanmasıdır.

d. Suisid: Şizofrenide % 50 hastada suisid teşebbüsü görülebilir. Bunların %10–15'i ölümle sonuçlanabilir.

e. Homosid (Başkalarını öldürme): Hastalar zaman zaman perseküte olduğu veya kötülük geleceği düşüncesi içinde olduğu kişileri öldürebilirler. Çok sık görülmez.

f. Referans Fikirleri: Özellikle paranoid tip şizofreni hastalarında alınganlık ve kendisi hakkında konuşuluyor imaları sık görülür. Bu düşünce içinde çevreyi sorgulayıp tehdit bile edebilirler.

g. Depersonalizasyon: Kendine yabancılaşma, kendi bedenini yanlış algılama.

h. Negativizm: Karşıtlık, söylenenin tersini yapma.

ı. Ekolali: Söz yankılama

i.Ekopraksi: Karşısındaki kişi ne yaparsa aynısını yapma

j. Manyerizm: Tekrarlanan mimik ve jestler

k. Stereotipi: Belirli hareket ve konuşmaların ısrarlı tekrarı

#### **2.2.1.4. Alt tipler**

DSM IV' e göre şizofreni paranoid, desorganize, katatonik, ayırt edilmeyen ve residüel tip olarak beş alt gruba ayrılmıştır (Öztürk 1994, Fortinash ve Holoday 1995, Işık 1997, Güleç ve Köroğlu 1998, Varcarolis 1998).

##### *Paranoid Tip*

En sık görülen şizofreni alt tipidir. Şizofreninin paranoid tipinde hezeyan ve halüsinasyonlar belirgindir. Halüsinasyonlar daha çok işitseldir. Hezeyanlarla aşırı uğraş vardır. Desorganize veya katatonik tipleri düşündüren spesifik belirtiler görülmez. Klasik olarak perseküsyon ve grandiyöz hezeyanlar görülür. İlk epizotlar katatonik ve desorganize şizofrenlere göre daha ileri yaşlarda görülür.

İlk atak 20'li yaşların sonları veya 30'lu yaşlarda başlar. Paranoid hastaların ego güçleri diğer tiplere göre daha iyidir. Diğer tiplere oranla daha az regresyon ve deteriorasyon gösterirler. Paranoid şizofrenili hastalar tipik olarak gergin, şüpheli, temkinli, çekingem bazen hostile ve agresiftirler. Sosyal ortamlarda kendilerini saklayabilirler.

##### *Desorganize Tip (Hebefrenik Tip)*

Bu tipin temel özellikleri dağınık konuşma ve davranış, yetersiz ve künt duygulanımdır. Regresyon belirgindir. Başlangıç 25 yaştan öncedir.

Hasta ileri derecede hareketli ve amaçsızdır. Gerçekle bağlantısı ileri derecede zayıflamıştır. Dış görünüşleri oldukça kötü, davranışları ileri derecede gariptir. Nedensiz gülme patlamaları olabilir. Düşünce dağınık konuşma amaçsız ve tutarsızdır. Manyerizm, grimas, stereotipik konuşma ve davranışlar görülür. Hezeyan ve halüsinasyonlar fazla belirgin değildir. Zayıf premorbid kişilik özellikleri gösterirler. Sinsi başlangıçlı olup, anlamlı remisyonlar da görülmez.

### *Katatonik Tip*

Psikomotor bozukluk, stupor, negativizm, rijidite, katatonik eksitasyon, katatonik postür bu tipin temel özellikleridir.

Katatonik eksitasyon ve stupor arasında hızlı değişmeler görülür. Stereotipi, manyerizm, balmumu katılığı eşlik eden belirtilerdir. Mutizm yaygındır. Katatonik hastanın ne yapacağı kestirilemediğinden kendisine ve çevresine zarar vermesine engel olunmalıdır. Prognozu desorganize tipe göre daha iyidir.

### *Ayırt Edilmeyen Tip*

Kolayca şizofreni tanısı konulan, ancak diğer tiplere uymayan bir tablodur. Bazı akut ve eksite şizofrenik hastalarla kronik hastalar bu grupta değerlendirilebilir.

### *Residüel Tip*

Akut bir şizofreni epizodundan sonra kalıntı belirtilerle seyreden hezeyan, halüsinasyon, desorganize davranış bozukluğu gibi belirtiler olmayan tabloya residüel tip şizofreni denilmektedir.

## **2.2.1.5. Tedavi**

### *Şizofrenide Tedavi Amaçları:*

- Alevlenme dönemlerini önlemek
- Alevlenme dönemlerini erken fark edip ayaktan tedavi etmek
- Alevlenme dönemi yatıştıktan sonra hastalığa bağlı yeti yitimini en aza indirmek
- Hastanın sorunlarla başa çıkma kapasitesini artırmak

Şizofrenide ilaç tedavileri (Antipsikotikler=nöroleptikler, Antidepresanlar, Anksiyolitikler, Antikolinerjikler, Duygu durum düzenleyicileri) ve diğer tedavi yöntemleri (Elektro Konvulzif Tedavi=EKT, Bireysel Psikoterapiler, Grup terapileri) kullanılmaktadır (Öztürk 1994, Fortinash ve Holoday 1995, Işık 1997, Güleç ve Köroğlu 1998, Varcarolis 1998).

### 2.2.1.6. Şizofrenide aile

Şizofren bireyler diğer insanlardan farklı davrandıkları ve farklı görüldükleri için sıklıkla toplum tarafından dışlanmakta ve izole edilmektedir. Başarısızlık korkusuyla çekinik davranmakta, karar veremedikleri, zayıf yönlerine odaklandıkları için yalnızlık yaşamaktadırlar. Şizofren bireyin düşünme sürecindeki bozulma unutkanlık, dikkatsizlik motivasyon eksikliğine neden olmakta bireyin bulunduğu ortamda kabul görmesini engellemektedir. Bu durum, hastanın aile içinde tutulmasına ve aileye bağımlı olmasına neden olmaktadır (Gamble 1993, Fortinash 1996, Varcarolis 1998). Toplumumuzda şizofreni tanılı hastaların çoğunluğu ailesi ile birlikte yaşamaktadır. Yıldız (2005) hastaların %67'sinin hiç evlenmemiş olduğunu ve aileleriyle yaşadığını saptamıştır.

Şizofreni aileyi en çok etkileyen hastalıklardan birisidir. Sağlık personeli hasta ile daha çok hastalığın akut döneminde sınırlı süre birlikteyken aile tüm günlerini hasta ile geçirmekte, hastanın bakım sorumluluğunu gönüllü veya zorunlu olarak yürütmekte, bunu gerçekleştirirken de hastalık süreci, hastaya yaklaşım konularında bilgi, beceri, duygusal ve sosyal desteğe gereksinim duymaktadır. Aile, hastalıkla baş etmede olumlu katkıları sağlayabilecek en büyük doğal kaynak olarak görülmektedir (Tel ve Terakye 2000). Yapılan birçok çalışmada psikiyatrik hastalığı olan bir üyeye sahip ailelerde aile işlevlerinin bozuk olduğu ve aile işlevlerinin hastalığın klinik gidişini etkilediğini destekleyen bulgular elde edilmiştir (Stuifbergen 1987, Wuerker 2000, Gülseren 2002).

Mc Cubbin ve Figley (1983) mental hastalıkla baş etme sürecindeki stresörleri 2 kategoride toplamıştır. a) Normal Stresörler; aile üyelerinin büyüme ve gelişme süreci, yaşamda değişen aile fonksiyonlarını kapsar. b) Yıkıcı stresörler; Ailelerin ani ve ezici baş etmelerine neden olan durumlar. Ciddi mental hastalık aile için yıkıcı stresörlere örnektir. İtalya'da, 30 merkezde tedavi edilen şizofreni hastalarının 709 yakını üzerinde yapılan bir araştırma hasta yakınlarının hastalıkla baş etmede kendilerini yalnız hissettikleri ortaya koymuştur (Magliano ve ark 2001).

Hasta ailesi karmaşık duygular içinde ve ne yapacağını bilemez durumdadır. Nasıl bir süreç yaşayacaklarını bilmeyen ve hastalarındaki değişimi şaşkınlıkla izleyen aile üyeleri tedirginlik/gerginlik, suçluluk ve kimi zaman utanç duygusu yaşarlar. Kendi yaşamındaki derin sarsıntının etkisinde ve şaşkınlık içinde olan hasta ise ailenin bu duygusal atmosferi içinde daha kötü olabilir (Anderson ve Adams 1996).

Kronik mental hastalığı olan aileler kapalı ailelerdir. Kendilerini ifade etmekte güçlükleri vardır. Aile, ihtiyaçlarını karşılamakta güçlük çeker. Kronik mental hasta ailesi yas yaşar, bildikleri bir insanın hastalanması onları yasa boğar, umutlar yok olmuştur ve hastanın biten yaşamına üzülmürler (Gamble 1993, Yıldız 2005).

Aile bireyleri kendini suçlu hisseder, geçici bir öfke duyarlar. Hatta hastanın bazı hareketleri onları sürekli öfkeliendirebilir. Bu öfke ailenin diğer fertlerine de yansiyabilir ve ailenin ruh sağlığını bozabilir. Aile bu durumda aile içinde güçsüzlük de hissedebilir. Kronik hastalığın kendi başlarına da gelebileceğinden korkabilirler ve çaresiz hissedebilirler (Jungbauer ve Angermeyer 2002, Turkington ve ark 2005).

Aileler, hastadan utanabilir, komşuları tarafından dedikodu yapılabilir endişesi yaşayarak, hastayı ve hastalığı saklama davranışında bulunabilirler (Yıldız 2005). Diğer yandan, ruhsal bozukluğu olan bireylerin toplum içindeki konumları, kabul görmeleri ya da dışlanmaları da, başta yakınları olmak üzere toplumun hastalığa bakışı ile doğrudan ilişkilidir (Morrison ve ark. 1993). Aile ve akraba gruplarının hasta üzerinde aşırı duygusal baskıları olabilir. Örneğin bu hastaların saldırgan oldukları ve etraflarına zarar verebilecekleri yaygın olarak düşünülüyor ise olasılıkla toplumdan tecrit edilmiş bir yaşam süreçleridir. Dolayısıyla tedavi için gelinen adres doğru olsa bile, hastalığa bakış açısı ve tutumlar doğrudan tedaviye yanıtı ve hastalığın gidişini etkileyecektir. Bu durumun nüklere neden olduğu ve toplumsal baskının ruhsal yönden aile bireyleri üzerinde olumsuz etkilere neden olduğu araştırmalarda saptanmıştır. Sağduyu ve arkadaşlarının (2001) 98 şizofreni hasta yakınının şizofreniye yönelik tutumlarını incelediği araştırmalarında, hastalığın araştırılması ve ele alınması bakımından topluma göre hasta yakınlarının çok daha olumlu bir tutum sergilemesine karşın, hastalığın tehlikeli olduğu yönündeki önyargı ve inançların hasta yakınları üzerinde etkili olduğunu gösterilmiştir. Toplumdaki şizofreni damgalama eğilimi hasta ve hasta yakınlarını olumsuz etkilemekte, onların yaşam kalitesini bozmakta ve hastadaki yeti yitimini attırmaktadır (Üçok 1999, Hansson ve ark 2001, Akdede ve ark 2004). Yapılan araştırmalar, sosyodemografik etkenlerin şizofreniye karşı olan inanç ve tutumlar üzerinde etkisinin ise önemli düzeyde olmadığına, ancak eğitim düzeyi yükseldikçe tutumların daha olumsuz olduğuna ve sosyal mesafenin artabildiğine işaret etmektedir (Frunham ve Rees 1988, Bhugra 1989, Jorm ve ark 1997).

Ailenin utanç ve şaşkınlığı, ailenin kendini toplumdan soyutlamasına neden olur. Pek çok araştırmanın genel sonuçları da ruhsal hastalıkların tehlikeyle ilişkilendirildiği

yönündeki ön yargıların artmakta olduğuna ve etiketlemenin bu bireylerin yaşamlarını olumsuz etkilemeye devam ettiğine işaret etmiştir (Link ve ark. 1997, Markowitz 1998, Pescosolido ve ark. 1999, Crisp ve ark. 2000). Günlük yaşamı kısıtlanan, sosyal aktiviteleri azalan aile, öfkesini hastaya yöneltebilir. Öfkenin açıkça belirtilip belirtilmemesi bile bir ikilem konusu olabilir. Bazı aileler hastayı kırmamak için ya da zarar verecekleri endişesiyle öfkelerini bastırır ve kendilerine yöneltirler. Bazıları ise kızar bağırır, hatta müdahale eder veya suçlarlar. Bu duygusal ortam içinde, aile üyelerinde anksiyete ve depresyon gibi ruhsal sorunlar ortaya çıkabilir. Aile ve akraba gruplarının hasta üzerindeki yoğun duygusal baskıları ve hastanın kendi duygusal yetersizliklerinin, hastalığın tekrarlamasına neden olduğu; duygusal tepkilerin az yoğun ve daha tolere edilir olan ailelerde ise hastalığın tekrarında düşme ve prognozun iyi olmasında etken olduğu araştırmalarla saptanmıştır (Pollio ve ark 2001, Tüzer 2003, McDonell 2003).

Aileler, kendilerine kötü gözle bakıldığını düşünerek sıkıntı yaşarlar, korku, nefret ve toplumda gülünç olma durumu içinde olduklarını düşünürler. Aileler doğrudan hastanın kendisinden korkabilirler. Bu hastalığın, fiziksel ve zihinsel olarak kendilerini sürekli tehdit ettiğini düşünebilirler. Genelde yalnız kalmak istemezler. Hasta kişi ile birlikte sokağa çıkmak aile için başlı başına korku kaynağı olabilir (Buldukoğlu ve Tel 1992, Ebrinç ve ark 2001, Laidlaw ve ark 2002).

Sürekliliği olan hastane tedavileri, ilaç kullanma zorunluluğu, özellikle sağlık sigortası olmayan aileler için karşılanması güç bir maddi külfet olmaktadır. Tüm bunların yanı sıra hastaya verilen bakım hizmeti sırasında aile bireylerinin harcadıkları zihinsel ve fiziksel enerji ölçülemeyecek oranda ağırdır (Broker 1990, Buzlu ve Pektekin 1998, Corring ve ark 2002).

Ruhsal sorunu olan hasta ve ailelerin yaşadığı güçlükler; öz-bakım, sosyal faaliyetlere katılım, boş zamanlarını değerlendirme, ilaç kullanımı, hastalığın belirtilerini tanıma, bulgulara yönelik ailenin ne yapacağını ve nasıl davranacağını bilmemesi, kontrollere gitmeme, stresle baş etmede yetersizlik, duygularını uygun ifade edememe, sosyal destek (aile-kurum-iş-komşu vb.) eksikliği olarak belirlenmiştir (Gürhan 1991, Gürhan 1996, Soygür ve ark 1998, Danacı 2005, Gümüş 2006). Psikososyal yaklaşımların ve özellikle aile psikoeğitiminin somatik tedaviye eklenmesiyle tedavinin etkinliğinin arttığı, toplumsal uyum ve tedavi işbirliğinin arttığı, relaps oranlarının düştüğü gösterilmiştir (Doğan ve ark 2002, Doğan ve ark 2002). İngiltere’de 79 şizofreni yakını üzerinde yapılan bir araştırmada ilaç tedavisine uyum üzerinde, duygu dışı vurumu ve

psikoz belirtilerinin etkili olduğu, ancak hastalık hakkındaki bilgi düzeyinin önemli bir etkisinin görülmediği belirlenmiştir (Sellwood ve ark 2003). Çin’de kırsal bölgede 326 şizofren hasta yakını üzerinde yapılan bir araştırmada da, ruhsal eğitim gruplarına alınan ailelerin hastalıkla ilgili bilgi ve tutumlarının olumlu yönde geliştiği, yalnız ilaç tedavisi verilen hastalara ek olarak eğitim programına alınan ailelerin şizofrenili yakınlarının tedaviye uyumlarının artarak relaps oranlarının yarı yarıya düştüğü gösterilmiştir (Ran ve ark 2003).

Kronik mental hastalıklar aile içinde evlilik ilişkilerini etkileyen önemli bir yaşam krizidir. Eşlerden birinin hastalanması ailenin dengesini bozar ve hastalık sürecinde hasta eşin aile içindeki rollerini genellikle sağlıklı olan eş yüklenir. Bakım verme sorumluluğu taşıyan eşlerin iyiliği ve sorunlarla duruma uygun bir şekilde baş edebilmesi, hastalığın seyri açısından önem taşımaktadır. Araştırma bulguları eşlerin, sosyal ilişkilerde azalma, kendine zaman ayıramama, dinlenememe ve maddi gelirden azalma yanında, hastanın bakım ihtiyaçlarıyla kuşatılmış olduğunu göstermektedir (Cook ve ark 1992, Yılmaz 1998, Hall ve Docherty 2002).

#### **2.2.1.7. Stigma (damga)**

Bir kişi ya da toplum kendisini ürküten, rahatsız eden bir şeyle karşılaştığında sıklıkla onu kendinden dışlayıp yabancılaşma yoluna gider. Bu süreç bazı hastalıkların üzerindeki damgaya da katkıda bulunur. Kanseri, lepra, tüberküloz, sifiliz, epilepsi, AIDS, psikiyatrik hastalıklar üzerinde ürkütücü bir damga bulunan hastalıklardan ilk akla gelenleridir (Üçok 2003).

Etiketlendirme (stigma); bir birey ya da grubun saygınlığını tehlikeye düşüren ve onlara utanç duygusu yaşatan bir durum; bir şeyin normal ya da standart kabul edilmediğini belirten bir im ya da leke olarak tanımlanmaktadır (Corrigan ve ark 2001).

Damgalanmanın en fazla etkilediği gruplardan biri psikiyatri hastalarıdır. Ruh hastalıkları korkulacak bir durum gibi algılandığı için hastalar dışlanabilmekte ve hastalık konusundaki bilgi eksikliği bu tutumları daha da olumsuz kılmaktadır (Özyiğit ve ark 2004, Yıldız 2005). Şizofren bireylerin dış görünümündeki bazı özellikler bu kişilerin hasta olarak tanınmalarını ve damgayı kolaylaştırmaktadır (Üçok 2003). Toplumun damgalaması hastayı ciddi bir stres altına sokmaktadır. Bu kişilerin tedaviye uyum göstermelerinde sorunlara yol açtığı gibi onların sosyal ilişkilerinde de ciddi sorunlarla yüzleşmesine neden olabilmektedir (Lai ve ark 2000, Corrigan ve ark 2001, Link 2004).

Toplumdaki var olan damgalama eğilimi şizofreni hastalığının yeterince tanınmaması ve şizofreniyle ilgili önyargılarla yakından ilişkilidir. Birçok çalışma da toplumda şizofreni ile ilgili yanlış bilgilerin ve önyargıların olduğunu göstermiştir (Eker 1991, Sağduyu ve ark 2001, Sağduyu ve ark 2003). Önyargı ve onun getirdiği damgalanma ayrımcılığa yol açar. Ayrımcılık toplumdaki kişi ya da grupların diğerlerini damga ve önyargı nedeniyle bazı hak ve menfaatlerden yoksun bırakmasıdır. Şizofreniye bağlı ayrımcılık kendini çok değişik şekillerde gösterir. İşe alma konusunda gösterilen isteksizlik, sağlık hizmetlerinden yararlanmama ve sigortalanma gibi durumlarda eşitsizliğe uğrama, yasalar karşısında zor durumda kalma, ruhsal hastalığı olan kişilerin sosyal ortamlara dahil olma konusunda engellerle karşılaşması gibi (Üçok 1999, Cramer ve ark 2000, Sayar 2000).

Şizofreni hastalarının bakımının hastaneden çok toplumda yürütülmesiyle ailelerin önemi daha da artmıştır. Bir hastanın yaşamındaki en değişmez öğelerden biri ailedir. Taburcu olanların çoğu ailelerinin yanına döner. Şizofreninin üzerindeki olumsuz damga sadece hasta kişiyi lekelemekle kalmaz onunla ilişkili her şeyi ve herkesi etkiler. Ailelerin üzerindeki damganın daha büyük ve ağır olduğu açıktır. Bir yandan çocuklarının, kardeşlerinin hastalığından kendilerini sorumlu tutmakta suçluluk duymaktadırlar. Bir yandan sanki yüz kızartıcı bir suç işlemiş gibi, çevrenin gözünde “bir şizofrenin çocuğu, annesi ya da babası” olmanın getirdiklerine göğüs germektedirler (Üçok 2003). Aileler, kendilerine kötü gözle bakıldığını düşünerek sıkıntı yaşarlar, korku, nefret ve toplumda gülünç olma durumu içinde olduklarını düşünürler. Toplumdaki şizofreni damgalama eğilimi hasta ve hasta yakınlarını olumsuz etkilemekte, onların yaşam kalitesini bozmakta ve hastadaki yeti yitimini attırmaktadır (Üçok 1999, Gray 2002, Alptekin ve Akdede 2004, Akdede ve ark 2004).

Şizofreni hastalarına yönelik önyargı sağlık personeli arasında da yaygındır. Hekimler muayene ya da tedavi ettikleri kişinin şizofreni hastası olmasının mesleki uygulamalarını etkilemeyeceğini bildirmekle birlikte; komşuluk, sosyal ilişkiler gibi alanlarda ve hastayı potansiyel tehlike gibi görme konusunda ciddi sorunlar yaşamaktadırlar. (Üçok 2001). Yine ülkemizde yapılan çeşitli çalışmalarda sağlık çalışanlarının şizofreniyi ruhsal bir zayıflık hali olarak gördüğü, şizofreninin tam olarak düzelmediğine inandığı, şizofrenlerin toplum içinde yaşaması ve sosyal ilişkileri ile ilgili olumsuz tavır sergiledikleri bulunmuştur (Aker ve ark 2002, Yanık ve ark 2003, Özyiğit ve ark 2004, Özmen ve ark 2004). Yanık ve ark'nın belirttiğine göre Jorm ve arkadaşlarının

(1999) alışmasında tıp profesyonellerinin şizofreniye karşı tutumlarının toplumdan daha kötü olduğu bulunmuştur (Yanık ve ark 2003). Yapılan alışmalar ışında sağlık personeline verilecek eğitim onların hastalığı daha iyi tanımalarına, tedavi için kendilerine düşen sorumlulukları daha iyi benimsemelerine ve hastalıklara uygun yaklaşımla hasta ve ailesini desteklemelerine yardımcı olacaktır.

## **2.3. KRONİK FİZİKSEL HASTALIK**

Kronik fiziksel hastalıklar; hastanın fonksiyonlarını yerine getirmede, kapasitesini tehdit eden, gözlenebilen, hissedilebilen değişikliklere neden olan uzun süreli, kendiliğinden geçmeyen ve genellikle tam tedavi edilemeyen hastalıklardır (Fadıloğlu 2002).

Kronik fiziksel hastalığı bulunan kişilerde bulunmayanlara göre daha çok ruhsal hastalığa rastlandığı bilinmektedir. Kronik fiziksel hastalıkların değişik boyutlarda yeti yitimine yol açması, hastalığın kronikleşmesi nedeniyle sürekli tedavi altında olma zorunluluğu, ruhsal sorunları da beraberinde getirmektedir.

Onkoloji hastaları, kronik akciğer hastaları, kronik konjestif kalp yetmezliği, koroner arter hastalıkları, kronik lenfositik lösemi, kronik myelositik lösemi, kronik karaciğer yetmezliği, kronik böbrek yetmezliği, diabetes mellitus, artritler, epilepsi gibi hastalıklar kronik fiziksel hastalıklardır.

### **2.3.1. Kronik böbrek yetmezliği**

Nefron sayısı ve nefron fonksiyonlarının çeşitli nedenlerle geri dönüşümsüz olarak kaybı neticesi ortaya çıkan tabloya kronik böbrek yetmezliği denir. Glomerül filtrasyon hızının (GFR) azalması sonucu, böbreğin sıvı-tuz dengesini ayarlama ve metabolik-endokrin fonksiyonlarda kronik ve ilerleyici bozulma mevcuttur. Bunun yanı sıra kardiyovasküler sistem, gastrointestinal sistem, nörolojik, immunolojik, hematolojik ve endokrin sisteme ait çeşitli patolojiler oluşur (Thompson ve ark 1997).

KBY ilerleyici karakterdedir. İşlev kaybının oranına göre klinik ve laboratuvar bulgular ortaya çıkar. İlk döneminde basit olarak kreatinin klirensi ile belirlenebilen GFR düşüklüğü dışında kronik böbrek yetmezliğinin belirgin klinik ve laboratuvar bulgusu yoktur. İkinci döneminde ise GFR düşüklüğünün yanı sıra BUN-kreatinin yüksekliği, anemi, polidipsi-noktüri de klinik ve laboratuvar bulguları buna eklenir. Üçüncü dönemde ikinci dönemde gözlenen değişiklikler daha da belirgin hale gelir. Bunlara ek olarak kalsiyum düşüklüğü, fosfat yüksekliği, asidoz ve ürik asid yüksekliği eklenmiştir. Dördüncü dönem üremi dönemi olup bu dönemde yukarıdaki bulguların yanı sıra sistemlere ait bozukluklar klinik tabloya eklenmiştir. Hastalar renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (Biol ve ark 1997, Black ve Nicol 1997).

### **2.3.1.1. Epidemiyolojisi-yaygınlığı**

KBY görölme sıklığı ölkemizde kesin olarak bilinmemektedir. Türk Nefroloji Derneğinin bu konuda yaptığı çalışmada elde edilen verilerin en sağlıklı veriler olduğu kabul edilmektedir. Ölkemizde kronik böbrek yetmezliğinin yaygınlığı milyon nüfus başına 390 olarak belirlenmiştir. Türk Nefroloji Derneği kayıtlarına göre 2003 yılı sonu itibariyle Türkiye’de 25000’in üzerinde hasta diyaliz tedavisi ile yaşamını sürdürmektedir.

### **2.3.1.2. Etiyoloji**

KBY etiyojisinde çok çeşitli faktörler rol oynar. Nefroloji Derneğinin 2003 yılı verilerine göre ölkemizdeki olguların % 22.8’i diabetik nefropati, % 16.7’si hipertansif nefroskleroz, % 15.9’ü kronik glomerüler hastalık, % 9.2’si üroloji hastalıklar (taş, vb), % 5.9’ü kronik intertisyel nefrit, % 4.2’si renal amiloidozdur. % 18.2 kronik böbrek yetmezliği olgusunun ise etiyojisi bilinmemektedir (Nadir ve ark 2002).

### **2.3.1.3. Klinik belirtiler**

Hastaların klinik belirti ve bulguları böbrek yetmezliğinin derecesi ve gelişme hızı ile yakından ilişkilidir. Kronik böbrek yetmezliğinden etkilenmeyen organ veya sistem yok kabul edilebilir. Glomerüler filtrasyon değeri 35–50 ml/dakikanın altına inmedikçe hastalar belirtisiz olabilir. Hastaların ilk belirtileri genellikle noktüri ve anemiye bağlı halsizliktir. Glomerüler filtrasyon değeri 20–25 ml/dakika olunca hastada üremik belirtiler ortaya çıkmaya başlar. Glomerüler filtrasyon değeri 5–10 ml/dakikaya inince son dönem böbrek yetmezliğinden bahsedilir ve hastalar diyaliz, renal transplantasyon gibi renal replasman tedavilerine ihtiyaç duyarlar (Bırol ve ark 1997, Black ve ark 1997, Thompson ve ark 1997).

Sıvı-Elektrolit Bozuklukları: Hipovolemi, hipervolemi, hipernatremi, hiponatremi, hipokalsemi, hiperpotasemi, hipopotasemi, hiperfosfatemi, metabolik asidoz, hipermagnezemi.

Sinir Sistemi: Stupor, koma, konuşma bozuklukları, uyku bozuklukları, demans, konvülsiyon, polinöropati, başağrısı, sersemlik, irritabilite, kramp, konsantrasyon bozuklukları, yorgunluk, meningism, huzursuz bacak (restless leg) sendromu, tik, tremor, myoklonus, ter fonksiyonlarında bozulma, ruhsal bozukluklar.

Gastrointestinal Sistem: Hıçkırık, parotit, gastrit, iştahsızlık, stomatit, pankreatit, ülser, bulantı, kusma, gastrointestinal kanama, kronik hepatit, motilite bozuklukları, özafajit, intestinal obstrüksiyon, perforasyon, asit.

Hematoloji-İmmünoloji: Normokrom normositer anemi, eritrosit fragilitesinde artış, kanama, lenfopeni, infeksiyonlara yatkınlık, immün hastalıkların yatışması, kanser, mikrositik anemi (alüminyuma bağlı), aşıyla sağlanan immünitede azalma, tüberkulin gibi tanısal testlerde bozulma.

Kardiyovasküler Sistem: Perikardit, ödem, hipertansiyon, kardiyomyopati, hızlanmış atheroskleroz, aritmi, kapak hastalığı.

Pulmoner Sistem: Plevral sıvı, üremik akciğer, pulmoner ödem.

Cilt: Kaşıntı, gecikmiş yara iyileşmesi, solukluk, tırnak atrofisi, hiperpigmentasyon, üremik döküntü, ülserasyon, nekroz.

Metabolik-Endokrin Sistem: Glukoz intoleransı, hiperlipidemi, hiperparatiroidi, büyüme geriliği, hipogonadizm, impotans, libido azalması, hiperürisemi, malnütrisyon, hiperprolaktinemi.

Kemik ve Eklem: Üremik kemik hastalığı, hiperparatiroidi, amiloidoz, D vitamini metabolizması bozuklukları, artrit.

Diğer: Susuzluk, kilo kaybı, hipotermi, üremik ağız kokusu, miyopati, yumuşak doku kalsifikasyonu, akkiz renal kistik hastalık, karpal tünel sendromu, noktüri.

#### Ruhsal Sorunlar

Diyaliz hastalarında normal hayat düzeni önemli ölçüde bozulmuştur. Bu hastalar kendilerini sıkıntılı bir diyaliz işlemine, tıbbi bakıma ve tıbbi personele bağımlı bulurlar ve sıvı-diyet kısıtlaması, ilaç alımı, sık hastalanma, cinsel fonksiyon bozukluğu, iş kaybı gibi streslere maruz kalırlar. Bir hastanın hastalığına reaksiyonu onun premorbid kişiliği, aile ve arkadaş desteği ve altta yatan hastalığın seyrine bağlıdır. Yapılan çalışmalar diyaliz tedavisine başlanılan ilk yılda herhangi bir nedenle psikiyatrik desteğe %70 oranında ihtiyaç duyulduğunu, zaman ilerledikçe muhtemelen bir çeşit adaptasyon sağlandığı için bu oranın % 30'lara düştüğünü göstermektedir. Bu hastalarda sık karşılaşılan psikiyatrik sorunlar anksiyete, depresyon, tıbbi tedaviye uyumsuzluk, cinsel fonksiyon bozukluğu ve rehabilitasyondaki zorluklardır (Erdem ve ark 2004, Küçük 2005).

### *Anksiyete*

Kronik hastalıkların birçoğunda olduğu gibi, diyaliz hastalarında da kaygı en yaygın yakınmadır. Makineye bağımlılık, otonominin sınırlanması, fiziksel durum ile aile düzenlerindeki bozulmalar bu kaygıyı artırır. Hastalığın yaşantının tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemesi, gelecek belirsizliği, cinsel işlevlerin bozulacağı korkusu, ekonomik yetersizlik bu kaygıyı daha da artırır (Sağduyu ve ark 2006). Arkonaç ve arkadaşları tarafından 60 kronik böbrek hastası üzerinde yapılan bir çalışmada anksiyete bozukluklarının oranı %25 olarak bildirilmiş ve habis bir hastalığı olanlardan oluşan kontrol grubuna göre anksiyete oranlarının anlamlı olarak fazla olduğu bulunmuştur (Özçürümez ve ark 2003).

### *Depresyon*

Diyaliz hastalarında en sık karşılaşılan ruhsal sorundur. Belirtileri sürekli depresif mizaç, benlik-değeri düşüklüğü ve ümitsizlik hisleridir. Fiziksel şikâyetler de eşlik edebilir. Bunlar uyku bozukluğu, iştah ve kilo değişikliği, ağız kuruluğu, kabızlık ve cinsel istek ve performansta azalmadır. Yaklaşık her 500 diyaliz hastasından biri intihar eder. Başarısız intihar girişimleri daha sık olup bu risk daima akılda tutulmalıdır. Çok sayıda diyaliz hastasının ölümü intihar eğilimi ile ilgili olarak tedaviye uyumsuzluğa bağlıdır (Özçürümez ve ark 2003, Özgür ve ark 2003).

### *Tedaviye Uyumsuz Davranış*

Bütün kronik hastalarda olduğu gibi diyaliz hastalarında da öfke sık görülür ve hastanın ailesine veya diyaliz personeline yönelik olabilir (Sağduyu ve ark 2001).

### *Cinsel Fonksiyon Bozukluğu*

Her iki cinsiyetten diyaliz hastalarının da cinsel sorunları vardır. Erkeklerde empotans %70 oranında ulaşabilir. Kadınlar da buna yakın oranda orgazm inhibisyonu tanımlamaktadırlar. Cinsel ilişki sıklığı azalmıştır. Ayrıca vaginal kuruluğa bağlı ağrılı cinsel temas (dyspareunia) vardır (Cimilli 1997, Sağduyu ve ark 2001).

#### **2.3.1.4. Tedavi**

KBY’de son dönem böbrek yetmezliği olan hastalara hemodiyaliz tedavisi, periton diyalizi veya renal transplantasyon yapılması gerekir (Thompson ve ark 1997).

KBY sürecindeki bir hastaya klinik yaklaşım aşağıdaki unsurları kapsamalıdır:

1. Böbreklerin fonksiyonel rezervini doğru bir şekilde saptamak
2. Fonksiyonel kapasiteyi düşüren reversible (geri dönüşebilir) faktörlerin düzeltilmesi
3. İlerlemenin durdurulması veya yavaşlatılması
4. Üremik komplikasyonların önlenmesi ve tedavisiyle yaşam süre ve kalitesinin artırılması
5. Altta yatan hastalığın tedavisi

#### **2.3.1.5. Kronik böbrek yetmezliğinde aile**

Düzenli diyaliz tedavisi gören hastalar hastalığın belirtileri ile uğraşmak, belirli bir diyeti sürdürmek, beden imgesindeki değişikliklere uyum sağlamak, kişisel, toplumsal ve mesleki amaçlarını yeniden gözden geçirmek durumunda olduklarından, hemodiyaliz bireylerin sosyal, ekonomik, psikolojik, özetle yaşamın tüm alanlarını ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Acaray ve Pınar’ın (2004) 350 hemodiyaliz gören hasta üzerinde yaptığı ve hastaların yaşam kalitesini değerlendirdiği araştırmasında olguların yaşam kalitesini oldukça düşük algıladığını ve hastalık değişkenlerinin yaşam kalitesinin hemen hemen tüm alanlarını etkilediğini tespit etmiştir.

KBY’nin diyaliz ya da transplantasyon ile tedavisine pek çok organik, ruhsal ve sosyal sorun eşlik etmektedir. Hastalar kısıtlayıcı bir yaşam stiline uyum sağlamak zorunda kalmalarının yanı sıra bağımlılık ve ölüm konularıyla yüzleşmektedirler. Haftada üç gün ortalama 4-6 saat süren diyaliz uygulamaları ile yaşam diyaliz makinesine, sağlık ekibine ve aileye bağımlı hale gelmektedir. Diyaliz merkezinin bulunduğu kenti terk edememek, hastada özerklik kaybına neden olur. Hasta bireyin işgücü kaybı yanı sıra tedavi masrafları, diyaliz merkezlerinin bulunduğu büyük kentlerde yaşama zorunluluğu ek yük getirmektedir. Diyaliz başlı başına bir mesai oluşturduğundan hasta bireyden çalışması beklenemez. Hasta erkekse bazen karısı çalışmaya başlamakta, hasta kadınsa koca diyaliz nedeniyle işini aksatmaktadır. Bu da ekonomik kayıpları artırmaktadır (Özçürümez ve ark 2003).

Yapılan çalışmalarda; kronik böbrek yetmezliği hastalarının en büyük destek kaynağının aileleri olduğu tespit edilmiştir (Wiks ve ark 1998, Saltürk 2006). Aile üyesinin ciddi bir hastalığı olması nedeniyle duydukları kaygı hasta yakınlarında ruhsal sorunların oluşmasına neden olmaktadır (Keçecioğlu ve ark 1995).

Diyaliz ünitelerinde diyaliz tedavisi uygulanan hastanın eşi, çocuğu, annesi veya babasının tüm işini bırakarak hastayı beklemesi ve yaşam düzeninin hastaya göre ayarlaması sık karşılaşılan sorunlardır. Ayrıca kronik böbrek hastalığının tedavisinin maliyeti, tüm dünyada ve ülkemizde oldukça yüksektir. Hastaların yaklaşık 2/3'ü KBY tanısı almadan önceki işini kaybetmektedir.

KBY'de uygulanan hemodiyaliz, hastalığın ilerlemesini durdurup bulguların kontrol altına alınmasını sağlar. Bu nedenle hemodiyaliz uygulanmaya başlandıktan sonra hasta ve ailenin anksiyete ve ölüm korkusu azalabilir. Fakat yine de diğer kronik hastalıklarda olduğu gibi KBY'de de aile yaşamı duygusal, davranışsal, sosyal, bilişsel ve maddi yönlerden etkilenir (Aydemir ve ark 2002).

Hastaların yaşam kalitesi için kesin önemli olan unsur ailedir (Yıldırım 2004, Saltürk 2006).

Diyaliz başlangıç döneminde aile bireylerinin hasta ile aşırı ilgili oldukları, sonra ilgilerini kaybettikleri, dost ve akrabaların arayıp sormadıkları gözlenmektedir. Diyaliz hastalarının eşleri üzerinde yapılan çalışmalar, eşlerin hastaya psikolojik yakınlık gereksinimi yanı sıra agresyon içinde olduklarını göstermiştir (Cimilli 1997).

KBY olan hastalar genellikle sağlıklarıyla ilgilenen duyarlı kişilerdir ve aileleri diğer ailelere göre mutsuz ailelerdir, yaşam bağları daha zayıf ve yaşamdan daha uzak kişilerdir (Sağduyu ve Erten 1998).

Diyaliz tedavisi görüp, bir işte çalışan ve çalışmayan hastalar arasında yapılan araştırmada; çalışan diyaliz hastaları, çalışmayan gruba göre daha fazla ölüm korkusundan bahseden kişilerdir. Bu ölüm korkusunun asıl nedeni, hayata karşı duyulan bağlılık duygularıdır ve bu hastalar ailelerine düşkün olduklarından dolayı, kendi ölümlerinden sonra ailelerin akıbeti konusunda endişeye kapılmaktadırlar. Hastalarda depresyon ve anksiyete görülmekte olup bu durum hastanın ailesini de etkilemektedir (Özçürümez ve ark 2003, Erdem ve ark 2004, Küçük 2005, Saltürk 2006).

Aile içindeki etkin rolün kaybedilmesi, eşlik görevinin yerine getirilemez oluşu, çocuklardan ve aileden uzaklaşma, yalnızlığın getirdiği korku gibi durumlar hemodiyaliz

hastası için başlıca stresördür. Ailelerin stresle baş etmede kullandıkları olumlu stratejiler; ağlama, duygularını aile üyeleri ve benzer durumdaki ailelerle paylaşma, olayların olumlu tarafını görme, dua etme, kendi kendine telkin etmedir. Ailelerin stresle baş etmede kullandıkları olumsuz stratejiler; kendini ya da başkalarını suçlama, hastaya aşırı toleranslı davranarak regresyonlarını pekiştirme, ümitsizliğe kapılma, öfkelerini dışa yansıtmadır (Yılmaz 1998).

## 2.4. KRONİK HASTALIKLARDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Çağdaş sağlık sistemi içinde hemşireliğin amacı; sağlıklı/hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması ve en kısa zamanda bağımsız duruma gelmesini sağlamak için gerekli bilgi, istek ve performansa kavuşmasına yönelik etkinlikleri kapsar. Sağlık hizmeti veren bir meslek olarak hemşirelik; bütün sağlık kuruluşları ve toplumda her yaştaki bireylerin sağlık düzeyinin yükseltilmesi, iyileştirilmesi, hastalıkların önlenmesi ve psikolojik-fiziksel problemleri olan bireylerin bakım gereksinimlerini kapsar (Biol ve ark 1997, Fadıloğlu 2002).

Kronik hastalıklarda hemşirelik bakımının amaçları şunları içerir;

- Ailenin kronik hastalığa psikososyal yönden uyumuna yardım etmek,
- Kronik hastalığa bağlı olarak gelişen ağrıyı etkili şekilde kontrol etmek/ele almak,
- Hastaya ve ailesine kendine bakımı öğretmek,
- Hastanın evde bakımını sağlamak,
- Kronik hastalığı olan bireyin rehabilitasyonunu sağlamak (Fadıloğlu 2003).

### 2.4.1. Şizofreni tanısı alan hastalara bakım vermede hemşirenin rolü

Hastalara kesintisiz olarak 24 saat bakım veren tek sağlık elemanı hemşiredir. Psikiyatri hemşiresi kronik ruh sağlığı sorunu olan hasta ve aile bireyleri arasındaki iletişimi artırmayı temel hedef olarak ele almalı; umut içinde olmalıdır. Ailelere bilgi ve deneyim imkânı sağlanarak, onlarla işbirliğine gidilerek, korku, endişe en az düzeye indirilebilir. Böylece hem hastalıkla baş etmede hem de ilerlemeden önlem almada başarılı olunabilir. Aileler hem kendi duygularını hem de hastanın durumunu ve sınırlılıklarını anladıkları zaman, daha iyi bir duruma gelirler. Bir profesyonel kişi tarafından ailenin eğitilmesi gerekir. Aile ve profesyoneller arasında işbirliği gerekir. Aile ve bireyi suçlamak, yargılamak hemşire/aile dayanışmasını başarısızlığa uğratar. Hemşirenin asıl yapması gereken aileyi ruhsal hastaya karşı güçlü duruma getirmektir (Worley 1997, Saunders 1999).

Tüm diğer ruhsal hastalıklarda olduğu gibi şizofrenide de gerek iyileştirici gerekse koruyucu ruh sağlığı açısından hastanın yakın çevresi ve ailesi içindeki kişilerle ilişki ve etkileşiminin de tanınıp düzeltilmesinin tedavide başarının başlıca koşullarından biri olduğu kabul edilmektedir. Hastanın işlevselliğindeki bozulma ile birlikte, aile işlevlerinin

de bozulduğu ve aile işlevlerindeki bozulmanın hastalığın klinik gidişini etkilediğini destekleyen çalışmalar vardır (Stuart 1987, Özaltın 1999).

Ailelerin içinde bulunduğu stresli koşullar, tedaviyi etkiler. Aile bireylerinin en kolay işbirliği yapabileceği kimseler hemşirelerdir. Hemşireler, ailelerin ihtiyaç duyduğu konularda, onlara yardım etmek açısından, eksik bilgilerin tamamlanması, yetenekleri geliştirmeyi öğretme, aileye duygusal destek vermek, özellikle kriz anlarında ailelerin yanında olmak gibi önemli rollere sahiptirler. Aile içi ilişkileri kuvvetlendirip, problem çözme, umutları artırma, hasta ve aile üyelerini anlama gibi olumlu davranış örüntülerine sahip olmalıdırlar (Norbeck ve ark 1991, Özcan ve Bilgin 1998, Özcan 1996, Öner 1999).

Kronik hastalıkların tedavi edilmesi temel olarak hastanın bir dizi kendi kendine güven faktörünün gelişmesine bağlıdır. Bu konuda topluma da büyük görev düşmektedir. İnsanların sağlık hakkında daha bilgili olmaları, doğru zaman ve yerde sağlık hizmetlerinden faydalanmaları ve kendilerine genel bir özen göstermeleri, kendi sağlıklarının sorumluluklarını taşımaları büyük bir faktördür (Kutlu ve Pektekin 1998, Pektaş ve ark 2006).

Psikiyatri hemşireleri, aldığı psikiyatri eğitimini kullanarak hastayı günlük ve daha uzun süreli bakım periyotlarına ayırır ve çalışmalarına diğer profesyonelleri de katarak, yaratıcı yönlerini ortaya koyabilirler. Hemşireler; her bir hastayı kendi kişiliği içinde, bütüncül olarak ele almalı, hastaya uygulanacak tedavi planına mutlaka aileyi katmalıdırlar.

#### **2.4.2. Kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hastalara bakım vermede hemşirenin rolü**

KBY sonucu hemodiyalize bağlı olan hastaların var olan veya gelişebilecek sorunlarını çözümlenecek, hastaların hastalıkları ile yaşama uyum sağlamasında hemşirelik bakımının ve eğitiminin önemi kabul edilir bir gerçektir. KBY'nin hastanın yaşamı üzerindeki etkilerini en aza indirgeyebilmek, mümkün olabilen en kaliteli yaşamı hastaya sağlayabilmek hastanın eğitimine verilen öneme bağlıdır. Sıvı alma, diyet, ağırlık artışı, düzenli ilaç kullanımı gibi konularda sürekli eğitim ve uyarılar yanında, seçilen tedavi yöntemine yönelik bilgilendirmeler hemşirelik yaklaşımı içinde yer almalıdır. Doğru bir hasta-hemşire iletişimi ile hastalara yararlı olunabilmesi mümkündür (Black ve Nicol 1997, Birol ve ark 1997, Thompson 1997).

Sağlık çalışanları, tıp ve teknolojiye giderek büyüyen bilgi ve gelişmelere yalnızca uyum sağlamakla yetinmeyip, bu gelişme içindeki rollerini de yeniden

değerlendirmeli, gelişmeleri yalnız takip eden değil, parçası olmayı başarabilmelidir. Hastanın beklenti ve gereksinimlerinin birinci seferde olması gerektiği gibi hatasız olarak karşılanması bunun içinde tüm sağlık çalışanlarının sürekli gayret ve gelişme içinde olması gereklidir (Black ve Nicol 1997).

Hemşire; tüm aile üyelerini kapsayan toplantılar düzenleyerek, aile üyelerinin duygu, düşünce ve beklentilerini paylaşmalarını sağlamalıdır. Kronik hastalığın kabullenilmesini ve uyum zorluklarını anlamalı, hasta ve ailesine stres ve değişimlerde yardımcı olmalıdır. Hemşire; hasta ve ailelerine hemodiyaliz tedavisinin ne olduğunu, nasıl uygulandığını, ne kadar süre devam edeceği, yaşam aktiviteleri, sosyal aktiviteler, diyet konularında eğitim vermelidir. Hemşire; hasta ve ailesinin desteklenmesinde, bilgilendirilmesinde, terapötik girişimlerde ve danışmanlıkta önemli rol oynamaktadır (Birol ve ark 1997, Black ve Nicol 1997).

Hemşire; hasta ve ailenin tutumları, inançları, davranışları ve başa çıkma stratejilerini tanımalı ve öğrenim gereksinimlerini saptayarak uygun bir eğitim planı yapmalı ve bunu uygulamalıdır. Hazırlanan eğitim programı hasta ve ailesinin duruma uyumunu sağladığı gibi, tedavinin başarısında da önem taşımaktadır. Eğitim hasta ve ailenin bağımsız olmalarını ve kendi bakımlarına aktif katılmalarını sağlamalıdır (Wiks ve ark 1997).

Kurumlar arası işbirliği ile hemodiyaliz hastalarının ziyaretçi hemşirelerle evde de izlenmesi, hastanın kendi ortamında değerlendirilerek sorunlarının çözümü, eğitim programlarının planlanması ve devamlılığının sağlanması ile mümkündür (Wiks ve ark 1997).

Hasta ve ailenin kendine bakım becerileri arttıkça tedavi planına uyumu artmakta, tıbbi hizmetlerin aşırı kullanımı ve hastalığın tekrarlama periyotları da azalmaktadır. Toplumsal uyum bakımından rehabilitasyon sürecinin ana amacı kronik hastalığı olan bireyleri toplumda bazı yönlerden ayrıcalıklı bir grup olarak görmek değildir. Amaç fiziksel yetersizliği olan çocukların ve yetişkinlerin var olan bedensel ve ruhsal yeteneklerini eğitip geliştirerek, onları çalışan, üreten, ürün veren ve toplumla barışık bireyler olarak kazanabilmektir. Bu nedenle en uygar ve akılcı yaklaşım onların eğitim ve rehabilitasyondan geçirilmeleridir. Psikososyal rehabilitasyonun amacı ise fiziksel yetersizliği olan bireyin topluma kaynaşmasını sağlamaktır (Wiks ve ark 1997).

Hemşire bireyin sosyal destek sistemlerinin belirlenmesi, harekete geçirilmesi, bu kaynakların birey yararına kullanılmasını sağlar. Böylece bireyin çevresinden, günlük olaylardan, iş ve sosyal yaşantısından kopmasını önler. Hemşire; yeniden güven verme, cesaret verme, anlama, farkına varma, yardım tekniklerini kullanarak hasta/birey ve aileye ihtiyaç duydukları duygusal desteği sağlar.

### 3. MATERYAL VE METOD

**Araştırmanın Tipi:** Bu araştırma, şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerin suçluluk ve utanç düzeyinin karşılaştırılması ve bazı demografik değişkenlerin suçluluk ve utanç düzeyinin üzerindeki etkisini amacı ile tanımlayıcı tipte planlandı ve uygulandı.

**Araştırmanın Yeri:** Araştırma, Karaman Devlet Hastanesi Diyaliz servisi ve Özel Lapen Psikiyatri ve Psikoterapi Merkezinde yapılmıştır. Karaman Devlet Hastanesi Diyaliz servisinin yatak kapasitesi 30, hasta sayısı 56'dır. Hastalar sabah ve öğleden sonra 4'er saatlik diyaliz tedavisi almaktadır. Özel Lapen Psikiyatri ve Psikoterapi Merkezine 37 şizofreni tanısı alan hasta ayaktan tedavilerine devam etmektedir.

**Araştırmanın Evreni:** Araştırmanın evrenini, Karaman il merkezindeki şizofreni hastalarına ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri oluşturmaktadır.

**Araştırmanın Örnekleme:** Karaman il merkezindeki bulunan tek özel kurumda düzenli olarak takip edilen şizofreni hastalarına evde bakım veren 32 aile üyesi, Karaman Devlet Hastanesinde diyalize giren KBY hastalarına evde bakım veren 56 aile üyesi ve hastalara evde bakım veren aile üyeleriyle yaş açısından homojen olan, şizofreni ve KBY hastalarına bakım veren aile üyeleriyle aynı çevrede yaşayan 60 bakım rolü olmayan birey kontrol grubu olarak alınarak araştırmanın örnekleme oluşturuldu. Şizofreni hasta aileleri belirlemek amacıyla Karaman İl Sağlık Müdürlüğüne başvuruldu. Ancak ailelerin mahremiyeti nedeniyle izin alınamadı. Bu nedenle Karaman ilindeki tek özel kuruma devamlı gelen şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyeleri örneklem grubu olarak belirlendi. Özel kurumda sağlık güvencesi olarak SSK, emekli sandığı ve bağ-kur sahiplerinden muayene ve kontroller için ek katkı payı alınmaması yeşil kart hariç güvencesi olan her sosyoekonomik düzeyden hastanın özel kurumu kullanmasına olanak sağlamaktaydı.

**Örneklem Çerçevesi:** Araştırmaya yalnızca sosyal güvencesi olan şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin alınması, KBY hastası olup hemodiyaliz tedavisi alan hastalara evde bakım veren aile üyelerinin alınması, hastaların düzenli hekim kontrolünde olması, hasta bireylerle bakım verenlerin aynı ev ortamında yaşaması ve çalışmanın sadece Karaman il merkezini kapsaması araştırmanın sınırlılıklarıdır.

**Araştırmanın Değişkenleri:** Bağımlı değişkenler; suçluluk ve utanç düzeyidir. Bağımsız değişkenler; yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, medeni durum, aile yapısı, ailedeki birey sayısı, aylık gelir düzeyi, bakım verenlerin hastaya yakınlık durumu, hastanın hastalık süresi, ailede kronik hastalık olup olmadığı, ailede madde kullanımının olup olmadığı, kullanılan maddedir.

**Araştırmanın Hipotezleri:**

1- Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde bakım rolü olmayan bireylerden suçluluk ve utanç düzeyi yüksektir.

2- Demografik özellikler şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde suçluluk ve utanç düzeyini etkilerler.

**Varsayımlar**

- 1- Çalışmaya katılan bireylerin doğru cevap verdikleri,
- 2- Suçluluk ve Utanç Ölçeğinin geçerlilik güvenilirliğinin yapıldığında suçluluk ve utanç düzeyini doğru olarak ölçtüğü varsayıldı.

**Veri Toplama Araçları:**

Demografik verileri toplamak amacıyla bakım rolü olmayan bireyler için 9, şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri için 17 soruluk soru formu ve suçluluk-utanç (SUTÖ) ölçeği kullanıldı.

1-Demografik Bilgi Formu: Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerine yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu, aile yapısı, ailedeki birey sayısı, aylık gelir düzeyi (YTL), hastaya yakınlık durumu, hasta bireyin hastalık süresi (yıl), ailede kronik hastalığın varlığı, ailede madde kullanımı, kullanılan madde, ailede kronik hastalığın varlığının ailenin yaşam şeklini nasıl etkilediği ve bakım rolü olmayan bireylere yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni durum, sosyal güvence durumu, aile yapısı, ailedeki birey sayısı, aylık gelir düzeyi (YTL) sorularından oluşan şizofreni ve KBY hastalarına bakım ve bakımın beraberinde getirdiği sorunların sorgulandığı ve bakım rolü olmayanlarla karşılaştırmak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilmiş bir formdur (Ek.1.).

2-Suçluluk Utanç Ölçeği (SUTÖ): Johnson ve Noel (1987) tarafından geliştirilen ölçek ilk olarak bir pilot çalışmada hangi durumlarda suçluluk hangi durumlarda utanç duyulduğuna ilişkin bilgileri değerlendirmek amacıyla 100 öğrenciye uygulanmış ve

sonuçta elde edilen verilerden kişilerin suçluluk ya da utanç duyguları yaşadıkları en sıklıkla belirtilen 36 durum alınmıştır. İkinci pilot çalışmada ölçek, bu biçimiyle 311 öğrenciye uygulanmış frekans sayımı sonrasında, suçluluk ya da utanç boyutunda oransal olarak daha fazla işaretlenmiş maddeler seçilerek, 24 maddelik ölçek geliştirilmiştir.. Bu maddelerin 12'si suçluluk, 12'si utanç alt ölçeğini oluşturmaktadır. Türkiye'de Nesrin H Şahin ve Nail Şahin (1992) tarafından 540 lise ve üniversite öğrencisinden oluşan bir örnekleme uygulanarak geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır. İç Tutarlılık; Cronbach Alfa değeri "suçluluk" alt ölçeği için .81, "utanç" alt ölçeği için .80 olarak bulunmuştur. Ölçeğin geçerlik çalışmasında Suçluluk ve Utanç ölçeklerinin birbiri ile korelasyonu .49'dur ( $p<0.001$ ). Suçluluk-utanç ölçeği, Beck Depresyon envanteri, sosyotropi ölçeği, otonomi ölçeği, boyuneğicilik ölçeği ve bu ölçeklerin alt ölçekleri ile korelasyon yapılmış ve ilişkisi yüksek derecede anlamlı bulunmuştur ( $p<0.001$ ). (Ek.2.).

**Ölçeğin Puanlaması ve Puanların Yorumlanması;** her madde "Hiç rahatsızlık duymazdım", "Biraz rahatsızlık duyardım", "Oldukça rahatsızlık duyardım", "Epey rahatsızlık duyardım", "Çok rahatsızlık duyardım" seçeneklerine göre işaretlenmektedir.

Seçenekler kişi için ne derece geçerli olduğuna ilişkin, 1-5 arasında, 5'li Likert biçiminde puanlanmaktadır. Ölçek, suçluluk ve utanç duyguları için ayrı ayrı puanlanmaktadır. 3, 6, 7, 11, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24. maddeler suçluluk; 1, 2, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 15, 18, 19, 20. maddeler ise utanç puanını vermektedir. Yüksek puanlar, daha çok suçluluk ya da daha çok utanç duygularına işaret eder (Savaşır ve Şahin 1997).

### **Veri Toplama Tekniği:**

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin belirlenmesi aşamasında ilgili kurumlardan ailelerinin isimleri ve iletişim bilgileri öğrenildi. Ailelerle temas kuruldu ve ilgili kuruma davet edilip yüz yüze görüşülerek veriler toplandı.

Görüşmede çalışmanın amacı anlatıldı ve çalışmaya katılmayı kabul edenlerden yazılı onam alındı (Ek.3.). Şizofreni hastalarına evde bakım veren 37 aileden 3'üne Karaman'dan taşınmaları nedeniyle ulaşılamadı. İki şizofren ailesi çalışmaya katılmayı reddetti. Elli altı KBY hastasına evde bakım veren üyelerinin tümü ve kontrol grubu olarak alınan 60 sağlıklı birey çalışmaya katılmayı kabul etti.

## **Verilerin Toplanması**

Araştırmacı, verilerin toplanması aşamasında Karamanda ikamet eden şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerini kontrolleri için geldikleri kuruma davet ederek, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerini hastaların diyaliz için geldiği kuruma davet ederek, sağlıklı bireyleri ise evlerinde randevu alarak ziyaret etti. Çalışmaya katılacak bireylere çalışmanın amacı açıklandı ve çalışmaya katılmak isteyenlere veri toplama araçları (Demografik Bilgi Formu, Suçluluk-Utanç Ölçeği) uygulandı. Bireyler ortalama 30 dakika da formları cevapladı.

**Veri Toplama Zamanı:** Veriler 1 Ağustos-1 Kasım tarihleri arasında toplanmıştır.

şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin verileri: 1 Ağustos-1 Kasım 2007

KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin verileri: 1 Ağustos-1 Eylül 2007

Bakım Rolü Olmayan Bireyler: 1 Ağustos-1 Kasım 2007

**Etik Boyut:** alışma için S.Ü. Meram Tıp Fakóltesi Etik Kurulundan etik kurul onayı alındı. Araştırma kapsamındaki aile üyelerine çalışma ile ilgili bilgi verilerek araştırmacı tarafından hazırlanan onay formu imzalatıldı ve izinleri alındı (Ek.3.).

**Verilerin Değerlendirilmesi:** Elde edilen veriler kodlanarak SPSS 10.0 paket programında bilgisayar ortamına aktarıldı. Veriler yüzde ve ortalama±standart sapma şeklinde özetlendi. İstatistiksel analizde Ki-kare, Mann Whitney-U, Kruskal Wallis, Mann Whitney-U, oklu Regresyon, Korelasyon, ANOVA ve ANOVA sonucu anlamlı çıkanlara Tukey HSD analizi yapıldı. Elde edilen değerlerden 0.05'ten küçük olan p değerleri önemli kabul edildi.

## **4. BULGULAR**

Şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarına evde bakım veren aile üyelerindeki suçluluk ve utanç düzeylerini bakım rolü olmayan bireylerle karşılaştırmayı ve bazı demografik değişkenlerin suçluluk ve utanç düzeyinin üzerindeki etkisini araştırmayı amaçlayan bu çalışmanın bulguları üç ana başlık altında incelendi.

### **4.1. Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Sosyo-demografik Özellikleri**

#### **4.1.1. Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Bireysel Özellikleri**

#### **4.1.2. Ailesel Özellikler**

#### **4.1.3. Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri**

### **4.2. Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırması**

### **4.3. Suçluluk ve Utanç Düzeylerini Etkileyen Değişkenler**

## **4.1. Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Sosyo-demografik Bulguları**

### **4.1.1. Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Bireysel Özellikleri**

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerin yaşlarına ilişkin bilgiler Tablo 4.1'de görülmektedir. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin yaşlarının ortalaması (39±12.4), KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin yaşlarının ortalaması (41.5±10.9) ve bakım rolü olmayan bireylerin yaşlarının ortalamasının (40.5±13.3) olduğu görüldü. Yaş açısından gruplar homojendi (F=47.661, p=0.648).

Tablo 4.1 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Yaşlarına İlişkin Bilgiler

Grup	n	Ortalama	S.sapma	F	p
BROB	60	40.5	13.3	47.661	0.648
Şizofreni HBAÜ	32	39	12.4		
KBY HBAÜ	56	41.5	10.9		
Toplam	148	40.5	12.2		

KBY: Kronik Böbrek Yetmezliği; HBAÜ: Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri; BROB: Bakım Rolü Olmayan Bireyler

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylere ilişkin demografik bilgiler Tablo 4.2’de görülmektedir. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 17’si (%53.1) erkek, KBY hastasına evde bakım veren aile üyelerinin 40’ı (%71.4) erkek ve bakım rolü olmayan bireylerin 38’inin (%63.3) erkek olduğu görüldü. Gruplar arasındaki cinsiyet dağılımı benzer idi ( $\chi^2=0.457$ ,  $p=0.449$ ).

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 9’u (%28.1) ilköğretim, 23’ü (%71.9) ilköğretim üstü, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 11’i (%19.6) okur-yazar değil, 39’u (%69.7) ilköğretim, 6’sı (%10.7) ilköğretim üstü ve bakım rolü olmayan bireylerin 17’sinin (%28.4) ilköğretim, 43’ünün (%71.7) ilköğretim üstü eğitime sahip olduğu görüldü. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin eğitimi diğer gruplardan daha yüksek idi ( $\chi^2=56.181$ ,  $p=0.000$ ) (Tablo 4.2).

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 19’unun (%59.4) çalıştığı, 13’ünün (%40.6) çalışmadığı, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 25’inin (%44.7) çalıştığı, 31’inin (%55.3) çalışmadığı ve bakım rolü olmayan bireylerin 33’ünün (%55.0) çalıştığı, 27’sinin (%45.0) çalışmadığı görüldü. Gruplar çalışma durumu açısından benzer idi ( $\chi^2=2.128$ ,  $p=0.345$ ) (Tablo 4.2).

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 21’inin (%65.6) bekar, 11’inin (%34.4) evli, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 17’sinin (%30.4) bekar, 39’unun (%69.6) evli ve bakım rolü olmayan bireylerin 40’ının (%66.7) bekar, 20’sinin (%33.3) evli olduğu görüldü. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyeleri daha çok bekâr, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ise daha çok evli idi ( $\chi^2=18.015$ ,  $p=0.000$ ) (Tablo 4.2).

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 15’inin (%46.9) SSK, 10’unun (%30.4) bağ-kur, 7’sinin (%16.1) emekli sandığı, KBY hastalarına evde bakım

veren aile üyelerinin 12'sinin (%21.4) SSK, 17'sinin (%30.4) bağ-kur, 9'unun (%20.1) emekli sandığı, 18'inin (%32.1) yeşil kart ve bakım rolü olmayan bireylerin 29'unun (%48.3) SSK, 16'sının (%26.7) bağ-kur, 15'inin (%25.0) emekli sandığına bağlı olduğu görüldü. Çalışmaya alınan bireylerin çoğunluğunun sosyal güvencesi vardı. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin SSK, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin daha çok yeşil kart sahibi olduğu bulundu ( $\chi^2=37.317$ ,  $p=0.000$ ) (Tablo 4.2).

Tablo 4.2 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Bazı Demografik Özellikleri

Bireysel Özellikler	BROB		Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ		Anlamlılık
	n	Yüzde	n	Yüzde	n	Yüzde	
<b>Cinsiyet</b>							
Kadın	22	36.7	15	46.9	16	28.6	$\chi^2=0.30$ , $p=0.223$
Erkek	38	63.3	17	53.1	40	71.4	
<b>Öğrenim Durumu</b>							
Okur-Yazar Değil	-	-	-	-	11	19.6	<sup>a</sup> $\chi^2=56.181$ , $p=0.000$
İlköğretim	17	28.4	9	28.1	39	69.7	
İlköğretim üstü	43	71.7	23	71.9 <sup>a</sup>	6	10.7	
<b>Çalışma Durumu</b>							
Çalışıyor	33	55.0	19	59.4	25	44.7	$\chi^2=2.128$ , $p=0.345$
Çalışmıyor	27	45.0	13	40.6	31	55.3	
<b>Medeni Durum</b>							
Bekar	40	66.7	21	65.6	17	30.4	<sup>b</sup> $\chi^2=18.015$ , $p=0.000$
Evli	20	33.3	11	34.4	39	69.6 <sup>b</sup>	
<b>Sosyal Güvence</b>							
SSK	29	48.3	15	46.9	12	21.4	<sup>c</sup> $\chi^2=37.317$ , $p=0.000$
Bağ kur	16	26.7	10	31.3	17	30.4	
Emekli Sandığı	15	25.0	7	21.9	9	16.1	
Yeşil Kart	-	-	-	-	18	32.1 <sup>c</sup>	

<sup>a,b,c</sup> : Farklılığın kaynaklandığı gruplar

#### 4.1.2 Ailesel Özellikler

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 23'ünün (%71.9) çekirdek aile, 9'unun (%28.1) geniş aile, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 43'ünün (%76.7) çekirdek aile, 13'ünün (%28.1) geniş aile ve bakım rolü olmayan bireylerin 43'ünün (%71.7) çekirdek aile, 17'sinin (%28.3) geniş aile yapısına sahip olduğu görüldü. Gruplar aile yapısı yönünden homojendi ( $\chi^2=0.457$  p=0.796) (Tablo 4.3).

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 11'ünün (%34.4) 2-3, 19'unun (%58.4) 4-5, 2'sinin (%6.3) 6 ve üstü, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 16'sının (%28.6) 2-3, 24'ünün (%42.8) 4-5, 16'sının (%28.6) 6 ve üstü, bakım rolü olmayan bireylerin 20'sinin (%23.3) 2-3, 36'sının (%53.4) 4-5, 4'ünün (%6.7) 6 ve üstü aile birey sayısına sahip olduğu görüldü. Ailelerdeki birey sayısı her üç grupta çoğunlukla aynı idi ( $\chi^2=1.605$ , p=0.808) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Ailesel Özellikleri

Ailesel Özellikler	BROB		Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ		Anlamlılık
	n	Yüzde	n	Yüzde	n	Yüzde	
<b>Aile Yapısı</b>							
Çekirdek	43	71.7	23	71.9	43	76.7	$\chi^2=0.457$ p=0.796
Geniş	17	28.3	9	28.1	13	23.2	
<b>Ailedeki Birey Sayısı</b>							
2-3	20	23.3	11	34.4	16	28.6	$\chi^2=1.605$ , p=0.808
4-5	36	53.4	19	58.4	24	42.8	
6 ve üstü	4	6.7	2	6.3	16	28.6	

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerin aylık gelirlerine ilişkin bilgiler Tablo 4.4’de görülmektedir. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin aylık gelirleri ortalama (956±454), KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin aylık gelirleri ortalama (707±418) ve bakım rolü olmayan bireylerin aylık gelirleri ortalamasının (898±370) olduğu görüldü. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin gelirleri diğer iki gruptan daha yüksek idi (KW=16.1, p=0.000)

Tablo 4.4 Şizofreni ve KBY Hastasına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Ailelerinin Aylık Gelir Düzeyleri (YTL)

Aylık Gelir	n	Ortalama	S.sapma	KW	P
BROB	60	898*	370	16.1	0.000
Şizofreni HBAÜ	32	956*	454		
KBY HBAÜ	56	707	418		
Toplam	148	838	418		

\* KBY HBAÜ’ne göre Şizofreni HBAÜ ve bakım rolü olmayan bireylerin aylık gelir düzeyi daha yüksektir (p<0.05)

#### 4.1.3. Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 24’ünün (%75.0) hastaların çocukları; KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 29’unun (%51.8) hastaların eşlerinin olduğu görüldü. Şizofreni hastalarına çoğunlukla çocuklarının, KBY hastalarına ise eşlerinin bakım verdiği görüldü ( $\chi^2=19.9$ , p=0.001) (Tablo 4.5).

Şizofreni hastalarında çoğunlukla 3 yıldan az ve 3-5 yıl (%50) hastalık öyküsü, KBY hastalarının ise 48 inde (%40.8) 5 yıldan fazla hastalık öyküsü olduğu bulundu. Her iki hastalık grubunda (şizofreni ve KBY) hastalık süresi anlamlı bulundu ( $\chi^2=56.393$ , p=0.000) Buna rağmen KBY hastalarının 56’sından 48 inin 5 yıldan fazla hastalık öyküsünün bulunması istatistiksel açıdan KBY grubunda önemli bir bulgu olarak değerlendirilmedi (Tablo 4.5).

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 1’inin (%9.1) ebeveynlerinde, 3’ünün (%27.3) kardeşlerinde, 1’inin (%9.1) kendilerinde, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 3’ünün (%14.3) ebeveynlerinde, 5’inin

(%23.8) kardeşlerinde, 1'inin (%51.8) eşlerinde, 12'sinin (%57.1) kendilerinde herhangi bir kronik hastalığın (şizofreni, KBY, hipertansiyon, diyabet vb.) olduğu görüldü. Gruplar herhangi bir kronik hastalığın varlığı açısından benzer idi ( $\chi^2=0.086$ ,  $p=0.769$ ) (Tablo 4.5).

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 2'sinin (%18.2) kardeşlerinin, 2'sinin (%18.2) çocuklarının, 7'sinin (%63.6) kendilerinin; KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin 1'inin (%4.8) kardeşlerinin, 2'sinin (%9.5) eşlerinin, 2'sinin (%9.5) çocuklarının, 16'sının (%76.2) kendilerinin sigara veya alkol kullandığı görüldü. Gruplar sigara ve alkol kullanımı yönünden benzer idi ( $\chi^2=0.086$ ,  $p=0.769$ ) (Tablo 4.5).

Tablo 4.5 Şizofreni ve KBY Hastasına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri

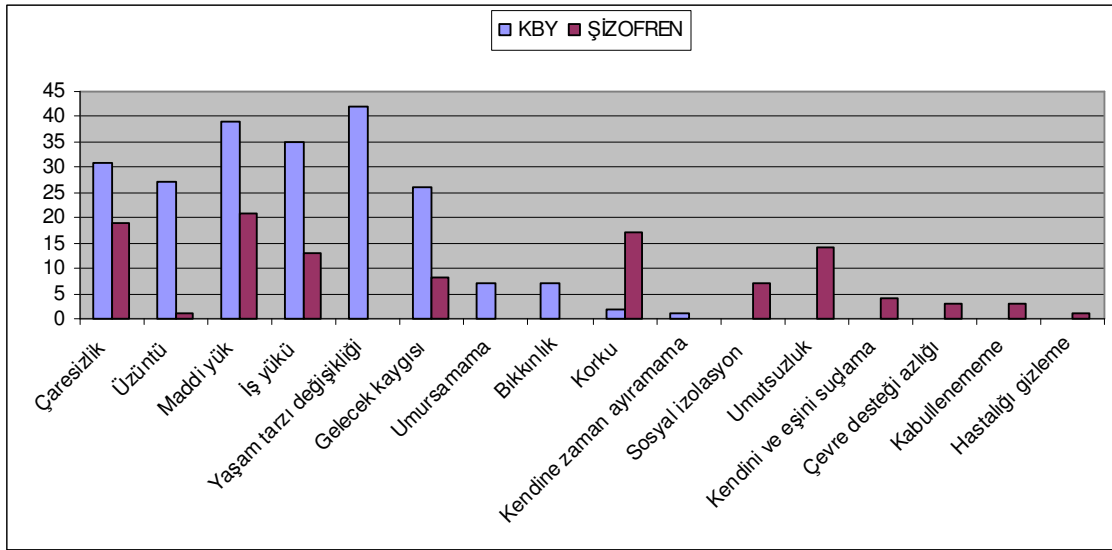
Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri	Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ		Anlamlılık
	n	Yüzde	n	Yüzde	
<b>Hastaya Yakınlık Durumu</b>					
Ebeveyn	-	-	6	10.8	<sup>a</sup> $\chi^2=19.9$ , $p=0.001$
Kardeş	3	9.4	5	8.9	
Eş	5	15.6	29	51.8	
Çocuk	24	75.0 <sup>a</sup>	16	28.6	
<b>Hastanın Hastalık Süresi</b>					
3 yıl altı	16	50	4	29.1	<sup>b</sup> $\chi^2=56.393$ , $p=0.000$
3-5 yıl	16	50	4	29.1	
5 yıl üstü	-	-	48	40.8 <sup>b</sup>	
<b>Kronik Hastalık *</b>					
Ebeveyn	1	9.1	3	14.3	$\chi^2=0.086$ , $p=0.769$
Kardeş	3	27.3	5	23.8	
Eş	1	9.1	1	4.8	
Kendisi	6	54.5	12	57.1	
<b>Madde Bağımlılığı</b>					
Kardeş	2	18.2	1	4.8	$\chi^2=0.086$ , $p=0.769$
Eş	-	-	2	9.5	
Çocuk	2	18.2	2	9.5	
Kendisi	7	63.6	16	76.2	
<b>Kullanılan Madde</b>					
Sigara	10	90.9	20	95.2	$\chi^2=0.231$ , $p=0.631$
Alkol	1	9.1	1	4.8	

\*Şizofreni, KBY, Hipertansiyon, Diyabet vb.

<sup>a,b</sup> : Farklılığın kaynaklandığı gruplar

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin yaşamında meydana gelen duygusal ve sosyal bildirimleri sorgulandı. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde maddi yük (%31), KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde yaşam tarzı değişikliği (%42) en çok yaşanan sorun olarak, şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde hastalığı gizleme ve üzüntü (%1), KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde kendini ve eşini suçlama (%1) en az yaşanan sorun olarak bildirildi (Şekil 4.1).

Şekil 4.1 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşamında Meydana Gelen Duygusal ve Sosyal Bildirimleri



Şizofrenide hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde duygusal bildirimler %60.4 iken, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde sosyal bildirimler %53.9 oranında görülmektedir. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde duygusal bildirimler daha fazla iken KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde sosyal bildirimler daha fazladır (Tablo 4.6).

Tablo 4.6 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşamında Meydana Gelen Duygusal ve Sosyal Bildirimlerin Karşılaştırılması

	Duygusal Bildirimler		Sosyal Bildirimler		Toplam	
	n	Yüzde	n	Yüzde	n	Yüzde
Şizofreni HBAÜ(n=32)	67	60.4	44	39.6	111	100
KBY HBAÜ (n=56)	100	46.1	117	53.9	217	100
Toplam	167	50.9	161	49.1	328	100

#### 4.2. Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırması

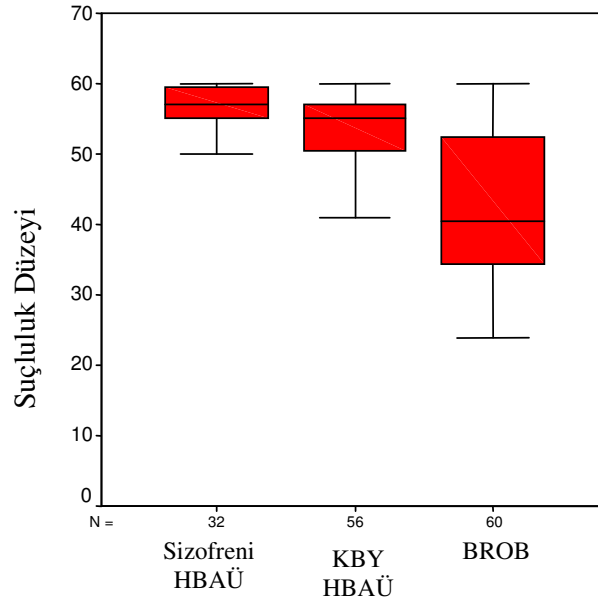
Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin suçluluk düzeyi ortalaması ( $56.9 \pm 2.64$ ), KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin ( $52.2 \pm 8.99$ ) ve bakım rolü olmayan bireylerin ( $42.0 \pm 10.70$ ) suçluluk düzeyi ortalamalarından belirgin olarak yüksek bulundu KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin suçluluk düzeyi ortalaması da bakım rolü olmayan bireylerden anlamlı derecede yüksek idi ( $KW=47.661$ ,  $p=0.009$ ) (Tablo 4.7).

Tablo 4.7 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk Düzeyi

Grup	n	Ortalama	S.sapma	KW	p
BROB	60	42.0	10.7	47.661	0.009
Şizofreni HBAÜ	32	56.9*	2.7		
KBY HBAÜ	56	52.2*	9.00		
Toplam	148	49.1	10.7		

\*Sağlıklılar göre Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde suçluluk düzeyi anlamlıdır ( $p<0.01$ ).

Şekil 4.2 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk Düzeyi



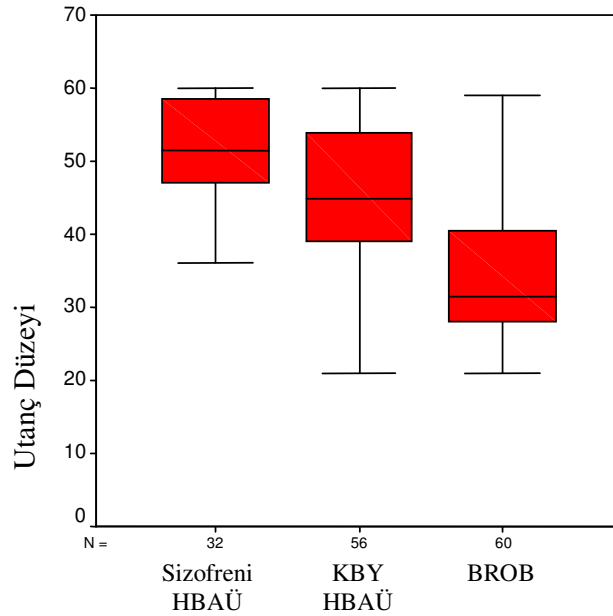
Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin utanç düzeyi ortalaması ( $51.4 \pm 6.79$ ), KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin ( $44.3 \pm 11.13$ ) ve bakım rolü olmayan bireylerin ( $34.9 \pm 0.10$ ) utanç düzeyi ortalamasından belirgin düzeyde yüksek bulundu. KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin utanç düzeyi ortalaması, bakım rolü olmayan bireylerden yüksek idi ( $KW = 45.966$ ,  $p < 0.001$ ) (Tablo 4.8, Şekil.4.3).

Tablo 4.8 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Utanç Düzeyi

Grup	n	Ortalama	S.sapma	KW	p
BROB	60	34.9	10.1	45.96	0.001
Şizofreni HBAÜ	32	51.4*	6.7		
KBY HBAÜ	56	44.3*	11.1		
Toplam	148	42.0	11.7		

\*Sağlıklılar göre Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde utanç düzeyi anlamlıdır ( $p < 0.01$ ).

Şekil.4.3 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Utanç Düzeyi

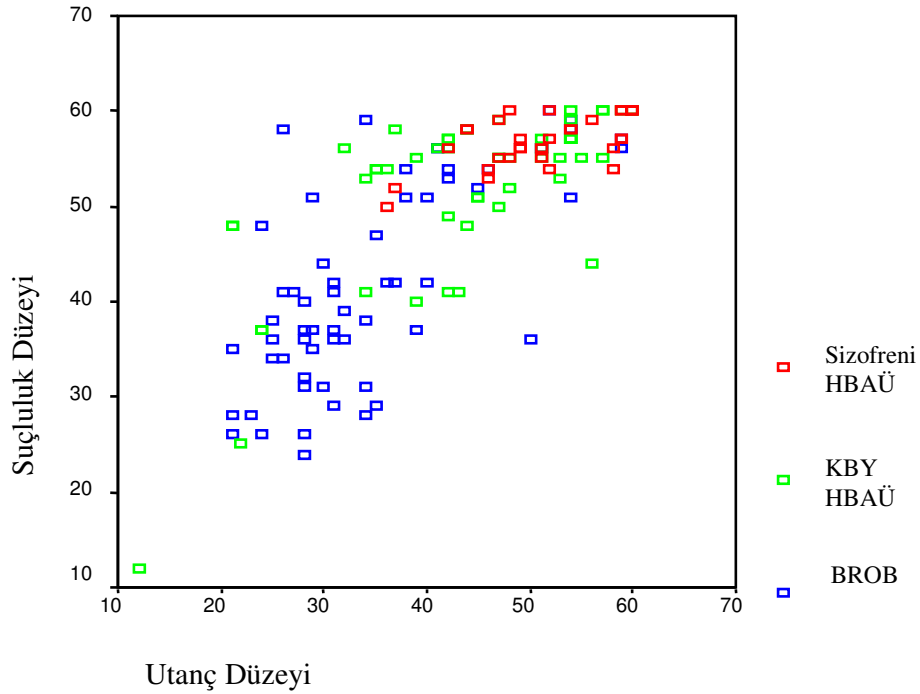


Genel olarak ve her hastalık grubunda (şizofreni ve KBY) suçluluk ve utanç düzeyleri arasında pozitif yönde oldukça kuvvetli bir ilişki olduğu bulundu ( $r=0.778$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 4.9).

Tablo 4.9 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeyi Arasındaki İlişki

<b>Suçluluk-Utanç Düzeyi Arasındaki İlişki</b>	<b>n</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
BROB	60	0.703	<0.001
Şizofreni HBAÜ	32	0.631	<0.001
KBY HBAÜ	56	0.700	<0.001
Genel	148	0.778	<0.001

Şekil 4.4 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeyi Arasındaki İlişki



Gruplar arası demografik değişkenlerin suçluluk ve utanç düzeyine etkisini incelemek için yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni durum, aile yapısı, aylık gelir, hastalık süresi değişkenleri çoklu regresyona tabi tutuldu. Teste tabi tutulan değişkenlerin tek başına suçluluk ve utanç düzeyi üzerine etkisinin olmadığı birlikte ele alındığında suçluluk ve utanç düzeyini artırdığı bulundu (Suçluluk;  $F=2.110$ ,  $p=0.038$  ve Utanç;  $F=2.995$ ,  $p=0.004$ ). Ailede şizofreni ve KBY hastasının varlığının suçluluğu %36, utancı %48 oranında artırdığı görüldü (Tablo 4.10, Tablo 4.11).

Tablo 4.10 Bazı Demografik Özelliklerin Suçluluk Düzeyine Etkisi (Çoklu Regresyon analizi)

Bağımsız Değişkenler	Suçluluk Düzeyi					
	$\beta$	S. hata	t	p	R	$R^2$
Yaş	-7.27	0.077	-0.944	0.348	0.36	0.131
Cinsiyet	0.833	2.139	0.389	0.698		
Öğrenim Durumu	0.436	0.894	0.488	0.627		
Çalışma Durumu	-4.12	0.777	-0.053	0.958		
Medeni Durum	0.318	1.346	0.236	0.814		
Aile Yapısı	1.568	1.504	1.042	0.300		
Aylık Gelir	-1.20	0.002	-0.563	0.575		
Hastalık Süresi	1.129	1.019	1.108	0.271		
Grup	6.607	2.941	2.246	0.028		

**SUÇLULUK DÜZEYİ**=48.097 – 7.27 Yaş + 0.833 Cinsiyet + 0.436 Öğrenim Durumu – 4.12 Çalışma Durumu + 0.318 Medeni Durum + 1.568 Aile Yapısı – 1.20 Aylık Gelir + 1.129 Hastalık Süresi + 6.607

Tablo 4.11 Bazı Demografik Özelliklerin Utanç Düzeyine Etkisi (Çoklu Regresyon Analizi)

Bağımsız Değişkenler	Utanç Düzeyi					
	$\beta$	S. hata	t	p	R	R <sup>2</sup>
Yaş	-0.158	0.98	-1.621	0.109	0.48	0.229
Cinsiyet	3.003	2.717	1.105	0.273		
Öğrenim Durumu	-1.245	1.136	-1.096	0.276		
Çalışma Durumu	-0.406	0.987	-0.412	0.682		
Medeni Durum	-1.062	1.710	-0.621	0.536		
Aile Yapısı	3.009	1.911	1.575	0.119		
Aylık Gelir	-7.47	0.003	-0.275	0.784		
Hastalık Süresi	1.957	1.295	1.511	0.135		
Grup	14.044	3.736	3.760	0.000		

**UTANÇ DÜZEYİ**=42.967 – 0.158 Yaş + 3.003 Cinsiyet – 1.245 Öğrenim Durumu – 0.406 Çalışma Durumu – 1.062 Medeni Durum + 3.009 Aile Yapısı – 7.47 Aylık Gelir + 1.957 Hastalık Süresi + 14.044 Grup

### 4.3. Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Demografik Değişkenlerle İlişkisi

#### 4.3.1. Suçluluk Düzeyi

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerin yaşları ile suçluluk düzeyi arasında anlamlı ilişki bulunmadı ( $r=0.491$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 4.12).

Tablo 4.12 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Yaş ve Suçluluk Düzeyinin İlişkisi

Yaş ile İlişkisi	n	r	p
BROB	60	0.111	0.399
Şizofreni HBAÜ	32	0.112	0.543
KBY HBAÜ	56	0.074	0.586

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerin cinsiyet, çalışma durumu, medeni durum ve sosyal güvence durumuna göre suçluluk düzeyinde anlamlı fark bulunmadı ( $p>0.005$ ) (Tablo 4.13).

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin öğrenim durumuna göre suçluluk düzeyinde anlamlı fark bulunmadı ( $Z=2454.5$ ,  $p=0.801$ ). Bakım rolü olmayan bireylerde ise ilköğretim üstü öğrenimi olanların suçluluk düzeyi ilköğretim düzeyinde öğrenimi olanlardan anlamlı derecede yüksek bulundu ( $Z=263.5$ ,  $p=0.018$ ) (Tablo 4.13).

Tablo 4.13 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Bireysel Özelliklere Göre Suçluluk Düzeyinin Karşılaştırılması

Bireysel Özellikler	BROB		Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ	
	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	22	45.8 ± 10.72	15	56.2 ± 2.54	16	51.3 ± 9.20
Erkek	38	39.9 ± 10.20	17	57.5 ± 2.67	40	52.7 ± 8.99
		<b>Z=294.0, p=0.057</b>		<b>Z=92.0, p=0.81</b>		<b>Z=279.0, p=0.455</b>
<b>Öğrenim Durumu</b>						
Okur-Yazar Değil	-	-	-	-	11	50.18 ± 10.19
İlköğretim	17	39.5 ± 11.07	9	57.4 ± 3.16	39	53.1 ± 8.89
İlköğretim üstü	43	43.0 ± 10.50	23	56.7 ± 2.46	6	50.5 ± 7.81
		<b>Z=263.5, p=0.018<sup>a</sup></b>		<b>Z=81.0, p=0.363</b>		<b>K W=2.016, p=0.365</b>
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	33	40.5 ± 9.69	19	57.5 ± 2.52	25	50.6 ± 10.53
Çalışmıyor	27	43.9 ± 11.72	13	56.0 ± 2.67	31	53.6 ± 7.43
		<b>Z=379.5, p=0.326</b>		<b>Z=84.0, p=0.136</b>		<b>Z=318.0, p=0.250</b>
<b>Medeni Durum</b>						
Bekar	40	41.7 ± 11.00	21	56.9 ± 2.74	17	52.9 ± 11.04
Evli	20	42.9 ± 10.29	11	56.9 ± 2.58	39	52.0 ± 8.09
		<b>Z=375.0, p=0.695</b>		<b>Z=113.0, p=0.938</b>		<b>Z=294.0, p=0.502</b>
<b>Sosyal Güvence</b>						
SSK	29	42.6 ± 10.61	15	57.6 ± 2.19	12	54.1 ± 6.20
Bağ kur	16	39.8 ± 9.90	10	57.2 ± 2.89	17	50.5 ± 9.67
Emekli Sandığı	15	43.2 ± 12.01	7	54.9 ± 2.47	9	51.5 ± 6.34
Yeşil Kart	-	-	-	-	18	53.0 ± 11.10
		<b>K W=0.761, p=0.684</b>		<b>K W=5.198, p=0.074</b>		<b>K W=3.744, p=0.290</b>

<sup>a</sup>: Karşılaştırmada anlamlı çıkan gruplar

Şizofreni ve KBY hastasına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerin aile yapısına göre suçluluk düzeyinde anlamlı fark oluşmadığı bulundu ( $p>0.05$ ). (Tablo 4.14).

Tablo 4.14 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Aile Yapısına Göre Suçluluk Düzeyinin Karşılaştırılması

Bireysel Özellikler	BROB		Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ	
	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma
<b>Aile Yapısı</b>						
Çekirdek	43	43.2 ± 10.14	23	56.6 ± 2.81	43	52.0 ± 9.53
Geniş	17	39.1 ± 11.81	9	57.3 ± 2.23	13	53.1 ± 7.17
	<b>Z=276.5, p=0.144</b>		<b>Z=93.5, p=0.681</b>		<b>Z=263.0, p=0.748</b>	

Şizofreni ve KBY hastasına evde bakım veren aile üyelerinde kronik hastalık (şizofreni, KBY, hipertansiyon, diyabet vb.) varlığı ve sigara-alkol kullanımına göre suçluluk düzeyinde anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.15).

Tablo 4.15 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastalık Özelliklerine Göre Suçluluk Düzeyinin Karşılaştırılması

Hastalık Özellikleri	Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ	
	n	Ort±S. sapma	n	Ort±S.sapma
<b>Kronik Hastalık *</b>				
Var	11	57.7 ± 2.65	21	53.7 ± 8.02
Yok	21	56.9 ± 2.64	35	51.4 ± 9.54
	<b>Z=85.5, p=0.238</b>		<b>Z=310.0, p=0.328</b>	
<b>Sigara ve Alkol Kullanımı</b>				
Var	11	57.1 ± 2.82	21	54.3 ± 6.35
Yok	21	56.8 ± 2.61	35	52.2 ± 10.13
	<b>Z=81.0, p=0.363</b>		<b>Z=294.5, p=0.214</b>	

\*Şizofreni, KBY, hipertansiyon, diyabet vb.

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin hastaya yakınlık durumuna göre suçluluk düzeyinde anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.16).

Tablo 4.16 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Durumuna Göre Suçluluk Düzeyinin Karşılaştırılması

Hastaya Yakınlık Durumu	Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ	
	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma
Ebeveyn	-	-	6	53.1 ± 2.63
Kardeş	3	56.6 ± 3.21	5	47.8 ± 20.04
Eş	5	55.2 ± 3.63	29	51.4 ± 8.81
Çocuk	24	57.3 ± 2.28	16	54.8 ± 5.13
	<b>K W=2.346, p=0.309</b>		<b>K W=2.317, p=0.509</b>	

Genel olarak her iki grup (şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aileler) karşılaştırıldığında KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin hastalık sürelerine göre suçluluk düzeyinin farklı olduğu bulundu ( $K W=6.056$ ,  $p=0.048$ ). En düşük suçluluk düzeyi uzun süreli hastalığı olanlara bakım verenlerde ve en yüksek suçluluk düzeyi ise 3-5 yıl arasında hastalık süresi olanlara bakım veren grupta gözlemlendi. Gruplar içinde değerlendirildiğinde ise anlamlı bir fark gözlemlenmedi ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.17).

Tablo 4.17 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastanın Hastalık Süresine Göre Suçluluk Düzeyinin Karşılaştırılması

Hastanın Hastalık Süresi	Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ	
	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma
3 yıl altı	16	57.1 ± 2.10	4	43.7 ± 2.10
3-5 yıl	16	56.5 ± 3.14	4	57.7 ± 3.14
5 yıl ve üstü	-	-	48	52.5 ± 8.55
	<b>Z=93.5, p=0.681</b>		<b>K W=6.330, p=0.042<sup>a</sup></b>	

<sup>a</sup>: Karşılaştırmada anlamlılığın çıktığı gruplar

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerin aylık gelirlerine göre suçluluk düzeyinde anlamlı fark olmadığı bulundu ( $r=0.663$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 4.18).

Tablo 4.18 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Aylık Gelir ve Suçluluk Düzeyinin İlişkisi

<b>Aylık Gelir</b>	<b>n</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
BROB	60	0.055	0.675
Şizofreni HBAÜ	32	0.077	0.675
KBY HBAÜ	56	0.64	0.638

#### 4.3.2. Utanç Düzeyi

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerin yaşlarına göre utanç düzeyinde anlamlı fark olmadığı bulundu ( $r=6.12$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 4.19).

Tablo 4.19 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Yaş ve Utanç Düzeyinin İlişkisi

<b>Yaş ile İlişkisi</b>	<b>Sayı</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
BROB	60	0.020	0.882
Şizofreni HBAÜ	32	0.116	0.362
KBY HBAÜ	56	0.110	0.420

Gruplar incelendiğinde; şizofreni hastalarına evde bakım veren erkek aile üyelerinde utanç düzeyi kadın aile üyelerinden daha yüksek bulundu ( $Z=69.5$ ,  $p=0.027$ ). KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde cinsiyetle utanç düzeyi arasında anlamlı fark bulunmadı ( $Z=250.5$ ,  $p=0.207$ ). Bakım rolü olmayan bireylerde ise kadınların utanç düzeyi erkeklerden daha yüksek bulundu ( $Z=263.5$ ,  $p=0.018$ ) (Tablo 4.20)

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin öğrenim durumuna göre utanç düzeyinde anlamlı fark olmadığı bulundu. Bakım rolü olmayan bireylerde ilköğretim üstü öğrenimi olan grupta utanç düzeyi anlamlı idi. Bakım rolü olmayan bireylerde ilköğretim üstü öğrenimi olan grupta utanç düzeyinin yüksek olduğu görüldü ( $Z=263.5$ ,  $p=0.018$ ) ( Tablo 4.20).

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerin çalışma durumu, medeni durum ve sosyal güvencelerine göre utanç düzeyinde anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ) ( Tablo 4.20).

Tablo 4.20 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Bireysel Özelliklerine Göre Utanç Düzeyinin Karşılaştırılması

Bireysel Özellikler	BROB		Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ	
	n	Ort±S. sapma	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	22	38.6 ± 10.28	15	48.9 ± 6.41	25	44.04±11.87
Erkek	38	32.7 ± 9.46	17	53.6 ± 6.49	31	44.54±10.68
		<b>Z=263.5, p=0.018<sup>a</sup></b>		<b>Z=69.5, p=0.027<sup>b</sup></b>		<b>Z=250.5, p=0.207</b>
<b>Öğrenim Durumu</b>						
Okur-Yazar Değil	-	-	-	-	11	45.36±10.90
İlköğretim	17	33.6 ± 10.17	9	53.11±8.95	39	44.41±11.79
İlköğretim Üstü	43	35.3 ± 10.16	23	50.78±5.85	6	41.83±7.62
		<b>Z=263.5, p=0.018<sup>c</sup></b>		<b>Z=78.0, p=0.301</b>		<b>KW=1.261, p=0.538</b>
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışıyor	25	44.0 ± 11.87	19	52.0 ± 6.79	33	34.0 ± 9.31
Çalışmıyor	31	44.6 ± 10.68	13	50.7 ± 6.98	27	36.0 ± 11.08
		<b>Z=385.5, p=0.974</b>		<b>Z=106.0, p=0.520</b>		<b>Z=402.0, p=0.517</b>
<b>Medeni Durum</b>						
Bekar	17	45.8 ± 10.95	21	50.2 ± 6.87	40	34.7 ± 10.12
Evli	39	43.7 ± 11.29	11	53.7 ± 6.34	20	35.3 ± 10.33
		<b>Z=287.5, p=0.432</b>		<b>Z=84.0, p=0.223</b>		<b>Z=364.5, p=0.577</b>
<b>Sosyal Güvence</b>						
SSK	29	36.13±10.25	15	54.0 ± 5.66	12	48.83±8.55
Bağ kur	16	33.12±9.81	10	51.2 ± 7.68	17	42.41±10.73
Emekli Sandığı	15	34.40±10.48	7	46.2 ± 5.21	9	40.33±4.94
Yeşil Kart			-	-	18	45.11±14.36
		<b>KW=1.121,p=0.571</b>		<b>KW=5.892, p=0.053</b>		<b>KW=6.830, p=0.078</b>

<sup>a,b,c</sup>: Karşılaştırmada anlamlı çıkan gruplar

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerin aile yapısına göre utanç düzeyinde anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Ailesel Özelliklerine Göre Utanç Düzeyinin Karşılaştırılması

Ailesel Özellikler	BROB		Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ	
	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma
<b>Aile Yapısı</b>						
Çekirdek	43	35.0 ± 9.91	23	51.0 ± 7.10	43	44.2 ± 11.62
Geniş	17	34.5 ± 10.88	9	52.4 ± 6.18	13	44.4 ± 9.75
	<b>Z=348.0, p=0.774</b>		<b>Z=92.5, p=0.651</b>		<b>Z=266.0, p=0.793</b>	

Şizofreni ve KBY hastasına evde bakım veren aile üyelerinde kronik hastalık (şizofreni, KBY, hipertansiyon, diyabet vb.) varlığı ve sigara-alkol kullanımına göre utanç düzeyinde anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.22).

Tablo 4.22 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özelliklerine Göre Utanç Düzeyinin Karşılaştırılması

Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri	Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ	
	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma
<b>Kronik Hastalık *</b>				
Var	11	51.6 ± 7.81	21	46.2 ± 11.67
Yok	21	51.3 ± 6.39	35	43.1 ± 10.78
	<b>Z=11.0, p=0.876</b>		<b>Z=301.5, p=0.263</b>	
<b>Sigara ve Alkol Kullanımı</b>				
Var	11	49.9 ± 7.73	21	44.7 ± 11.06
Yok	21	56.7 ± 6.29	35	44.0 ± 11.32
	<b>Z=91.0, p=0.347</b>		<b>Z=363.0, p=0.939</b>	

\*Şizofreni, KBY, Hipertansiyon, Diyabet vb.

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin hastaya yakınlık durumuna göre utanç düzeyinde anlamlı fark olmadığı bulundu ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.23).

Tablo 4.23 Şizofreni ve KBY Hastasına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastaya Yakınlık Durumuna Göre Utanç Düzeyinin Karşılaştırılması

Hastaya Yakınlık Durumu	Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ	
	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma
Ebeveyn	-	-	6	41.5 ± 8.09
Kardeş	3	50.0 ± 11.53	5	38.2 ± 15.69
Eş	5	49.6 ± 8.67	29	43.4 ± 12.46
Çocuk	24	52.0 ± 6.01	16	48.9 ± 6.08
	<b>KW=0.059, p=0.971</b>		<b>KW=4.412, p=0.220</b>	

Genel olarak her iki grup (şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aileler) karşılaştırıldığında KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin hastalık sürelerine göre utanç düzeyinin farklı olduğu bulundu ( $K W=6.056$ ,  $p=0.048$ ). En düşük utanç düzeyi uzun süreli hastalığı olanlara bakım verenlerde ve en yüksek utanç düzeyi ise 3-5 yıl arasında hastalık süresi olanlara bakım veren grupta gözlemlendi. Gruplar içinde değerlendirildiğinde ise anlamlı bir fark gözlenmedi ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.24).

Tablo 4.24 Şizofreni ve KBY Hastasına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Hastanın Hastalık Süresine Göre Utanç Düzeyinin Karşılaştırılması

Hastanın Hastalık Süresi	Şizofreni HBAÜ		KBY HBAÜ	
	n	Ort±S.sapma	n	Ort±S.sapma
3 yıl altı	16	50.9 ± 5.48	4	34.5 ± 10.22
3-5 yıl	16	52.0 ± 8.03	4	49.8 ± 8.80
5 üstü	-	-	48	44.7 ± 11.07
	<b>Z=92.5, p=0.652</b>		<b>K W=4.054, p=0.132</b>	

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerin aylık gelirlerine göre utanç düzeyinde anlamlı fark olmadığı bulundu ( $r=6.680$ ,  $p>0.05$ ) (Tablo 4.25).

Tablo 4.25 Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinde ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Aylık Gelir ve Utanç Düzeyinin İlişkisi

<b>Aylık Gelir</b>	<b>n</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
BROB	60	0.102	0.439
Şizofreni HBAÜ	32	0.042	0.818
KBY HBAÜ	56	0.127	0.352

## 5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde suçluluk ve utanç düzeyi ve etkileyen değişkenlerin araştırılması amacı ile yapılan bu çalışmada her iki hastalık grubunda da hastaya evde bakım veren aile üyelerinin suçluluk ve utanç düzeylerinin bakım rolü olmayan bireylerden yüksek olması beklenen bir bulgudur. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerindeki suçluluk ve utanç düzeylerinin KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinden daha fazla olması ise düşündürücüdür. Çalışmada ele alınan yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni durum, aile yapısı, aylık gelir, hastanın hastalık süresi gibi sosyo-demografik değişkenlerinin tek başlarına suçluluk ve utanç düzeyi üzerinde belirleyici olmadığı, şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerindeki yüksek suçluluk ve utanç düzeylerinin araştırmada incelenen diğer değişkenlerden bağımsız olarak şizofreni hastasına bakım vermeye ilişkili olduğu görüldü.

### 5.1. Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Sosyo-Demografik Bulguları

Araştırmada sosyo-demografik özellikleri 3 gruba ayrılarak değerlendirildi.

#### 5.1.1. Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Bireysel Özellikleri

Araştırmada şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin yaş ortalaması 39, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin yaş ortalaması 41.5 ve bakım rolü olmayan bireylerin yaş ortalamasının 40.5 olarak bulunmuştur ve gruplar arasında anlamlı fark oluşturmadığı görülen bu değerler aynı zamanda hastalara bakım veren ailelere ilişkin ülkemizde yapılan başka çalışmalardaki aile bireylerinin yaş ortalaması değerlerine yakındır (Gümüş 2006, Doğan ve ark 2002, Sağduyu ve ark 2003, Yılmaz 1998, Ünal 2004, Tüzer 2003) (Tablo 4.1).

Bu çalışmada, erkek bakım vericilerinin sayısının daha yüksek olmasına karşın ülkemizde yapılan başka çalışmalarda hastalara bakım verenlerin çoğunlukla çalışmayan (ev hanımı dahil) eşler olduğu ve kadınlardan oluştuğu belirtilmiştir (Gümüş 2006, Doğan ve ark 2002, Yılmaz 1998, Ünal 2004, Tüzer 2003, Ebrinç ve ark 2001). Örneklemdeki ailelerin daha çok çekirdek aile yapısında olması ve her iki hastalık grubunda da hastaların

çoğunlukla kadın olması, çalışmaya alınan bireylerin daha yüksek oranda erkek olmasının nedeni olarak düşünülebilir (Tablo 4.2).

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin öğrenim durumları daha çok yüksek oranda ilköğretim üstü iken, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin öğrenim durumlarının daha çok ilköğretim düzeyinde olması iki hastalık grubundaki az sayıdaki farklı demografik özelliklerden biri idi (Tablo 4.2). Ülkemizde şizofreni ve KBY hastasına bakım veren aile üyelerinde yapılan çalışmalarda çoğunlukla bireylerin öğrenim durumunun ilköğretim ve altı olduğu belirtilmektedir (Gümüş 2006, Doğan ve ark 2002, Yılmaz 1998, Ünal 2004, Tüzer 2003, Ebrinç ve ark 2001). Özyiğit ve ark'nın belirttiğine göre, Gürgen ve ark Erzurum'da şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinde yaptıkları çalışmalarında yüksek öğrenimlilerin ilköğretim mezunlarına göre psikiyatrik hastalıklara karşı daha iyimser bir tutum içinde olduklarını saptamışlardır (Özyiğit ve ark 2004). Özyiğit ve ark'nın bildirdiği bu ilişki u araştırmada gösterilememiştir. Özel bir tedavi merkezince takip edilmekte olan şizofreni hastalarının örneklemimizi oluşturması bu hastalara evde bakım veren aile üyelerinin eğitim durumlarının daha yüksek olması ile ilişkili olabilir. Araştırmada şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin KBY hastalarına evde bakım verenlerden daha yüksek düzeyde eğitilmiş olması ve yüksek düzeyde eğitimin psikiyatrik hastalıklara karşı daha iyimser bir tutum oluşturduğunun gösterilmiş olmasına karşın, şizofreni hastalarına bakım verenlerdeki suçluluk ve utanç düzeyleri anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Pek çok araştırmada hastalara evde bakım veren bireylerin eğitim düzeylerinin olumlu etkisine dair bulgular elde edilmiştir. Şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinde eğitim, hasta yakınlarının hastayla ilgili beklentilerinin daha gerçekçi düzeyde olabilmesini, duygusal ve maddi yükün azaltılmasını da sağlar (Karancı 1997). Aydemir ve ark'nın KBY hastalarının yakınlarında yaşam kalitesi ve psikiyatrik belirtileri inceledikleri araştırmalarında aile üyelerinin eğitim seviyesi yükseldikçe hastalıkla baş etme ve problem çözme becerilerinin arttığını bulmuşlardır (Aydemir ve ark 2002). Eğitim düzeyi arttıkça hastalıkları tanıma ve tedaviye katılımın daha yüksek olduğu, ayrıca hasta ve ailelere verilen psikoeğitimin hastalıkla baş etmede destekleyici etkiye sahip olduğu bilinmektedir. Hasta yakınlarına psikoeğitimin verilmesi halinde daha yüksek eğitilmiş olan hasta yakınlarının bu eğitimden daha fazla fayda görecekleri beklenebilirken, psikoeğitim almayan hasta yakınlarının eğitim düzeylerinin yüksek olmasının suçluluk ve utanç duygularıyla baş etmelerinde tek başına yeterli olmayacağı söylenebilir.

Araştırmada şizofreni hastalarına evde bakım verenlerin çoğunluğunun hasta bireylerin çocukları, KBY hastalarına evde bakım verenlerin ise eşleri olduğu bulunmuştur (Tablo 4.5). Ülkemizde yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde ise şizofren hastaya bakım veren aile bireylerinin büyük bir çoğunluğunun ebeyenleri, ikinci sırada çocukları, KBY hastalarına bakım verenlerin ise daha çok eşleri olduğu belirtilmiştir (Ebrinç 2001, Gümüş 2006, Doğan ve ark 2002, Sağduyu ve ark 2003, Yılmaz 1998, Ünal 2004, Tüzer 2003, Tel ve Terakye 2000). Yapılan diğer çalışmalarda da bu çalışmada olduğu gibi hastaya yakınlık derecesi ile hasta ve hastalığa yönelik tutumlar arasında bir fark olmadığı vurgulanmaktadır (Sağduyu ve ark 2003). Buna karşılık kronik hastalıklı bireye sahip ailede, yaşam deneyimleriyle baş etmeleri daha fazla olan aile üyeleri kronik hastalıklı bireye bakma sorumluluğunu almaktadır (Greenburg ve ark 1994).

Bakım vericilerin çoğunluğunun aynı zamanda çalıştığı ve önemli bir kısmının bekâr olduğu görüldü (Tablo 4.2). Hastalıkların kronik olması, tedavilerin uzun süreli olması ve aile üyelerinin maddi destek gereksinimleri hastalara bakım veren aile üyelerinin çalışma nedeni olarak düşünülmektedir. Şizofreni ve KBY'nin erken yaşlarda başlayan ve işlevsellikte önemli düzeyde bozulmaya yol açan kronik hastalıklar olması hastalara sürekli bakımı gerektirmektedir. Her iki hastalık grubunda da hastalar çoğunlukla evde bakılmaktadır. Bununla birlikte hasta ve ailesinin evde ve toplum yaşamında karşılaştıkları sorunlarla yeterince baş edemedikleri görülmektedir. Buna bağlı olarak taburculuk sonrasında tedaviye uyumun azaldığı ve yeniden hastaneye yatışın gerektiği gözlenmektedir. Evde bakım maliyeti daha düşüktür. Evde bakım alamayan hastalarda hastalığın relaps şansı %41-53 arasındadır. Evde bakım uygulanan hastaların belirtilerinin şiddetinde azalma, kişilerarası ilişkilerinde artma, toplumsal davranışlarında iyileşme, yaşam kalitesinde artma, maddi yükte azalma olduğu saptanmıştır (Doğan 2001, Jhonson 1997). Ayrıca hasta bireye bakım vermede, bakım verenlerde yaşanan stres ve yüklenen sorumlulukların fazlalığı bekâr oluşun nedeni olarak düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin sosyal güvencelerinin çoğunun SSK, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin sosyal güvencelerinin büyük bir kısmının yeşil kart olduğu görüldü (Tablo 4.2). Ailelere ilişkin ülkemizde yapılan çalışmalar incelendiğinde, örnekleme alınan aile bireylerinin büyük bir çoğunluğunun araştırmamızda olduğu gibi sosyal güvenceye sahip olduğu görülmektedir (Yılmaz 1998, Doğan ve ark 2002, Sağduyu ve ark 2003, Ünal 2004, Tüzer 2003, Gümüş

2006). Bunun bir nedeni sosyal güvencesi olan ailelerin tedavi arayışına daha kolay yönelebilmeleri ve araştırmacıların örneklem oluştururken bu ailelere ulaşmasındaki görece kolaylıktır. Her iki hastalığın (şizofreni ve KBY) kronik olması ve uzun süre tıbbi desteğe ihtiyacın olması hastaların düzenli olarak hastaneye gelmesini gerektirir. Ancak şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin il merkezindeki tek özel kurumdan alınmış olması ve kurumun yeşil kartla anlaşmasının olmaması sosyal güvencelerinin KBY hastalarına oranla daha çok SSK olarak çıkmasına neden olduğu düşünülmüştür. Buna rağmen her iki hastalık grubunda da sosyal güvence açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır. Sağlık güvencesinin olmasıyla ailelerin maddi yükü azalmaktadır. Literatürde sosyal güvencenin olmamasının, hastalığın kronik ve tedavi giderlerinin fazla olmasının ailelerde ek bir stres yaratabileceği gösteren çalışmalara rastlanmaktadır (Magliano ve ark 1998, Sevinçok 2000, Gülseren 2002). Araştırmada çalışmaya alınan bireylerin baktıkları hastaların devamlı kurum desteği alan ve sağlık güvencesi olan bireyler olması bu açıdan göz önünde bulundurulmalıdır.

### **5.1.2.Ailesel Özellikler**

Bireylerin çoğunluğunun çekirdek aile yapısında olduğu ve ailelerin büyük çoğunluğunun 4-5 kişiden oluştuğu görüldü (Tablo 4.3). Ülkemizde geleneksel aile yapısının yavaş yavaş kaybolduğu ve çekirdek aile yapısına doğru gidişin arttığı görülmekte ve bu durumun aile bireylerinin hastalıkla mücadelede yükünü artırdığı düşünülmektedir (Gülseren 2002). Çekirdek ailelerde büyük ailelere göre mental hastalıkları kabullenışı daha az oranda bulunmuştur (Lefley 1990). Geniş aile yapılarının sosyal bütünleşme ve iletişim için daha büyük fırsatlar sağlayarak hastalıkların kabullenilmesini kolaylaştırdığı düşünülmektedir (Sevinçok 2000).

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin ve bakım rolü olmayan bireylerin aylık gelir ortalamasının, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin aylık gelir ortalamasından daha fazla olduğu görüldü (Tablo 4.4). Buna rağmen istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinin eğitim düzeyinin KBY hastalarına bakım veren aile üyelerinden daha yüksek olması maddi gelirin şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerinde daha yüksek çıkma nedeni olarak düşünülebilir. Özel kuruma devam eden şizofreni hastalarından oluşan örneklemin yeşil kartlı bireyleri içermemesi de şizofreni hastalarına bakım verenlerin gelirlerinin görece daha yüksek olmasını sağlamış olabilir. Sağduyu ve ark şizofrenisi olan

hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumlarını inceledikleri araştırmalarında sosyoekonomik düzey düşükçe hastalara yaklaşımın olumsuz yöne kaydığını belirtmişlerdir (Sağduyu ve ark 2003). Gelir düzeyi düşük olanların gelir düzeyi orta ve yüksek olanlardan daha çok eğitime ihtiyaçları olduğu ifade edilmektedir (Gümüş 2006).

### **5.1.3. Hastalara Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Sağlık Durumuna İlişkin Özellikleri**

Şizofreni ve KBY hastalarına sahip ailelerin her ikisinde de ailede kronik bir hastalığın olduğu görüldü. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin daha çok kardeşlerinde, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin ise daha çok kendilerinde kronik bir hastalık (şizofreni, KBY, hipertansiyon, diyabet) vardı (Tablo 4.5). Buna rağmen gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmadı. Şizofreni ve KBY hastalıklarının etiolojisinde genetik geçişin rol oynaması, çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalamasının 40 olması ve yaşanan stres durumunun bireyler üzerine olumsuz etkilerinin bakım verenlerde ve diğer aile üyelerinde kronik hastalık görülmesinin nedeni olarak düşünülmektedir.

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde sigara ve alkol kullanım yaygınlığı benzer oranda idi (Tablo 4.5). Araştırmada kontrol grubu olarak alınan bakım rolü olmayan bireylerde sigara ve alkol kullanım yaygınlığı sorgulanmadığı için hastalara bakım verenlerde kullanım yaygınlıkları kontrol grubu ile karşılaştırılmadı. Altınay şizofren hastalarda alkol madde kullanım bozukluğu komorbiditesi ve komorbiditenin hastalık gidişine etkilerini incelediği araştırmasında hastaların birinci ve ikinci derece akrabalarında alkol-madde kullanımının olduğunu ve buna bağı yasal sorunlar yaşadıklarını belirtmiştir (Aytınay 2005). Ebrinç ve ark'nın şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunu incelediği araştırmalarında ailelerin alkol ve madde kullanım öyküsü olduğunu belirtmişlerdir. Bulduğumuz yaygınlık oranı şizofreni hastalarının ailelerinde alkol kullanım oranlarının bildirildiği çalışmalarla uyumludur (Ebrinç ve ark 2001, Altınay 2005). Literatürde KBY hastasına bakım veren ailelerin madde kullanımına ait çalışmalara rastlanmamıştır.

## **Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşamında Meydana Gelen Bildirimleri;**

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerine önceki araştırmalarda göze çarpan bazı özellikler anket şeklinde sorulduğunda, şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyeleri daha çok maddi yük, çaresizlik, korku, umutsuzluk ve sosyal izolasyon ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinin ise daha çok yaşam tarzı değişikliği, maddi yük, iş yükü, çaresizlik ve gelecek kaygısı yaşadıklarını bildirdiler (Şekil 4.1). Araştırmada şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde duygusal bildirimlerin, KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde ise sosyal bildirimlerin fazla olduğu da dikkat çekici idi (Tablo 4.6). Doornbos, Rose, Dyer ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada aile üyelerinin gerginlik, stres, anksiyete, gücenme, umutsuzluk ve güçsüzlük duygularına eşlik eden depresyon, ilişkilerde kopmalar, maddi güçlükler, sağlığın bozulması, sosyal aktivitelerde azalma ya da kısıtlanma, ağır ruh hastalığına bağlı olarak yaşam kalitesinde bozulma durumları bildirilmektedir (Doornbos 1996, Rose 1996, Dyer ve ark 1997). Yılmaz'ın şizofreni tanısı alan hasta eşleri ile KBY tanısı alan hasta eşlerinin stresle baş etme tarzlarını incelediği araştırmasında KBY tanısı alan hasta eşlerinin stresle baş etme düzeylerinin daha yüksek olduğunu belirtilmiştir (Yılmaz 1998). Hasta yakınlarının hastaya bakım vermeleri nedeniyle önceki dönemde sürdürdükleri etkinliklerinden vazgeçmek durumunda kalmaları, toplumun damgalama eğilimi izolasyon ve depresyona yol açabilmekte, depresyon ise hasta ve bakım verenin izolasyonunu daha da artırabilmektedir (Windersteen ve Rasmusson 1997, Doornbos 1997, Friedrich 1999, Gülseren 2002). Kronik hastalar devamlı olarak aileleriyle birlikte yaşarlar, bu durum hastalara devamlı bakım vermek durumunda kalan aileler için önemli bir kaygıdır. Birçok çalışma kronik hastalara bakım veren ailelerin sağlık profesyonellerinden yetersiz destek aldıklarını, hasta yakınlarının hastalıkla baş etmede kendilerini yalnız hissettiklerini ortaya koymaktadır (Çavuşoğlu 1996, Magliano ve ark 1998, Hall ve Docherty 2000, Magliano ve ark 2001, Saunders 2003).

## **5.2. Şizofreni ve KBY Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerin Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırması**

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde suçluluk ve utanç düzeyinin bakım rolü olmayan bireylerden daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 4.7 ve

Tablo 4.8). Ülkemizde ve yurt dışında aile üyeleri ile yapılan çalışmalarda ailelerin, hastanın hastalığından kendilerini sorumlu tuttukları ve suçluluk yaşadıkları belirtilmiştir (Doornbos 1997, Magliano ve ark 1998, Ebrinç 2001, Sağduyu ve ark 2003). Çoğu aile, üyelerinden birine şizofreni tanısı konduğunda öfke, suçluluk, utanç, üzüntü ve panik gibi duygusal tepkiler verir (Teschinsky 2000, Kuşçu ve ark 2005). Hastanın sürekli olarak bir kurumda kalması, hastayla yeterince ilgilenmediği ve bakım vermediği düşüncesi de suçluluk nedeni olabilmektedir (Gülseren 2002). Suçluluk ve utanç duygularının toplumun kültürel yapısıyla ilgili olduğunu destekleyen çalışmalar vardır (Sevinçok 2000, Sayar 2000). Stuart ve Laraia şizofren hasta ailelerinin toplumun damgalama eğilimi yüzünden utanç yaşadıklarını ve bu durumun sosyal izolasyona neden olduğunu bulmuşlardır (Stuart ve Laraia 1998). Sungur şizofreni yönünden biyolojik etkenlerin ağırlık kazandığı dönemde bile kısmen geçerliliğini sürdüren “aileler hastalığın nedenidir” mitinin hasta ailesine suçluluk duygusu yükleyen ve hiçbir bilimsel temele oturmeyen bir önyargı olduğunu belirtmiştir (Sungur 2000).

Suçluluk ve utanç düzeyinin şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinde KBY hastasına bakım veren aile üyelerinden daha yüksek olması ise önemli bir psikiyatrik bozukluk olan şizofreni hastalığı için düşündürücüdür ve psikiyatrik hastalıkların damgalanmasıyla ilişkili olduğunu akla getirmektedir (Tablo 4.9). Ruh hastalıkları korkulacak bir durum olarak algılandığı için hastalar dışlanabilmekte ve hastalık konusundaki bilgi eksikliği bu tutumları daha da olumsuz kılmaktadır (Özyiğit ve ark 2004, Yıldız 2005). Birçok çalışma toplumda şizofreni ile ilgili yanlış bilgilerin ve önyargıların olduğunu göstermiştir (Sağduyu ve ark 2001, Sağduyu ve ark 2003). Toplumda psikiyatrik hastalıkların yüksek düzeyde damgalanma durumu, psikiyatrik hastalıklar için var olan mitler ve fiziksel hastalıklara göre psikiyatrik hastalıkların daha az kabul edilebilirliğinin KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerine göre şizofren hastalara bakım veren aile üyelerinde suçluluk ve utanç düzeyinin yüksek olmasına neden olarak ifade edilebilir.

Şizofreni ve KBY hastalarına bakım veren aile üyelerinden oluşan her iki grupta suçluluk ve utanç düzeyleri arasında pozitif yönde oldukça kuvvetli bir ilişki olduğu bulundu (Şekil 4.4). Suçluluk ve utanç duygusu birbiriyle paralel seyreden iki özellik olduğunu göstermektedir. Toplumun damgalaması ve hastalıktan kendini suçlama nedeniyle aile üyelerinin hastayı ve hastalığı toplumdan saklama eğilimi vardır. Bu

konuyla ilgili çalışmalara rastlanmamasına rağmen, aile üyelerinde utanç düzeyinin suçluluktan kaynaklanabileceği düşünülebilir.

### **5.3. Suçluluk ve Utanç Düzeylerini Etkileyen Değişkenler**

Şizofreni ve KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde hastalık süreleri arttıkça suçluluk düzeyinde azalma olduğu görüldü (Tablo 4.17). Hastalığın aile bireyleri üzerindeki etkisi hastalığın hangi aşamada olduğuyla yakından ilişkilidir. İlk hastalık atağını geçiren bir hastanın ailesi şaşkınlık ve endişe içindeyken, yedinci kez hastaneye yatırılan bir hastanın aile üyeleri bıkkınlık yaşıyor olabilirler (Gülseren 2002). Hastalık süresi arttıkça hasta yakınlarının hastalık özelliklerine ilişkin bilgi düzeylerinin de arttığı görülmüştür (Öner 1999). Bu durumun hastaya bakım veren aile üyesinde suçluluk ve utanç düzeyini düşürebileceği düşünülmektedir.

Şizofreni hastalarına evde bakım veren erkek aile üyelerinde utanç düzeyi kadın aile üyelerinden daha yüksek bulundu (Tablo 4.20). Erkeklerin kadınlardan daha dışadönük olması utanç düzeyinin yüksek çıkmasının nedeni olarak düşünülebilir.

Araştırmanın Karaman merkezle sınırlı bir örnekleme yapılması nedeniyle bakım veren aile üyelerinin sayısının kısıtlı olması bazı değişkenlerin suçluluk ve utanç düzeyine etkilerinin anlamlı bulunmamasının nedeni olabilir. Bu çalışmada yapılan çoklu regresyon analizi ile yaş, cinsiyet, öğrenim düzeyi, çalışma durumu, medeni durum, aile yapısı, aylık gelir, hastanın hastalık süresi gibi sosyo-demografik değişkenlerin gruplar arasındaki suçluluk ve utanç düzeyi farklılıklarını izah edemediği, bunlardan bağımsız olarak şizofreni veya KBY hastasına bakım vermenin suçluluk ve utanç düzeyinin yüksek olmasına neden olduğu gösterilmiştir.

## Sonuç ve Öneriler

Şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde suçluluk ve utanç düzeyi ve etkileyen değişkenlerin araştırılması amacı ile yapılan bu çalışmada elde edilen sonuçlar ve bu sonuçlara göre geliştirilebilecek öneriler şunlardır:

Kronik psikiyatrik bir hastalık olan şizofrenide ve kronik fiziksel bir hastalık olan KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde suçluluk ve utanç düzeyi sağlıklı bireylerden yüksek bulunmuştur. Kronik hastalığı olan hastalarla çalışan hemşirelerin ve diğer sağlık personelinin, hasta ve ailelerinin yaşadıkları sıkıntı ve güçlükleri anlayabilmesi, onlara nasıl yardımcı olabilecekleri konusunda eğitim, bakım, danışmanlık ve rehabilitasyon rollerini geliştirici yönde hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi gerekmektedir.

Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerindeki suçluluk ve utanç düzeyleri KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinden de yüksek bulunmuştur. Toplumda psikiyatrik hastalıkların yüksek düzeyde damgalanması, psikiyatrik hastalıklar için var olan mitler ve fiziksel hastalıklara göre psikiyatrik hastalıkların daha az kabul edilebilirliği bunun nedeni olarak düşünülmektedir. Toplum desteğinin artırılabilmesi için hasta ve aile üyelerinin sorunlarını dile getiren ve bilgi aktaran toplumu bilinçlendirme çalışmaları yapılmalı ve basın yayın organları kullanılmalıdır. Televizyon, radyo programları hazırlanmasında ve basında bu konuya yer verilmesinde rehberlik edilmelidir.

Her iki (Şizofreni ve KBY) hastalığa sahip olan hastalara evde bakım veren aile üyelerindeki suçluluk ve utanç düzeyi hastalık süresi arttıkça azalmaktadır. Hastalık özelliklerine ilişkin bilgi düzeylerini arttırmak amacıyla hasta ailelerine eğitim programları düzenlenmelidir. Ancak aile üyelerine sağlanacak olan bilgi desteği ailenin gereksinim ve beklentileri çerçevesinde olmalıdır. Bu konu ile ilgili ileride yapılacak çalışmalarda aile üyelerine önceden hazırlanmış eğitim içeriği ile bilgi verilmesi yerine aile üyelerinin bilgi gereksinimleri belirlenmeli ve eğitimler bu gereksinimler göz önünde bulundurularak planlanmalıdır. Bilgi gereksinimlerine göre aile üyeleri gruplara ayrılarak eğitimler verilebilir. Bu sayede aile üyeleri benzer gereksinimlere ve beklentilere sahip aile üyeleri ile paylaşımında bulunur, yalnız olmadıklarını fark ederler.

Taburcu edilen hastaların ve hastalara bakım veren aile üyelerinin gereksinimlerini karşılamada evde bakım programlarının geliştirilmesi ve hemşirelerin bu programlara dahil

edilmesi gerekmektedir.

Kronik hastalar devamlı olarak aileleriyle birlikte yaşarlar, bu durum aileler için önemli bir kaygıdır. Kronik hasta ve aile üyelerinin gerektiğinde başvurabileceği danışmanlık hizmeti veren merkezlerin oluşturulması oluşan kaygının azalmasında destek sağlayacaktır.

Ruhsal ve fiziksel kronik hastalık tanısı alan hasta ve bakım veren aile üyelerinin karşılaştığı zorluklarla baş etmelerine yönelik araştırmaların, farklı örneklem gruplarında yinelenmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada sürekli kurum desteği alan hastaya bakım veren aile üyeleri çalışmaya alınmıştır. İlerde yapılacak benzer çalışmalarda, çalışmaya dahil edilen gruba kurum desteği almayan bireylerinde eklenerek, kurum desteği alanlarla almayanların suçluluk ve utanç düzeyleri ve etkileyen değişkenlerin karşılaştırılması düşünülebilir. Ayrıca çalışma öncesi ve sonrası eğitim verilerek suçluluk ve utanç düzeyine etkisini değerlendirecek çalışmaların da yapılması önerilir.

## 6. ÖZET

T.C.

Selçuk Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Ana Bilim Dalı

(Psikiyatri Hemşireliği Bilim Dalı)

Burcu CEYLAN

### **Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması**

Bu çalışma, şizofreni ve kronik böbrek yetmezliği hastalarına evde bakım veren aile üyeleri ve bakım rolü olmayan bireylerde suçluluk ve utanç düzeylerinin karşılaştırılması amacı ile yapıldı.

Şizofreni hastalarına evde bakım veren 32 aile üyesi, kronik böbrek yetmezliği (KBY) hastalarına evde bakım veren 56 aile üyesi ve hastalara evde bakım veren aile üyeleriyle yaş açısından homojen olan, şizofreni ve KBY hastalarına bakım veren aile üyeleriyle aynı çevrede yaşayan 60 bakım rolü olmayan birey kontrol grubu olmak üzere toplam 148 birey çalışmaya alındı. Veri toplama aracı olarak sosyo-demografik bilgi formu ve suçluluk-utanç ölçeği (SUTÖ) kullanıldı.

Sonuç olarak, kronik psikiyatrik bir hastalık olan şizofreni ve kronik fiziksel bir hastalık olan KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinde suçluluk ve utanç düzeyi kontrol grubuna göre yüksek bulundu. Şizofreni hastalarına evde bakım veren aile üyelerindeki suçluluk ve utanç düzeyi KBY hastalarına evde bakım veren aile üyelerinden de yüksekti. Suçluluk ve utanç düzeyi hastalık süresi arttıkça azalmaktaydı. Bu çalışmada ele alınan yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, çalışma durumu, medeni durum, aile yapısı, aylık gelir, hastanın hastalık süresi gibi sosyo-demografik değişkenlerin tek başına suçluluk ve utanç üzerinde etkili olmadığını, şizofreni hastalarına evde bakım veren aile bireylerindeki suçluluk ve utanç düzeyinin sosyo-demografik değişkenlerden bağımsız olarak KBY

hastalarına evde bakım veren aile bireylerinden yüksek olduğu gösterdi. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yüksek bulunan suçluluk ve utanç düzeyi literatür ışığında tartışıldı.

## 7. SUMMARY

T.C.

Selçuk University

The Institute of Health Sciences

The Department of Nursing

(The Department of Psychiatry Nursing)

### **The Comparison Levels of Feeling Guilty and Embarrassment in The Family Members Nursing Schizophrenia and Chronic Renal Failure Patients, and in Individuals Having No Nursing Role.**

This work was done in order to compare the levels of feeling guilt and embarrassment in the family members nursing schizophrenia and chronic renal failure patients and in individuals having no nursing role

32 family members nursing schizophrenia patients at home, 56 family members nursing renal failure-chronic patients, inspection group of 60 healthy individuals who are at the same age and sex with family members, totally 148 individuals have been examined. As data records, demographic information form and guilt-embarrassment scale have been used.

Results: The guilt and embarrassment level of the family members nursing schizophrenia which is a chronic psychiatric illness and renal failure-chronic which is a chronic physical illness has been found higher than the guilt and embarrassment level of the inspection group. The guilt and embarrassment level of the family members nursing the schizophrenia patients is higher than the level of the family members nursing renal failure-chronic patients. The guilt and embarrassment level decreases as the illness duration increases. Socio-demographic variables, such as age, sex, education, working situations, marital status, family structure, level of income and illness duration don't solely affect the guilt and embarrassment level. The guilt and embarrassment level of the family members, independent of socio-demographic variables, nursing schizophrenia patients is higher than the guilt and embarrassment level of the family members nursing chronic renal failure patients. The guilt and embarrassment level of the ones who nurse schizophrenia has been interpreted according to medical literature.

## 8. KAYNAKÇA

- Acaray A ve Pınar R (2004)** *Kronik Hemodiyaliz Hastalarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*, C.Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi, 8, 1, 1–11.
- Altınay U C (2005)** *Şizofren Hastalarda Alkol Madde Kullanım Bozukluğu Komorbiditesi ve Komorbiditenin Hastalık Gidişine Etkileri*, Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.
- Alptekin K ve Akdede B (2004)** *Şizofreni Hastalarında ve Yakınlarında Yaşam Kalitesi*, 1. Sağlıkta Yaşam Kalitesi Sempozyumu, 8-10 Nisan, İzmir.
- Akdede B ve ark (2004)** *Gençlerde Şizofreniyi Damgalama Düzeyi*, Yeni Sempodium 42(3):113–117.
- Aker ve ark (2002)** *Birinci Basamak Hekimlerinin Şizofreniye Bakış Açısı*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3:5-13.
- Anderson J and Adams C (1996)** *Family Interventions in Schizophrenia*, British Medical Journal, 313(7056):505.
- Aydemir Ç, Kasım İ, Cebeci S, Göka E, Tüzer V (2002)** *Kronik Böbrek Yetmezliği Hastalarının Yakınlarında Yaşam Kalitesi ve Psikiyatrik Semptomlar*, Kriz Dergisi, 10(2):29-39.
- Bhugra D (1989)** *Attitudes towards mental illness: a review*, Acta Psychiatr Scand, 80: 1-12.
- Biol L ve ark (1997)** *Böbrek Hastalıkları ve Hemşirelik Bakımı*, İç hastalıkları Hemşireliği, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, Ankara, 437-487.
- Black J M and Nicol N H (1997)** *Nursing Care of Clients with Renal Disorders*, “Medical Surgical Nursing” Ed. by Mattassarini-Jacobs E, W.B. Saunders Company.USA, 1625-1681.
- Broker C (1990)** *A New Role for The Community Psychiatric Nurse in Working with Families Caring for A relative with Schizophrenia*, The International Journal of Social Psychiatry, 36(3):216–224.

- Buldukoğlu K ve Tel H (1992)** *Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hasta Ailelerinin Hastaya ve Hastalığa Karşı Tutum ve Yaklaşımları*, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Esnaf Ofset Matbaacılık, Sivas, 574–580.
- Buzlu S, Pektekin Ç (1998)** *Psikiyatrik Hastalara Evde Bakım*, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 153–158.
- Cimilli C (1997)** *Hemodiyalizinin Psikiyatrik Yönleri*, Official Journal of the Turkish Nephrology, 88-92.
- Cook J et al (1992)** *Marital Satisfaction Among Parents of the Severely Mentally İll Living in the Community*, American Journal of Orthopsychiatry, 62:552-563.
- Corrigan W P, Edwards B A, Gren E, Diwan S L and Penn D L (2001)** *Prejudice, Social Distance, and Familiarity with Mental Illness*, Schizophrenia Bulletin, 27(2):219-225.
- Corring D J (2002)** *Quality of Life: Perspectives of People with Mental Illnesses and Family Members*, Psychiatric Rehabilitation Journal, 25(4):350–358.
- Cramer J A et al (2000)** *Quality of Life in Schizophrenia: A Comparison of Instruments*, Schizophrenia Bulletin, 26(3):659–666.
- Crisp A H ve ark (2000)** *Stigmatisation of people with mental illnesses*, Br J Psychiatry, 177: 4-7.
- Çavuşoğlu H (1996)** *Kronik Hastalıklı Çocuğu Olan Ailelerin Yaşadıkları Güçlükler*, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi, 3(3):130-138.
- Danacı A E ve ark (2005)** *Şizofreni Hastalarında Aile İşlevselliği İle Sosyal İşlevsellik Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi*, Türkiye’de Psikiyatri, 7(3):103–108.
- Doğan O (2001)** *Şizofreni Hastalarının Evde Bakımı*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1):41–46.
- Doğan O, Doğan S, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez F D (2002)** *Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3:133–139.
- Doğan S, Doğan O, Tel H, Çoker F, Polatöz Ö, Başeğmez F D (2002)** *Şizofrenide Psikososyal Yaklaşımlar: Ayaktan Hastalar*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 3:69–74.
- Doornbos M M (1996)** *The Strengths of Families Coping with Serious Mental İllness*, Archives of Psychiatric Nursing, 10(4):214-300.

- Doornbos M M (1997)** *The Problems and Coping Methods of Caregivers of YOUNG Adults with Mental İllness*, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 35(9):22-26.
- Dyer J G et al (1997)** *The psychiatric-Primary Care Nurse Practitioner: A Futuristic Model for Advanced Practice Psychiatric-Mental Health Nursing*, Archives of Psychiatric Nursing, 11(1):2-12.
- Ebrinç S ve ark (2001)** *Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek ve Duygu Dışavurumunun İncelenmesi*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(1):5-14.
- Eker D (1991)** *Ailenin ve Toplumun Akıl Hastalıklarıyla İlgili Tutumu*, Aile ve Toplum, 2(1):72-79.
- Erdem N ve ark (2004)** *Hemodiyaliz Hastalarında Umutsuzluk ve Yaşam Doyumu*, Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, ISSN:1303-5134.
- Fadiloğlu Ç (2002)** *Kronik Hastalıklarda Bakım*, Intertıp Tıbbi Yayıncılık, İzmir.
- Fadiloğlu Ç (2003)** *Kronik Hastalıklarda Bakım II*, Meta Basım Matbaacılık, İzmir.
- Fortinash MK, Holoday AP (1995)** *Person With Cronic Mental Illness*, Psychiatric Mental Health Nursing, Mosby Year Book, Missoure, 685-709.
- Friedrich R et al (1999)** *Well Sibling Living with Schizophrenia. İmpact of Associated Behaviors*, Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health, 37(8):11-19.
- Furnham A and Rees J (1988)** *Lay theories of schizophrenia*. Int J Soc Psychiatry, 34: 212-220.
- Gamble C (1993)** *Working With Schizoprenic Clients And Their Families*, British Journal of Nursing, Vol:2, London.
- Greenburg J et al (1994)** *Contributions of Persons with Serious Mental İllness to Their Families*, Hospital and Community Psychiatry, 45:475-480.
- Gray A J (2002)** *Stigma in Psychiatry*, J R Sos Med, 95:72-76.
- Güleç C, Köroğlu E (1998)** *Psikiyatri Temel El Kitabı*, Hekimler Yayın Birliği, Cilt 1, Ankara.
- Gülseren L (2002)** *Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler*, Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2): 143-151.

- Gümüş B A (2006)** *Şizofreni hastalarının ve Yakınlarının Sağlık Eğitim Gereksinimleri*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7:33-42.
- Gürhan N (1991)** *Psikiyatri Hastalarına Sahip Ailelerin Sosyal İhtiyaçlarına Destek*, Hemşirelik Bülteni, 5(22):67-70.
- Gürhan N (1996)** *Şizofren Hastaların Sosyal Destek*, Hastalık ve Stresle Baş etmelerinin Değerlendirilmesi, III. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu, 7-20 Nisan, Çanakkale.
- Hall M J, Docherty N M (2000)** *Parent Coping Styles and Schizophrenic Patient Behavior as Predictors of Expressed Emotion*, Family Process, 39(4):435-444.
- Hansson L et al (2001)** *The Relationship of Needs and Quality of Life in Persons with Schizophrenia Living in the Community*, Nord J Psychiatry, 57:5-11.
- Işık E (1997)** *Şizofreni*, Kent matbaacılık, 2. Baskı, Ankara.
- Johnson B S (1997)** *Psychosocial Home Care, Psychiatric Mental Health Nursing*, Lippincott Philadelphia, New York, 892-893.
- Jorm AF et al (1997)** *Helpfulness of interventions for mental disorder: beliefs of health professionals compared with the general public*, Br J Psychiatry, 171: 233-237.
- Jungbauer J, Angermeyer M C (2002)** *Living with a Schizophrenic Patient: A Comparative Study of Burden as It Affects Parent and Spouses*, Psychiatry, 65(2):110-123.
- Karancı N (1997)** *Şizofren Hasta Ailelerinin Sağlık Personelinin Beklentileri*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, Şelale Matbaacılık, 57-66.
- Keçeciöglü N ve ark (1995)** *Hemodiyaliz ve Kronik Ambulatuvar Periton Diyalizi Tedavisi Gören Hastalar ve Bu Hasta Yakınlarının Depresyon, Anksiyete ve Yaşam Kalitesi Açısından Karşılaştırılması*, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 3:172-176.
- King M et al (1996)** *Community Care of Patients with Schizophrenia: The Role of The Primary Health Care Team*, British Journal of General Practice, 46, 231-237.
- Kuşcu M K ve ark (2005)** *Şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerinde duygu ifadesi düzeyleri, umut ve kendini suçlama ifadeleri arasındaki ilişki*, Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi, 13(4):249-254.

- Kutlu Y ve Pektekin Ç (1998)** *Psikiyatrik Bozukluğa Sahip Hasta ve Ailelerinin Evde Eğitimi*, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 277–282.
- Küçük L (2005)** *Diyaliz Hastalarında Sık Karşılaşılan Ruhsal Sorunlar*, Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi, 14(4):166–170.
- Lai Y M, Hong C P H, Chee C Y I (2000)** *Stigma of Mental İllness*, Singapore Med J, 42(3):111-114.
- Laidlaw T M et al (2002)** *Caregivers' Stresses When Living Together or Apart from Patients with Chronic Schizophrenia*, Community Mental Health Journal, 38(4):303–310.
- Lefley H (1990)** *Culture and Chronic mental illness*. Hosp Comm Psychiatry, 41:277-286.
- Link B G et al (1997)** *On stigma and its consequences: evidence from a longitudinal study of man with dual diagnoses of mental illness and substance abuse*, J Health Soc Behav, 38: 177-190.
- Link B G, Yang L H, Phelan J C and Colins P Y (2004)** *Measuring Mental Illness Stigma*, Schizophrenia Bulltein, 30(3):511-541.
- Magliano L et al (1998)** *Social and Clinical Factors İnfluencing the Choice of Coping Strategies in Relatives of Patient with Schizophrenia:Results of the BIOMED I Study*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 33(9):413-419.
- Magliano L et al (2001)** *A multicenter Italian study of patients' relatives' beliefs about schizophrenia*, Psychiatr Serv, 52: 1528-1530.
- Markowitz F (1998)** *The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness*, J Health Soc Behav, 39: 335-347.
- McCubbin H and Figley C (1983)** *Bridging Normative and Catastrophic Family Stres*, Stres and the Family, 1:218-228.
- McDonell M G (2003)** *Burden in Schizophrenia Caregivers: İmpact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality- Families and Couple Research*, Family Process, 42:91–103.
- Morrison M et al (1993)** *Correlates of socially restrictive and authoritarian attitudes toward mental patients in university students*, Soc Behav Personality, 221: 333-338.

- Nadir I ve ark (2002)** *Kronik Böbrek Yetmezliğinde Etiyolojik Değerlendirme*, Cumhuriyet Üniversitesi Dergisi, 24(2):62-64.
- Norbeck J S et al (1991)** *Social Support Needs of Family Caregivers of Psychiatric Patients From Three Age Groups*, Nursing Research, 40(4): 208–213.
- Öner H (1999)** Şizofrenik Hasta Yakınlarının Hastalıkla İlgili Bilgileri ve Destekleme Yaklaşımları, Hacettepe Üniversitesi, ANKARA.
- Özaltın G (1999)** *Psikiyatri Hemşireliğinde Hasta ve Hasta Aileleri*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 3, 1, 1–8.
- Özcan A (1996)** *Şizofrenik, Paranoid ve Diğer Psikotik Bozukluklar* “Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı” Ed. N KUM, 101-114, Vehbi Koç Vakfı Yayınları, İstanbul.
- Özcan N K ve Bilgin H (1998)** *Psikiyatrik Evde Bakım*, I. Ulusal Evde Bakım Kongresi Kitabı, İstanbul, 207–212.
- Özçürümez G, Tanrıverdi N, Zileli L (2003)** *Kronik Böbrek Yetmezliğinin Psikiyatrik ve Psikososyal Yönleri*, Türk Psikiyatri Dergisi, 14(1):72–80.
- Özgür B ve ark (2003)** *Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesi İle Anksiyete ve Depresyon Düzeyleri Yönünden Değerlendirilmesi*, Türk Nefroloji ve Transplantasyon Dergisi, 12(2):113–116.
- Özmen E ve ark (2004)** *Hangi Etiket Daha Damgalayıcı: Ruhsal Hastalık Mı?, Akıl Hastalığı mı?* Türk Psikiyatri Dergisi 15(1) 47-55.
- Özyiğit Ş, Savaş H A, Ersoy M A, Yüce S, Tutkun H, Sertbaş G (2004)** *Hemşirelerin ve Hemşirelik Öğrencilerinin Şizofreniye İlişkin Tutumları*, Yeni Sempodium 42(3):105-112.
- Öztürk O (1994)** *Şizofreni, Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara Nuroloji Matbaacılık, 165–197.
- Pektaş İ ve ark (2006)** *Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Epidemiyolojik Çalışmalar ve Toplum Tuh Sağlığı Hemşireliğinin Rolü*, Anadolu Psikiyatri Dergisi, 7:43-48.
- Pescosolido BA et al (1999)** *The public's view of the competence, dangerousness, and need for legal coercion of persons with mental health problems*. Am J Pub Health, 89: 1339-1345.

- Pollio D E et al (2001)** *The Impact of Psychiatric Diagnosis and Family System Relationship on Problems Identified by Families Coping with a Mentally Ill Member*, Family Process, 40(2):199–209.
- Ran MS et al (2003)** *Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia. A randomised controlled trial*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 38: 69-75.
- Rose L E (1996)** *Families of Psychiatric Patients: A Critical Review and Research Directions Nursing*, Archives of Psychiatric Nursing, 10(2):67-76.
- Sağduyu A ve Erten Y (1998)** Hemodiyalize Giren Böbrek Hastalarında Ruhsal Bozukluklar, Türk Psikiyatri Dergisi,9(1):13-22.
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D (2001)** *Halkın Şizofreniye Bakışı ve Yaklaşımı Üzerine Bir Epidemiyolojik Araştırma*, Türk Psikiyatri Dergisi, 12(2):99–110.
- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğuz Ş, Ögel K, Tamar D (2003)** *Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları*, Türk Psikiyatri Dergisi, 14(3):203–212.
- Sağduyu A, Şentürk V, Sezer S, Emiroğlu R, Özel S (2006)** *Hemodiyalize Giren ve Böbrek Nakli Yapılan Hastalarda Ruhsal Sorunlar, Yaşam Kalitesi ve Tedaviye Uyum*, Türk Psikiyatri Dergisi, 17(1):22–31.
- Saltürk D A G (2006)** *Hemodiyaliz Hastalarında Yaşam Kalitesinin Diyaliz Yeterliliği İle İlişkisi*, İstanbul Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- Saunders J C (1999)** *Family Functioning in Families Providing Care For a Family Member With Schizophrenia*, Issues In Mental Health Nursing, 20:93–113.
- Saunders J C (2003)** *Families Living with Severe Mental Illness: A Literature Review*, Issues In Mental Health Nursing, 24:175–198.
- Savaşır I ve Şahin N H (1997)** *Bilişsel-Davranışçı Terapilerde Değerlendirme: Sık Kullanılan Ölçekler*, Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara, 104-109.
- Sayar K (2000)** *Şizofreni ve kültür*, Türk Psikiyatri Dergisi, 11(1):64-73.

- Sellwood J et al (2003)** *The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion.* Psychol Med, 33: 91-96.
- Sevinçok L (2000)** *Şizofreni Etiyolojisinde Psikososyal Nedenler,* Şizofreni Dergisi, 3(1):5-10.
- Soygür H, Çelikel B, Aydemir Ç, Bozkurt S (1998)** *Hasta Yakınları İle Gerçekleştirilen Psikodrama Yöntemli Destekleyici- Eğitici Grup Psikoterapisinin Kronik Şizofreni Gidişi Üzerinde Etkisi:1 Yıllık İzleme Çalışması,* Düşünen Adam, 11(4):5–12.
- Stuifbergen A K (1987)** *The Impact of Cronic Illness on Families,* Family and Community Health, 9, 4, 43–51.
- Stuart G W (1987)** *Principles and Practice of Psycchiatric Nursing,* St Luis, Washington, D.C. Toronto.
- Stuart G W and Laraia M T (1998)** *Stuart and Suddeen's Princibles and Practice of Psychiatric Nursing,* St. Louis, Mosby, Inc.
- Sungur M Z (2000)** *Şizofreni: Mitler ve Gerçekler,*Klinik Psikiyatri Dergisi, 3(Ek-1):5-12.
- Taşkın E O, Şen F S, Aydemir Ö, Demet M, Özmen E, İçelli İ (2002)** *Türkiye'de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Şizofreniye İlişkin Tutumları,* Türk Psikiyatri Dergisi, 13(2):205–214.
- Tel H ve Terakye G (2000)** *Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi,* Anadolu Psikiyatri Dergisi, 1(3):133–142.
- Teschinsky U (2000)** *Living with Schizophrenia: The Family Illness Experience,* Issues in Mental Health Nursing, 21:387-396.
- Thompson J, McFarland G.K, Hirsch J E, Tucker S M (1997)** *Renal System,* Clinical Nursing, Times Mirror Company, St Louis, Missouri, 923-987.
- Turkington D et al (2005)** *Schizophrenia,* Psychoterapy in Psychiatric Disorders, Karnac Book, London, 163-176.
- Tüzer V, Zincir S, Başterzi A D, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E (2003)** *Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi,* Klinik Psikiyatri, 6:198–203.
- Üçok A (1999)** *Şizofreni: Damga, Mitler ve Gerçekler,* Psikiyatri Dünyası, 3:67–71.

- Üçok A (2003)** *Şizofreni Hastası Neden Damgalanır?*, Klinik Psikiyatri, 1:3–8.
- Ünal S, Kaya B, Çekem B, Özışık H I, Çakıl G, Kaya M (2004)** *Şizofreni, İki Uçlu Duygudurum Bozukluğu ve Epilepsi Hastalarında Aile İşlevlerinin Karşılaştırılması*, Türk Psikiyatri Dergisi, 15(4):291–299.
- Varcarolis EM (1998)** *The Several and Persistently Mentally III*, Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing, Saunders Company, New York, 837–850.
- Webster’s New Twentieth century Dictionary, 1983**
- Wiks M N et al (1997)** *Subjective Burden and Quality of Life in Family Caregivers’ of Patients with End-Stage Renal Disease*, ANNA J, 24(5): 527-540.
- Windersteen R T and Rasmussen K L (1997)** *Father of Persons with Mental İllness: A Preliminary Study of Capacity and Service Needs*, Community Mental Health Journal, 33(5):401-413.
- Worley N K (1997)** *Roles and Fonctions of Psychiatric Nurses in the Community*, Mental Health Nursing in the Community, Times Mirror Company, St Louis, Missouri, 67-75.
- Wuerker A K (2000)** *The Family and Schizophrenia*, Issues in Mental Health Nursing, 21:127–141.
- Yanık M, Şimşek Z, Katı M, Nebioğlu M (2003)** *Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Şizofreniye Karşı Tutumları ve Psikiyatri Eğitiminin Etkisi*, Yeni Semposium, 41(4):194-199.
- Yıldırım K Y ve ark (2004)** *Diyaliz Hastalarında Uyku Kalitesi ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki*, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 20(1):35–46.
- Yıldız M (2005)** *Şizofrenili Hastaların Ayaktan Tedavisinde Ruhsal ve Toplumsal Girişimler Neden Gerklidir ve Nasıl Uygulanabilir “Neden Nasıl Şizofreni”* Ed. Candansayar S, Ankara, PEDAY:237-268.
- Yılmaz M (1998)** *Kronik Şizofreni Tanısı Alan Hasta Eşleri İle Kronik Böbrek Yetmezliği Tanısı Alan Hasta Eşlerinin Stresle baş etme Tarzlarının İncelenmesi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir.
- Yurtsever S (2000)** *Kronik Hastalıklarda Yorgunluk ve Hemşirelik Bakımı*, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 4, 1, 16–20.

**[http://www.icn.ch/matters\\_mentalhealth.htm](http://www.icn.ch/matters_mentalhealth.htm), World Health Day, 7 April 2001 "Mental Health:Stop exclusion-Dare to care". 1-4, 2002.**

..... "Schizophrenia", Psychiatric Nursing Care Plans.1991.

## 9. EKLER

### EK 1.

#### BAKIM ROLÜ OLMAYAN BİREYLERİ DEĞERLENDİRME FORMU

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz:

Kadın  Erkek

3-Öğrenim Durumunuz:

Okur-yazar değil  İlköğretim altı  İlköğretim üstü

4-Çalışma Durumu:

Çalışıyor  Çalışmıyor

5-Medeni durumunuz:

Bekâr  Evli

6-Sosyal güvence durumunuz:

SSK  Bağ kur  
 Emekli sandığı  Yeşil kart

7-Aile yapısı:

Çekirdek aile  Geniş aile

8-Ailenizdeki birey sayısı:

2-3  4-5  6 ve üstü

9- Aylık gelir düzeyi (YTL):

.....

**ŞİZOFREN VE KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ HASTALARINA EVDE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİNİ DEĞERLENDİRME FORMU**

1-Yaşınız:

2-Cinsiyetiniz:

Kadın  Erkek

3-Öğrenim Durumunuz:

Okur-yazar değil  İlköğretim altı  İlköğretim üstü

4-Çalışma Durumu:

Çalışıyor  Çalışmıyor

5-Medeni durumunuz:

Bekâr  Evli

6-Sosyal güvence durumunuz:

SSK  Bağ kur  
 Emekli sandığı  Yeşil kart

7-Aile yapısı:

Çekirdek aile  Geniş aile

8-Ailenizdeki birey sayısı:

2-3  4-5  6 ve üstü

9- Aylık gelir düzeyi (YTL):

.....

10- Hastaya yakınlık durumunuz:

Anne  Baba  Kardeş  
 Eş  Çocuklar  Diğer(büyük anne, büyük baba,  
teyze, dayı, hala, amca vb.)

11- Hasta Bireyin Hastalık süresi(yıl olarak belirtiniz)

.....

12- Ailede başka kronik ruhsal hastalığa sahip birey var mı?

Evet  Hayır

13- Varsa kimde ve hangi hastalık?

.....

14- Ailede madde bağımlılığı olan birey var mı?

Evet  Hayır

15- Kullanılıyorsa:

Sigara  Alkol  İlaç

Diğer(esrar, kokain, LDS vb.)

16- Kullanılıyorsa kimler ve miktarı?

.....

17- Ailenizde kronik bir hastanın varlığı sizin yaşam şeklinizi nasıl etkiledi?

.....

## EK 2.

### SUÇLULUK-UTANÇ ÖLÇEĞİ

#### (SUTÖ)

Bu ölçeğin amacı bazı duyguların hangi durumlarda ne derece yoğun yaşandığını belirlemektir. Aşağıda bazı olaylar verilmiştir. Bu olaylar sizin başınızdan geçmiş olsaydı, ne kadar rahatsızlık duyardınız. Lütfen her durumu dikkatle okuyup öyle bir durumda ne kadar rahatsızlık duyacağınızı aşağıdaki ölçekten yararlanarak maddelerin yanındaki sayıların üzerine (X) işareti koyarak belirleyiniz.

1. Hiç rahatsızlık duymazdım.
2. Biraz rahatsızlık duyardım.
3. Oldukça rahatsızlık duyardım.
4. Epey rahatsızlık duyardım
5. Çok rahatsızlık duyardım.

Sizi ne kadar rahatsız ederdi?

Hiç Çok

- |  |     |     |     |     |     |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1. Bir tartışma sırasında büyük bir hararetle savunduğunuz bir fikrin yanlış olduğunu öğrenmek.              | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 2. Evinizin çok dağınık olduğu bir sırada beklenmeyen bazı misafirlerin gelmesi.                             | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 3. Birinin size verdiği bir sırrı istemeyerek başkalarına açıklamak.   | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 4. Karşı cinsten birinin kalabalık bir yerde herkesin dikkatini çekecek şekilde size açıkça ilgi göstermesi. | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |
| 5. Giysinizin, vücudunuzda kapalı tuttuğunuz bir yeri açığa çıkaracak şekilde buruşması ya da kıvrılması.    | (1) | (2) | (3) | (4) | (5) |

6. Bir aşk ilişkisi içinde sadece kendi isteklerinizi elde etmeye (1) (2) (3) (4) (5)  
çalıştığınızı ve karşı tarafı sömürdüğünüzü fark etmeniz.
7. Sorumlusu siz olduğunuz halde bir kusur ya da bir yanlış (1) (2) (3) (4) (5)  
için bir başkasının suçlanmasına seyirci kalmak.
8. Uzman olmanız gereken bir konuda, bir konuşma (1) (2) (3) (4) (5)  
yaptıktan sonra dinleyicilerin sizin söylediğinizin  
yanlış olduğunu göstermesi.
9. Çok işlek bir iş merkezinin bulunduğu bir köşede herkesin (1) (2) (3) (4) (5)  
size bakmasına sebep olacak bir olay yaşamak.
10. Lüks bir restoranda başkaları size bakarken çatal bıçak (1) (2) (3) (4) (5)  
kullanmanız gereken yerde elle yemek yediğiniz  
fark etmek.
11. Başkalarını aldatarak ve onları sömürerek büyük (1) (2) (3) (4) (5)  
kazanç sağlamak.
12. İşçilerinizin sağlığına zarar vereceğini bildiğiniz halde (1) (2) (3) (4) (5)  
bir yönetici olarak çalışma koşullarında bir değişiklik  
yapmamak.
13. Sözlü bir sınav sırasında kekelediğiniz ve heyecandan (1) (2) (3) (4) (5)  
şaşırdığınızda. Hocanın sizin bu halinizi kötü bir sınav  
örneği olarak bütün sınıfa göstermesi.
14. Tanıdığımız birinin sıkıntıda olduğunu bildiğiniz (1) (2) (3) (4) (5)  
ve yardım edebileceğiniz halde yardım etmemek.
15. Bir partide yeni tanıştığınız insanlarla açık saçık bir (1) (2) (3) (4) (5)  
fıkra anlattığınızda birçoğunun bundan rahatsız olması.

16. Aklınızca, bencilce ya da gereksizce büyük bir harcama yaptıktan sonra ebeveyninizin mali bir sıkıntı içinde olduklarını öğrenmek. (1) (2) (3) (4) (5)
17. Arkadaşınızdan bir şeyler çaldığınız halde arkadaşınızın hırsızlık yapanın siz olduğunu hiçbir zaman anlamaması. (1) (2) (3) (4) (5)
18. Bir davette ya da toplantıya rahat, gündelik giysilerle gidip herkesin resmi giyindiğini görmek. (1) (2) (3) (4) (5)
19. Bir yemek davetinde bir tabak dolusu yiyeceği yere düşürmek. (1) (2) (3) (4) (5)
20. Herkesten sakladığınız ve hoş olmayan bir davranışın açığa çıkarılması. (1) (2) (3) (4) (5)
21. Bir kişiye hak etmediği halde zarar vermek. (1) (2) (3) (4) (5)
22. Alış-veriş sırasında paranızın üstünü fazla verdikleri halde sesinizi çıkarmamak (1) (2) (3) (4) (5)
23. Ailenizin sizden beklediklerini yerine getirememek. (1) (2) (3) (4) (5)
24. Çeşitli bahaneler bularak yapmanız gereken işlerden kaçmak (1) (2) (3) (4) (5)

### EK.3.

## ŞİZOFREN HASTALARINA EVDE BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ İÇİN İZİN FORMU

Kronik ruhsal bir hastalık olan şizofreni, sadece bireyi değil bakım veren bireyleri de biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkilemektedir. Bu çalışma hasta ve bakım veren bireylerin suçluluk-utanç düzeyi ve etkileyen değişkenleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence durumu, medeni durum, aile yapısı, ailedeki birey sayısı, hastaya yakınlık durumu, aylık gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, ailede başka kronik rahatsızlığı olan bireyin bulunup bulunmadığı gibi 24 sorudan oluşan tanıtıcı form ve suçluluk-utanç durumunu değerlendirecek 24 maddeden oluşan suçluluk ve utanç ölçeği uygulanacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde vereceğiniz bilgiler bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeme hakkınız var. Araştırmaya katılmayı kabul etmediğiniz takdirde bu durum hastanedeki bakımınızda herhangi bir sıkıntı ve problem oluşturmaz.

Araştırmaya Katılmak İstiyorum

Tarih:

Araştırmaya Katılmak İstemiyorum

İmza:

## **KRONİK BÖBREK YETMEZLİĞİ OLAN HASTALARA BAKIM VEREN AİLE ÜYELERİ İÇİN İZİN FORMU**

Kronik fiziksel bir hastalık olan kronik böbrek yetmezliği, sadece bireyi değil bakım veren bireyleri de biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden etkilemektedir. Bu çalışma hasta ve bakım veren bireylerin suçluluk-utanç düzeyi ve etkileyen değişkenleri incelemek amacıyla planlanmıştır.

Bu araştırmada yaş, cinsiyet, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence durumu, medeni durum, aile yapısı, ailedeki birey sayısı, hastaya yakınlık durumu, aylık gelir düzeyi, sosyal güvence durumu, ailede başka kronik rahatsızlığı olan bireyin bulunup bulunmadığı gibi 23 sorudan oluşan tanıtıcı form ve suçluluk-utanç durumunu değerlendirecek 24 maddeden oluşan suçluluk ve utanç ölçeği uygulanacaktır.

Araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz takdirde vereceğiniz bilgiler bu araştırma dışında hiçbir yerde kullanılmayacak ve gizli tutulacaktır. Bu araştırmaya katılmayı kabul etmeme hakkınız var. Araştırmaya katılmayı kabul etmediğiniz takdirde bu durum hastanedeki bakımınızda her hangi bir sıkıntı ve problem oluşturmaz.

Araştırmaya Katılmak İstiyorum

Tarih:

Araştırmaya Katılmak İstemiyorum

İmza:

## 10. ÖZGEÇMİŞ

1978 yılında Tokat'ın Turhal İlçesinde doğdu. İlkokulu Sivas Tecer İlkokulunda, ortaokulu Sivas Kadıburhanettin İlköğretim Okulunda, liseyi Sivas Kongre Lisesinde okudu. 1994 yılında Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu'nu kazandı. 1998 yılında aynı okuldan mezun oldu. 1998-1999 yılları arasında Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastane'sinde hemşire olarak görev yaptı. 1999 yılında Selçuk Üniversitesi'nde açılan sınavı kazanarak araştırma görevlisi olarak Karaman Sağlık Yüksekokuluna atandı. Halen aynı okulda çalışmaktadır.

## **11. TEŐEKKÖR**

Tezin baŐlangıcından bitimine kadar maddi ve manevi desteğini esirgemeyen aileme, tezin istatistiksel analizinde destek olan Yard. Doç. Dr. Mustafa SEMİZ'e, teŐekkÖr ederim.