



**T.C.  
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**KANSER, ŞİZOFRENİ VE ALZHEİMER HASTALARININ  
BAKIM VERİCİLERİNDE TRAVMA SONRASI GELİŞİMİN  
İNCELENMESİ**

**SEMA TOKER**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**DANIŞMAN**

**Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN**

**İSTANBUL - 2017**

## TEŞEKKÜR

Yüksek lisans eğitimim süresince desteğini esirgemeyen, çalışmalarımnda yol gösterici olan, gelişmemde en büyük katkısı olan sevgili hocam ve danışmanım Sayın Yrd.Doç.Dr. Sibel Doğan'a,

Hemşirelik mesleğini seçmemde yol gösteren ve hayat boyu arkamda duran canım Ailem'e,

Tanıdığım zamandan bugüne kadar her zaman yanımda olan ve yüksek lisans eğitimim boyunca varlığını hep hissettiren, çalışmalarımnda beni yalnız bırakmayan sevgili eşim Kaan'a,

Doğumu ile şans ve uğur getiren, bu süreçte bana sevgisi ile en çok destek olan, uğur böceğim canım oğlum, sevgili Tunay'ıma,

Ayrı şehirlerde olsak da, yüksek lisans eğitimim boyunca bana destek olan ve yardımlarını esirgemeyen, meslektaşım, arkadaşım Naci Yıldırım'a,

Yüksek lisans çalışmalarımı yürüttüğüm Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi nöroloji, psikiyatri, ve iç hastalıkları anabilim dalı hocalarına ve ekip arkadaşlarına, çalışmama dahil olan ve katılımları ile destek veren tüm hasta yakınlarına teşekkür ederim.

## İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

TEZ ONAY FORMU.....	i
BEYAN .....	ii
TEŞEKKÜR.....	iii
KISALTMALAR LİSTESİ.....	vi
TABLolar LİSTESİ.....	vii
<b>1. ÖZET .....</b>	<b>1</b>
<b>2. ABSTRACT.....</b>	<b>3</b>
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ .....</b>	<b>5</b>
<b>4. GENEL BİLGİLER.....</b>	<b>7</b>
4.1. Kanser Hastalığı .....	7
4.1.1. Kanser hastalığının tanımı .....	7
4.1.2. Kanser hastalığının epidemiyolojisi.....	7
4.1.3. Kanser hastalığının etiyojisi.....	10
4.1.4. Prognoz .....	11
4.1.5. Kanser hastalığının hasta ve ailesi üzerindeki psikososyal etkileri .....	12
4.2. Şizofreni Hastalığı .....	15
4.2.1. Şizofreni hastalığının tanımı.....	15
4.2.2. Şizofreni hastalığının epidemiyoloji.....	16
4.2.3. Şizofreni hastalığının etiyojisi .....	17
4.2.3.1. Genetik faktörler.....	17
4.2.3.2. Beyindeki yapısal değişimler.....	18
4.2.3.3. Nörofizyolojik değişimler.....	20
4.2.3.4. Psikodinamik gelişim teorisi.....	20
4.2.3.5. Hormonal değişimler.....	21
4.2.3.6. Sosyoekonomik faktörler .....	21
4.2.3.7. Çevresel faktörler.....	21
4.2.4. Prognoz .....	22
4.2.5. Şizofreni hastalığının hasta ve aile üzerindeki psikososyal etkileri .....	24
4.3. Alzheimer Hastalığı .....	26

4.3.1. Alzheimer hastalığının tanımı.....	26
4.3.2. Alzheimer hastalığının epidemiyolojisi.....	27
4.3.3. Alzheimer hastalığının etiyojisi.....	28
4.3.4. Prognoz .....	30
4.3.5. Alzheimer hastalığının hasta ve aile üzerindeki psikososyal etkileri .....	32
4.4. Travma Sonrası Gelişim .....	33
4.4.1. Travma nedir?.....	33
4.4.2. Travmanın özellikleri.....	34
4.4.3. Travma sonrası gelişim nedir? .....	36
4.4.4. Kronik hastalıklarda travma sonrası gelişim.....	39
<b>5. METOD VE MATERYAL .....</b>	<b>44</b>
5.1. Araştırmanın Tipi.....	44
5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	44
5.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	44
5.4. Araştırmanın Uygulanması.....	44
5.5. Araştırma Değişkenleri.....	45
5.6. Veri Toplama Araçları.....	45
5.7. Verilerin Değerlendirilmesi.....	46
5.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	46
5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği.....	47
<b>6. BULGULAR.....</b>	<b>48</b>
<b>7. TARTIŞMA.....</b>	<b>70</b>
<b>8. SONUÇ .....</b>	<b>87</b>
<b>9. KAYNAKLAR .....</b>	<b>90</b>
<b>10. EKLER .....</b>	<b>104</b>
<b>11. ETİK KURULU ONAYI.....</b>	<b>114</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>117</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>AH</b>	: Alzheimer Hastalığı
<b>APOE-E4</b>	: Apolipoprotein E4
<b>APP</b>	: Amiloid Prekürsör Protein
<b>DM</b>	: Diabetes Mellitus
<b>DSM</b>	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
<b>DSÖ</b>	: Dünya Sağlık Örgütü
<b>EURODEM</b>	: Avrupa Demans
<b>GDO</b>	: Genetiği Değiştirilmiş Organizma
<b>HBV</b>	: Hepatit B Virus
<b>HCV</b>	: Hepatit C Virus
<b>HIV</b>	: Human Immunodeficiency Virus
<b>HPV</b>	: Human Papilloma Virus
<b>IARC</b>	: The International Agency for Research on Cancer (Uluslararası Kanser Araştırmaları Ajansı)
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
<b>SPSS</b>	: Statistical Package for the Social Sciences (Sosyal Bilimlerde İstatistik Programı)
<b>TSG</b>	: Travma Sonrası Gelişim
<b>TSGÖ</b>	: Travma Sonrası Gelişim Ölçeği
<b>TÜİK</b>	: Türkiye İstatistik Kurumu
<b>WHO</b>	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

## TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No.

Tablo 4.1.2.1. 2013 Yılına Ait Seçilmiş AB Ülkelerinde Kanserden Ölümler .....	9
Tablo 4.2.2.1. Genel Popülasyonda Şizofreni Prevelansı.....	16
Tablo 4.2.3.2.1. Şizofreni Hastasında Beyinde Önemli Ayırt Edici Bulgular.....	19
Tablo 4.2.4.1. Şizofrenide Prognozu Olumlu ve Olumsuz Etkileyen Göstergeler ....	24
Tablo 4.3.2.1. EURODEM Alzheimer Hastalığı Prevalans Oranları .....	28
Tablo 4.3.3.1. Alzheimer Hastalığında Olası Risk Faktörleri .....	29
Tablo 4.4.1.1. Travmatik Olayların Gruplandırılması .....	34
Tablo 6.1. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özellikleri.....	48
Tablo 6.2. Bakım Vericilerin Bakım Vermeye İlişkin Özellikleri.....	50
Tablo 6.3. Bakım Vericilerin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları .....	52
Tablo 6.4. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları .....	55
Tablo 6.5. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları.....	57
Tablo 6.6. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları .....	58
Tablo 6.7. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları.....	63
Tablo 6.8. Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları .....	64
Tablo 6.9. Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları .....	68
Tablo 6.10. Bakım Vericilerin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanlarının Korelasyonu .....	69

## 1.ÖZET

### **KANSER, ŞİZOFRENİ VE ALZHEİMER HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNDE TRAVMA SONRASI GELİŞİMİN İNCELENMESİ**

Kanser, şizofreni ve alzheimer gibi kronik hastalıklar, hastada olduğu kadar bakım verici rolünü üstlenen yakınlarında da travmatik yaşantılara yol açarak, bakım vericileri olumsuz etkilemektedir. Araştırma, "Kanser, şizofreni ve alzheimer hastalarının bakım vericilerinde travma sonrası gelişimin incelenmesi" amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır. Çalışmanın evrenini, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Psikiyatri, Nöroloji ve Medikal Onkoloji Poliklinikleri'ne ayaktan başvuran hastaların bakımlarını yürüten primer bakım vericileri oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise 15 Ağustos 2016 / 15 Kasım 2016 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Psikiyatri, Nöroloji ve Medikal Onkoloji Poliklinikleri'ne başvuran kanser, şizofreni ve alzheimer hastalarının bakımlarını yürüten ve çalışmaya katılmayı kabul eden, 180 hasta yakını oluşturmuştur. Çalışmada veriler, bakım vericilerin sosyo-demografik ve bakım verme ile ilgili bazı özelliklerini içeren bir anket formu ile "Travma Sonrası Gelişim Ölçeği" kullanılarak, bakım vericilerle yüz yüze görüşme yolu ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde; verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Çalışmada veriler normal dağılım göstermediğinden bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Ölçek alt boyutları ve toplam puanları arasında ilişkinin yönünü ve gücünü test etmek için ise Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Çalışma sonucunda; bakım vericilerin travma sonrası gelişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde, kanser hastalarının bakım vericilerinin travma sonrası gelişim toplam puan ortalamalarının  $52.01 \pm 18.32$ ; Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin  $47.48 \pm 11.00$ ; şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ise  $31.33 \pm 14.25$  olduğu, yani travma sonrası gelişim toplam puan ortalamalarına göre, travma sonrası gelişimin, kanser hastasının bakım vericilerinde en yüksek, şizofreni hastalarının bakım vericilerinde ise en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bakım vericilerin

travma sonrası gelişim ölçeği alt boyutlarına göre puan ortalamaları incelendiğinde ise; genel olarak ölçek alt boyut puan ortalamalarının yine kanser hastalarının bakım vericilerinde en yüksek, şizofreni hastalarının bakım vericilerinde ise en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Travma sonrası gelişme kavramı, meydana gelen olumsuz yaşam olayları ile mücadele sonrasında gelişen kişinin problem çözme yetilerinde ve pozitif düşünme becerilerinde gelişme, kendine güven duygusunda artış, kendini ifade etme yeteneğinde gelişme gibi “kişisel güçlenme” de denilebilecek pozitif yönde olan ruhsal değişimleri ifade ettiğinden, sağlık hizmetleri içerisinde, çalışma sonucumuzdan da yola çıkarak, özellikle şizofreni hastalarının bakım vericilerini bu boyutlarda güçlendirecek hizmetlerin planlanması ve sunulmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

**Anahtar Kelimeler:** Kanser, Şizofreni, Alzheimer, Bakım vericiler, Travma Sonrası Gelişim



## **2. ABSTRACT**

### **INVESTIGATION OF POST-TRAUMATIC IMPROVEMENT IN CAREGIVERS OF CANCER, SCHIZOPHRENIA AND ALZHEIMER'S PATIENTS**

Chronic diseases such as cancer, schizophrenia and Alzheimer cause traumatic experiences in the patient as well as the relatives who take on the role of a caregiver, and negatively affect the caregivers. The study was performed as a descriptive study to "investigate post-traumatic progression in caregivers of cancer, schizophrenia and Alzheimer's patients". Target population of the study comprises the primary caregivers of the patients admitted to the ambulatory care of Psychiatry, Neurology and Medical Oncology Outpatient Clinics of Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine. Sample of the study comprises 180 caregivers of cancer, schizophrenia and Alzheimer's patients admitted to Psychiatry, Neurology and Medical Oncology Outpatient Clinics of Eskişehir Osmangazi University Faculty of Medicine between 15 August 2016-15 November 2016, who agreed to participate in the study. The data in the study was obtained through a survey form that includes some sociodemographic and caregiver characteristics of the caregivers using "Post-Traumatic Improvement Scale" and with face-to-face interviews with the caregivers. In the analysis of the data, to check whether the distribution of the data is normal, Shapiro-Wilk normality test was used. Since the data in the study does not have a normal distribution, Mann-Whitney U test was used to compare two independent groups whereas Kruskal-Wallis test was used to compare more than two independent groups. To test the direction and power of the correlation between the subdimensions and total scores of the scale, Spearman correlation analysis was used. At the end of the study, when the mean of the total scores were analyzed, it is found that mean total score of post-traumatic improvement of caregivers of cancer patients was  $52.01 \pm 18.32$ ; of Alzheimer's patients was  $47.48 \pm 11.00$ ; of schizophrenia patients was  $31.33 \pm 14.25$ , which means that post-traumatic improvement was the highest in caregivers of cancer patients, and the lowest in caregivers of schizophrenia patients.

When the mean scores are examined according to the caregivers post-traumatic development scale sub-dimensions; In general, the scale subscale average scores were found to be the highest in caregivers of cancer patients and the lowest in caregivers of schizophrenia patients. Since the concept of post-traumatic improvement represents positive emotional changes that can also be regarded as "personal empowerment", such as the growth in problem solving and positive thinking skills of the person after negative life experiences and struggles, increased self-esteem, improvement in the ability to express oneself, within the healthcare services and based on the results of our study, we propose that services which would empower the caregivers of schizophrenia patients in particular should be planned and presented.

**Keywords:** Cancer, Schizophrenia, Alzheimer's, Caregivers, post traumatic improvement

### 3. GİRİŞ

Günümüzde kanser, şizofreni ve alzheimer gibi fiziksel ve ruhsal birçok hastalık kronik nitelik kazanmış olup, hastalıklardan sağ kalım süreleri uzamış bu nedenle bakım ihtiyacı duyan hasta sayısı da ciddi şekilde artmıştır (1). Kanser dünyada ve ülkemizde sıkça görülen bir hastalıktır. Günümüzde kanser tanısı almış bireylerin sayısındaki artış ve hastalıkla ilgili gelişen tanı ve tedavi olanakları hastaların yaşam sürelerinin uzamasını sağlamış ve bu durum hasta yakınlarının tedavi sürecine aktif katılmasına ve hastalarıyla ilgili daha fazla sorumluluk almalarına neden olmuştur (2). Birey ve ailesi hastalık ve tedavi boyunca ortaya çıkan pek çok problemlerle mücadele etmek durumunda kalır (3). Kanser hastalığı hasta kadar hasta yakınlarında ruhsal, fiziksel ve sosyal değişikliklere sebep olarak, bakım vericilerin yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemektedir.

Şizofreni genellikle erken yaşta başlayan, aile üyelerini en çok etkileyen ve en çok aile problemleri yaratan hastalıklardan birisidir. Şizofreni hastaları genellikle aileleri ile birlikte yaşamını sürdürmekte olup bakımları aileleri tarafından yardım almaksızın karşılanmaktadır (4). Bu durumdan ailenin toplumsal ve ekonomik durumu, geleceğe ilişkin düşünceleri ve olağan gidişleri etkilenir (5).

Bakım ve sorumluluk gerektiren hastalıklardan biri de Alzheimer hastalığıdır. Alzheimer hastalığı yalnız hastayı değil, yakın çevresini de etkilemektedir. Alzheimer hastalığı 8-10 yıl bakım vermeyi gerektiren bir hastalıktır (6,7). Hastalığın kronik ve ileri evresinde bakım veren bireyler büyük sorumluluk üstlenip çok ve çeşitli problemlerle karşılaşır (8- 10).

Kanser, şizofreni ve alzheimer gibi kronik hastalıklar, hastada olduğu kadar bakım verici rolünü üstlenen yakınlarında da travmatik yaşantılara yol açarak, bakım vericileri olumsuz etkilemektedir. Travmatik yaşantılar bireyde biyolojik ve psikolojik yıkımlar yaratırken, travma sonrası gelişim kavramı olarak adlandırılan

bazı olumlu gelişmelere yol açabilir (11). Travma sonrası gelişme kavramı, meydana gelen olumsuz yaşam olayları ile mücadele sonrasında gelişen ve pozitif yönde olan ruhsal değişimleri ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır. Travma sonrası gelişim, travmatik bir olay ve sonrasında bireyin mücadelesinde ortaya çıkan ve olumlu olan duygusal, davranışsal ve bilişsel değişimlerdir. Travma sonrası gelişme yaşayan birey hayatın önemini daha iyi kavrayabilir, kişisel arası ilişkilerini geliştirebilir, birey kendisinin ve çevresinin farkına vararak yeni olasılıkları fark edebilir ve ruhsal açıdan kendini geliştirebilir (12, 13).

Bu çalışma kanser, şizofreni ve alzheimer hastalarının bakım vericilerinde travma sonrası gelişimin incelenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

## **4.GENEL BİLGİLER**

### **4.1.Kanser Hastalığı**

#### **4.1.1. Kanser hastalığının tanımı**

Kanser; pek çok belirtinin bir arada görüldüğü, uzun vadeli tedavi gerektiren, bakımı yalnızca hastanede olmayıp evde de özenli bir bakıma gereksinim duyulan, tüm dünyada mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Erken teşhis ve tedavisinin yapılmaması durumunda ise ölüme neden olan hastalık grupları arasında yerini almaktadır (1, 14, 15).

Kanser, bir takım biyolojik ya da fiziksel etkenlere maruz kalan hücrelerin, DNA'sında değişiklik meydana getiren genetik bir hastalıktır. Dünyada ve ülkemizde, günümüzün en karmaşık hastalıklar arasında yer alan kanser hastalığı, hücrelerin sınırsız bir şekilde bölünmesi ile ortaya çıkan malign bir hücre hastalığıdır. Çağımızda, tedavisinde önemli gelişmeler olmasına rağmen, kanser nedeni yeterince belli olmayan, sinsi gelişen ve belirli ölçüde kontrol altına alınabilen bir hastalıktır (16, 17).

Kanser, gelişmiş ülkelerde görüldüğü gibi gelişmekte olan ülkelerde de görülen ve görülme sıklığı giderek artan bir sağlık problemidir. Bu hastalık daha önceleri ölüme sebep olan hastalıklar arasında yedinci ve sekizinci sırada yer alırken, dünyanın bir çok yerinde kalp hastalıklarından sonra gelen ve ikinci sıraya yerleşen ölüm nedenleri arasındadır (18).

#### **4.1.2. Kanser hastalığının epidemiyolojisi**

Kanser epidemiyolojisi, toplumda görülen kanserin özelliklerini ve nedenlerini araştırmak amacıyla ortaya çıkmıştır (19). Aynı zamanda kanser epidemiyolojisi, tümörle ilgili hastalıkların insan topluluğundaki dağılımını ve bu dağılımı etki eden etmenleri belirlemeye yarayan bu bilgilerin istatistiksel olarak ifade edilmesini sağlayan bir araştırma yöntemidir. Epidemiyolojik çalışmalardaki gaye; farklı kanser tiplerinin toplumdaki görülme sıklığının ortaya konulması ve kanser oluşumuna sebep olan nedenlerin belirlenmesi, risk altındaki kişilerin tespit

edilmesi ve şayet mümkün ise hastalığın oluşum ve ilerlemesini engellemeye yönelik korunma yöntemlerinin gelişimini sağlamaktır (20).

Bir ülkenin kanser epidemiyolojisinin gösterilebilmesi için ülkeyi temsil eden toplam nüfusun %20'sinin kanser vaka sayısını bilmek gerekir. Türkiye'yi temsil eden nüfusun %20'sini; Ankara, Antalya, Erzurum, Eskişehir, Edirne, İzmir, Samsun ve Trabzon illerine ait (8 il) veri toplamı Türkiye geneli olarak varsayılmaktadır (21).

Günümüzde 60 yaş ve üstü nüfus giderek artmaktadır. Yaşlanma ile birlikte kanserin görülme durumunda da artış olmaktadır. Bugün dünyada ve ülkemizde kanser, 65 yaş üstü kişilerde kardiyovasküler hastalıklardan sonra gelen en sık ölüm nedenlerinden ikincisidir; fakat kardiyovasküler nedenlerden kaynaklı ölümler azalırken kanser hastalığına bağlı ölümlerin sıklığında artış görülmektedir (22). 2002 yılında ülkemizde kanser hastalığına bağlı ölümler, tüm ölümlerin %12'sini oluşturmaktayken bu oran 2009'da %21'e çıkmıştır (23). Ülkemizde 0-1 yaş grubunu dahil etmediğimizde gerçekleşen her on ölümden biri kanserden kaynaklanmaktadır (16, 24, 25).

Her yıl 14 milyon kişinin yakalandığı kanser, tüm ülkeleri ve insanları yaş, cins, dil, din, ırk ve zengin ya da fakir ayrımı yapmaksızın etkilemektedir. 2011 yılında ölüm nedenleri arasında kanser birinci sıraya yerleşmiştir (26).

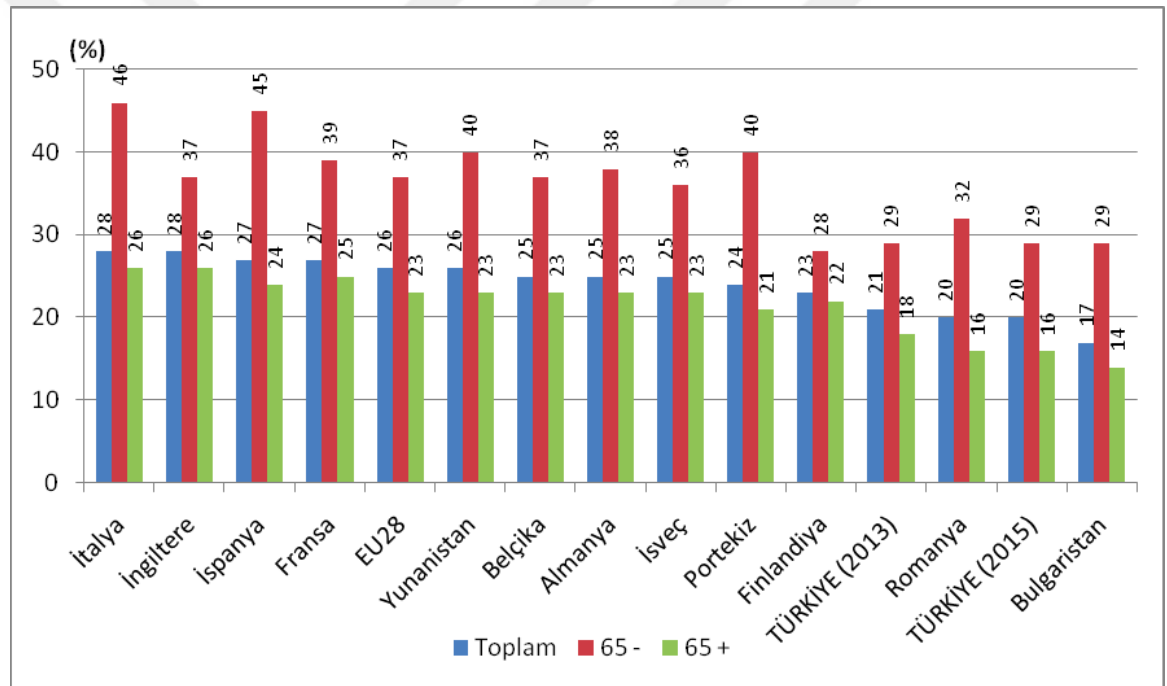
Yeni kanser verilerine göre 2012 yılında 14.1 milyon kanser vakası ortaya çıkmış ve bunların 8.2 milyonu kansere bağlı ölümle sonuçlanmıştır (18, 27).

Uluslararası kanser ajansı Globocan 2012 verilerine göre dünyada erkeklerde görülen kanser vakalarının istatistiksel verilerine bakıldığında ilk sırayı akciğer, prostat, kolorektal, mide ve karaciğer kanseri alırken, Türkiye Kanser Kontrolü 2014 verilerine göre ülkemizde ilk sırayı akciğer, prostat, mesane, kolorektal ve mide kanseri almaktadır. Kadınlarda ise dünyada en sık görülen kanser türü sıralamasında ilk sırayı meme, kolorektal, uterus serviksi, akciğer ve uterus korpusu oluştururken,

ülkemizde kadınlarda kanser türü sıralaması meme, tiroid, kolorektal, uterus korpusu ve akciğer kanseri şeklindedir (18, 23).

AB' ye ait 2013 yılı verileri incelendiğinde her dört ölümden birinin kanser nedeni olduğu görülmektedir. Kanserden kaynaklı ölümlerin toplamına bakıldığında İtalya ve İngiltere'nin %28, İspanya ve Fransa'nın %27 ile üst sıralarda; Bulgaristan'ın %17, Romanya'nın %20 ve Finlandiya'nın %23 ile alt sıralarda yer aldığı dikkati çekmektedir. Türkiye için bu oran 2013 yılında %21, 2015 yılında ise %20'dir (28).

**Tablo 4.1.2.1. 2013 yılına ait seçilmiş AB ülkelerinde kanserden ölümler**



Kaynak: TÜİK, 2016 (28)

Yaş kriterlerine bakıldığında AB'deki 65 yaş altı ölümlerin %37'sinin, 65 yaş üstü ölümlerinse %23'ünün kanser kaynaklı olduğu görülmektedir. Türkiye'nin ise 2013 yılında %18, 2015 yılında %16 kanser ölüm oranı ile son sıralarda yer aldığı görülmektedir (28).

Türkiye’de 2015 tarihinde tespit edilen 392 bin 429 ölümden %29’unu 65 yaş altı ölümler oluşturmuştur. 65 yaş altındaki bu ölümlerin %29’u kanser nedeniyle gerçekleşirken, 65 yaş ve üstü ölümlerde kanserin oranı %16 ile ikinci sırada yerini almaktadır (28).

Gelişmiş ülkelerde 2020’li yıllardan sonra ölümlerde ilk sırayı kanserin alacağı öngörülmektedir. Aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre 2030 yılında dünya çapında yaklaşık 26 milyon insanda kanser görüleceği tahmin edilmektedir (3, 29). Kanserde benzer gidişat sürdüğü takdirde 2030 yılında yıllık 22 milyon yeni vaka ortaya çıkması yani 2008 verilerine göre yeni vakalarda %75 artış olması tahmin edilmektedir (30).

#### **4.1.3. Kanser hastalığının etiyolojisi**

Kanser hastalığının etiyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte, yapılan çalışmalara göre hastalıkla ilgili yeni bilgiler elde edilmiştir. Kanser hastalığın ortaya çıkmasında etiyolojik olarak çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Bu faktörler hem dış (çevresel), hem de iç (genetik) faktörlerden kaynaklanmaktadır. Kanser oluşumundaki temel dış (çevresel) faktörler şunlardır: Tütün kullanımı, kötü beslenme ve obezite, düşük fiziksel hareketlilik, aşırı tuz kullanımı, alkol kullanımı ve güneş ışığının zararlı etkilerine maruz kalma, kimyasallar, radyasyon. Temel iç (genetik) faktörler ise kalıtsal mutasyonlar, hormonlar, bağışıklık koşulları ve mutasyonlar gibi faktörlerdir. Bu nedenlerden kaçınılarak sıkça görülen kanserlerin üçte biri önlenbilir diğer üçte biri ise taramalar ve erken teşhis ile tedavi edilebilir (31- 33).

Kanser oluşum nedenleri arasında rol oynayan faktörlerden biride alkol ve tütün kullanımınıdır. Tütün ve ağır alkol kullanımına bağlı gelişen kanserlerin büyük çoğunluğu engellenebilir. 2010 yılında, kanser nedeniyle gerçekleşen 8 milyon ölümün, 1.5 milyonu tütün kullanımı nedeniyle geliştiği bilinmektedir. Ek olarak dünya geneli kanserlerin 1/4’inin şişmanlık, fiziksel inaktivite, yetersiz beslenme gibi engellenebilir nedenlerle ilişik olduğu gösterilmiştir (33).



Human Papilloma Virus (HPV), Hepatit B Virus (HBV), Hepatit C Virus (HCV), Human Immunodeficiency Virus (HIV), helikobakter pylori gibi enfeksiyöz ajanlara bağlı gelişen kanserlerin büyük bir çoğunluğu yaşamsal değişiklikler, enfeksiyon kontrol programları, aşılama, antibiyotik gibi tedavilerle önlenbilir (33).

Kansere bağlı ölümlerin %30'undan besinler ve yanlış beslenme sorumludur. Şişmanlık bazı kanserlerin riskini artırır. Hayvansal (doymuş) yağların fazla tüketimi en başta kolo-rektal kanser riskini artırır. Liften bol diyetle beslenme koruyucudur. Gıda güvenliği, çok ciddi bir kamusal yükümdür. Genetiği değiştirilmiş organizma (GDO), içeren besinlere "özen" sürdürülmelidir. Hazır gıdalardaki pek çok katkı maddesi (additive) kansere neden olabilir. Kötü pişirilmiş ve saklanmış gıdalarda kansere yol açan maddeler ortaya çıkar. Alkol, küflenmiş besinler, aflatoksin karaciğer kanserine neden olduğu gösterilmiştir (33).

Kimyasal etmenlerin toksik etkileri sağlık hizmeti sunanlar ve halk tarafından sıklıkla iyi anlaşılmamış ya da değerlendirilmemiştir. Kimi kimyasallar örn. asbest, kauçuk (vinil klorid) ve kurşun, insan hastalıklarının nedenleri olarak iyi bilinirler. Öbür çalışmalar, kanserler, sıtma ve gelişimsel bozukluklarda artışın, özellikle genç çocuklarda kimyasal bozukluğa neden olabileceğini düşündürmektedir (33).

#### **4.1.4. Prognoz**

Hastalığın seyrini gösteren ve belirleyen ölçütlerin tamamına prognoz denir. Kanserde en önemli unsur, kanserli hücrenin benign veya malign olmasının belirlenmesidir. Bu iki unsurun haricinde kanserli hücrenin büyüklüğü, histolojik türü, yeri, lenf nodu tutulumu, ve büyüme hızı kanserde prognozu belirleyen diğer etkenlerdir. Tedavi sırasında ya da hastalığın gidişatında meydana gelen enfeksiyonlar, kanserin morbidite ve mortalitesinde önemli bir neden oluşturmaktadır. Gerek altta yatan nedene bağlı olarak bağışıklık ve hücre bütünlüğünün bozulmuş olması, gerek sitotoksik kemoterapi ile humoral ve hücreli immün sistemin baskılanması enfeksiyon riskini artırır ve kanserli hastaların enfeksiyona yakalanması daha kolay hale gelir. Bu durum hastalığın seyrini etkiler (34).

Kanser hastalarının tedavi süreçleri ve amaçları doğru tespit edilmelidir. Tedavi amaçlı uygulamalardaki eksik tedaviler hem ekonomik olarak hem de hastanın yaşam kalitesini etkileyip, yaşam süresinin azaltmak gibi olumsuz sonuçlar doğurabilir. Bu nedenle kanser tedavilerinde yarar ve zarar düzeyi düşünülmelidir. Gereksiz istenen tahliller ve şikayet olmadığı halde hastalığın ilerlemesini erken öngören zaman alıcı ve pahalı tetkiklerin belli aralıklarla yapılması, prognozu kötü etkilemektedir (35).

#### **4.1.5. Kanser hastalığının hasta ve ailesi üzerindeki psikososyal etkileri**

Kanser, bedensel bir hastalık olmasının yanı sıra ruhsal ve psikososyal açıdan birçok problemi de beraberinde getiren, aynı zamanda ölüm sebebi olarak düşünülen, psikiyatrik bozukluğun ortaya çıkma durumunun yüksek olduğu kronik bir hastalıktır (15, 36).

Gelişmelere rağmen kanser; hasta ve yakınları için, tanı alınmasından, tedavi sürecine ya da ölüm ve yas sürecini de içine alan, içerisinde fiziksel, ruhsal ve psikososyal birçok problemin yaşanmasına neden olan bir süreçtir (37). Aynı zamanda kanser, hasta bireyi yalnızca fiziksel ve ruhsal yönden etkileyen bir hastalık değil, aile bireylerinin işlevselliğini de bozan bir hastalıktır. Aile fertlerinden birinde meydana gelen, hayatı tehdit eden kanser hastalığı, tüm ailenin yaşam biçimini, rollerini ve gelecek ile alakalı beklentilerini yeniden değerlendirmesine neden olur. Kanser ile ilgili yapılan ilk araştırmalar, meme kanseri olmuş kadınların eşleri ile yapılmış olan çalışmalardır. Sonrasında ise farklı kanser tipleri ve aile fertlerinin yaşadıkları zorlukları içeren araştırmalar yapılmıştır. Yapılan çalışmaların ortak sonucu olarak kanser; bireyin kendisi kadar ailesini de etkileyen ve pek çok problemin ortaya çıkmasıyla karakterize bir hastalık olarak düşünülmektedir (38). Yapılan çalışmalarda kanser hastalığının üzerinde olumlu etki bırakan etkenlerden birinin hasta bireyin medeni durumudur. Araştırmalar, evli olan kanser hastalarının hastalık seyrinin, olmayanlara göre prognozunun daha iyi olduğunu göstermektedir. Önemli olan evli bireyin bu dönemdeki evliliğinin, duygusal ve destekleyici paylaşımı olan bir evliliğe sahip olmasıdır. Çünkü meme kanseri olan kadınlarda evli olmak destekleyici olmaktan ziyade hasta bireyde strese neden olabilmektedir (38).

DSÖ 2004 yılı raporunda, ruhsal sorunların risk faktörleri arasında, uzun süreli yaşamı tehdit eden ve fiziksel problemlere neden olan hastalıklardan birinin de kanser olduğunu bildirmişlerdir. Ailede kanser hastasının var olması, günlük işlerin değişmesine, aile içi ilişkilerin farklılaşmasına ve yeni durumlara uyum sağlanmasında güçlük yaşanmasına neden olur (39). Kanser hastalığı, aile bireylerini etkileyen, günlük rutinlerinin bozulmasına neden olan çalışma hayatlarına devam etmelerini engelleyen ve sosyal yaşantılarını kısıtlayan bir hastalıktır. Kanser hastalığı hasta ve hasta yakınlarında ruhsal, fiziksel ve sosyal değişikliklere sebep olmakla birlikte, bakım verenlerin yaşam kalitelerini etkileyerek çaresiz, umutsuz, depresif duygulanım yaşamalarına neden olmaktadır. Bakım vericilerin yaşam kalitelerinin, kanser hastası yakınlarına bakmaları nedeniyle hastalık süresince etkilendiği bilinmektedir (40).

Yakar ve Pınar çalışmasında, kanser hastalığının tedavi sürecinin, hem hasta bireyi hem de bakım vericilerini olumsuz yönde etkilediğini bildirmişlerdir (2). Araştırma sonuçlarına göre bakım vericilerin bakım verme sürecinde ruhsal ve fiziksel sağlıklarının bozulduğu ve yarım fazlasının sorumluluklarını yerine getiremediği, çalışma hayatlarında ve aile ilişkilerinde güçlük yaşadığını saptamışlardır.

Kanser hastalığı, evde bakımı gerektiren hastalık gruplarından biridir. Bu bakım verme işlemi genelde eş, çocuklar, akraba ya da arkadaşları tarafından gerçekleştirilir. Bakım verme yükü, hastalıkla mücadele eden, karşılığında herhangi bir ücret almayan, kendine ayırmış olduğu zamanın neredeyse tamamını hastasına ayıran bu nedenle günlük rutinlerinin aksamasına neden olmasına rağmen aynı zamanda sosyal ilişkilerinde kendini geri plana atan, psikolojik durumunu olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu durum bakım vericileri fiziksel, sosyal, ekonomik yönden etkilemekle kalmayıp, aynı zamanda yaşam kalitelerinde azalmaya ve sağlık durumlarının da bozulmasına yol açan bir durumdur (2, 41).

Kanser belirsizlik duygusunun yoğun olduğu bir hastalıktır. Bu belirsizlik genellikle hastanın ve ailesinin kaygılanmasına neden olur. Hastalığın gidişatı ile

ilgili yapılan tetkikler sonucunda ve sonrasındaki aşamada ne olacağını bilinmemesi hasta ve ailesinin kaygı düzeyini artırmaktadır. Kanser sürecini yaşayan hasta ve ailesi hayatlarındaki belirsizlik sebebi ile karar verme yetilerini kaybedebilirler. Karar vermede güçlük yaşayan bireyin bu durumu, korku öfke, kaygı, çaresizlik, depresyon ve gerginlik gibi durumlar yaşamasına neden olur. Aynı zamanda hastalığın yeniden tekrar etmesi ile alakalı korku, kaygı öfke, kontrol kaybı ve ölüm gibi endişeler yaşamalarına neden olmaktadır (42, 43).

Kanser hastalarının çoğunda, psikiyatrik bozukluğun ortaya çıktığı düşüncesi ya da her şeyin normal kabul edildiği düşüncesi doğru değildir. Hasta bireyin, duygusal ve davranışsal tepkileri, hastalığın normal yada olması gereken sınırları aşması ile birlikte bireyde, psikiyatrik ve psikososyal gibi tepkilerin ortaya çıkmasına neden olur. Bu tepkiler kanserin çeşidine, bireyin özelliğine ve psikososyal çevreye göre değişiklik gösterir. Hasta bireyin kansere göstermiş olduğu tepkiler duygusal tepkiyi belirler, bu duygusal tepkiler bireyin kişilik yapısına ve psikososyal ortama göre farklılık gösterir. Hasta bireyde kansere karşı gelişen duygusal tepkilerin en bilinenleri, kendilerini yalnız hissetme, kaygı, güçsüzlük, inkar, öfke, karşı çıkma, yansıtma, reddetme ve depresyondur. Kanserde uyum güçlüğü ve çaresizlik ölüm korkusu, başkasına bağımlı olacağı düşüncesi, yaşama dair ideallerinin yarım kalacağı düşüncesi depresyon gelişimine neden olan bir durumdur (38, 44). Bu tepkilerin yanında, fiziksel olan hastalıkla ilgili hastalar ve yakınları psikolojik olarak problem yaşarlar. Bu problemler; gelecek hakkında şüphe duyma ve kaygı yaşama, iyileşmeler bile hastalığa bağlı ölüm korkusu hissetmeleri, hastalığın anlamlandırılmamasına bağlı olarak sorulan neden ben, niçin şimdi gibi sorular, kontrol kaybı, yetersizlik, başarısızlık duygusu, stigma ve hastalığın gizlenmesidir. Hastalığın gizlenmesi hem damgalanma hem de hastalık seyrinin olumlu gidişinde hasta bireyin korunması için önemlidir (38).

Bu sıkıntıların sebebi kanserin, bireylerde umutsuzluk, ağrı, endişe ve ölüm korkusu oluşturmasıdır (45). Bu nedenle kanser hastalarının kaygı ve acılarını azaltmak, ölümcül hastalıklarla baş edebilmesini sağlamak, tedaviye uyumunu kolaylaştırmak, yaşam kalitesini arttırmak, hastalıkla mücadelesini destekleyip

yaşam gücünü arttırmak ve çok yönlü krizle sağlıklı baş etmeye yardımcı olmak için psikososyal desteğe gereksinim vardır (36).

## **4.2. Şizofreni Hastalığı**

### **4.2.1. Şizofreni hastalığının tanımı**

Şizofreni, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını etkileyen aynı zamanda algıda, duygulanımda ve düşüncelerde bozulma ile birlikte, bireyin iş hayatında, insan ilişkilerinde ve sosyalleşmesinde adaptasyon sorunu yaşamasına neden olan kronik psikiyatrik bir hastalıktır. Hastalığın belirtileri bakımından tipik bir başlangıcı bulunmamaktadır. Hastalık davranışlarda değişim, varsanılar, sanrılar ve taşkınlıklarla kendini gösterebileceği gibi sinsi seyirli de olabilmektedir (4, 46-49).

Şizofreni genellikle erken yaşta başlayan, tüm toplumlarda görülen, cinsiyet ayrımına bakmaksızın, iyileşme ve yenilemelerle sürüp giden, bireyde duygu, düşünce, bellek, hareket, davranış ve gerçeği algılama yetisinde bozulmalara yol açan ruhsal bir hastalıktır (50-52). Aynı zamanda şizofreni bireyin kendi iç dünyasına dönerek kendini çevreden soyutlayarak işlevselliğini yitirdiği, problem çözme yetisinin ve duygusal durumunun bozulduğu hayat boyu süren, yaşam kalitesini etkileyen ciddi bir rahatsızlıktır (53).

Şizofreni hastalığına sahip bireylerin hastalığa yakalanmadan önceki özellikleri genellikle, sessiz, yalnız kalmayı tercih eden, fazla arkadaş edinmeyen, içe-dönük ve kendilerine güveni az olan bireylerdir. Şizoid, şizotipal, paranoid ve sınırlı kişilik yapısına sahiptirler. Tanı konulmasında bu nokta önemlidir. Alınan anamnezde bireyin canlı, dışa-dönük, uyumlu, ilgili kişilik özelliklerine sahip olduğu öğrenildiğinde, herhangi bir şey olmasa dahi şizofreni form bozukluğu ya da duygu durum bozukluğu olabileceği düşünülmelidir (51).

Yapılmış bir çalışmada, erişkin yaşamda şizofreni tanısı alan çocukların, hem ergenlik öncesi dönemlerinde, hem de bazı bilişsel yetilerinde (dikkat, işlem belleği gibi) gelişme hızının normalde olması gerekene göre daha yavaş olduğu belirtilmiştir (51). Şizofreni hastalığı çocukluk döneminde de ortaya çıkabilir; fakat çocukluk döneminde başlayıp yetişkinlikte de devam eden şizofreniyi, ayrı bir hastalık türü

olan çocukluk şizofrenisinden ayırt etmek gerekir. 18 yaşından önce başlayan şizofreniye erken başlangıçlı, 13 yaş öncesi başlayan şizofreniye ise çok erken başlangıçlı şizofreni ismi verilir aynı zamanda çocukluk çağında görülen psikotik belirtiler, ileri dönemde şizofreniye yakalanma riskini etkilemektedir. Şizofrenin 45’li yaşlardan sonra görülen türü de, geç başlangıçlı şizofreni olarak nitelendirilmektedir. Geç başlangıca sahip vakalar, mesleki işlevsellik öyküsü ve kadınlarda yüksek görülme oranı, pozitif belirti göstermeleri, olumlu antipsikotik tedaviye ve düşük dozda hastalığa verilen cevabı ve daha az tahribata maruz kalmaları ile erken başlangıçlı vakalardan ayrılırlar (54).

#### 4.2.2. Şizofreni hastalığının epidemiyoloji

Şizofreni hastalığının toplumda yaşam boyu görülme sıklığı yaklaşık olarak %1 ile %5’tir. Genellikle 25 yaşından önce başlar. Bütün toplumsal sınıflarda görülür. Ancak endüstrileşmiş ve düşük sosyo-ekonomiye sahip toplumlarda daha fazla görülmektedir. Kadın ve erkeklerde görülme sıklığı aynıdır. Hastalığın başlama yaşı kadınlarda 25-35 iken erkeklerde ise 15-25’tir. Şizofreni tanısı alan hastaların %90’ı 15-55 yaş arasındadır (51, 55).

Bazı yabancı kaynaklarda genel popülasyonda görülen şizofreni prevelansı oranları Tablo 4.2.2.1’deki gibidir.

**Tablo 4.2.2.1. Genel popülasyonda şizofreni prevelansı**

Popülasyon	Prevelans
Genel Popülasyon	%1
İkiz olmayan şizofreni hastaları	%8
Anne-baba herhangi biri şizofreni ise	%12
Çift yumurta ikizlerinde	%12
Ebeveynlerin her ikisi de şizofreni ise	%40
Tek yumurta ikizlerinde	%47

Kaynak: Sadock ve Sadock, 2011 (54)

Kadınlarda hastalığın görülme durumu erkeklere oranla 3-4 yıl daha geç zamanlıdır. Erkek hastaların %61.6’sında, kadın hastaların 47’sinde hastalık ile ilgili

belirtiler 25 yaş civarında ortaya çıkmaktadır. Fakat bu oranlar şizofreni hastalığının fazla olduğu aileler için kabul edilmiş değerdir. Kadınlarda görülme sıklığı 40-45 yaşında ve menopoz öncesi dönemde ikinci kez daha yüksek seyreder. Bazı araştırmalarda negatif semptomların, erkeklerde daha belirgin olduğu, sosyal ilişkilerde ise kadınların, erkeklere göre daha iyi olduğu, erkeklerin işlevsellik boyutlarında daha fazla yıkıma maruz kaldıkları gözlemlenmiştir (51, 55).

Dünya Sağlık Örgütü'ne ait verilere bakıldığında toplumda %0.7 oranında görülmekteyken ülkemizde Binbay ve arkadaşlarınınca yapılan çalışmalarda bu oran %0.89 olarak görülmektedir (56). Türkiye'de özürülük ile kaybedilen yaşam yıllarının ilk 20 nedeninin dağılımına ait hastalıklar listesinde şizofreni hastalığı erkek bireylerde 9. , kadın bireylerde 11. sırada bulunmaktadır (57).

Şizofreni kuzey yarıkürede ocak- nisan, güney yarıkürede haziran-eylül aylarında doğanlarda daha sık ortaya çıkmaktadır (55).

#### **4.2.3. Şizofreni hastalığının etiyojisi**

Şizofreni etiyojisi ile ilgili sayısız çalışmalar yapılmış olup, yapılan çalışmalarda farklı görüşler ortaya çıkmıştır. Hastalığın etiyojisi hakkında kesin bir bilgi bulunmamaktadır. Öztürk ve Uluşahin şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında psikolojik faktörlerin rol oynadığını aynı zamanda stres ve baskınında hastalığı tetiklediğini ifade etmiştir (51).

Şizofrenin etiyojisini yedi başlık altında toplanabilir:

##### **4.2.3.1. Genetik faktörler**

Şizofreni ile ilgili yapılan çalışmalarda, şizofreninin ortaya çıkmasında birden fazla etkenin yan yana gelmesi sonucu bu hastalığın ortaya çıktığı görüşüne varılmıştır. Klinik gözlemlerde kalıtımsal bağı olan kişilerde genetik yatkınlığın olduğu, başka nedenlerde birleşmesi ile de hastalığın ortaya çıktığı görülmektedir. Bu görüşe göre şizofreni tanısı almış kişilerde, şizofreni hastalığının genetik aktarımdan kaynaklı olabileceği düşünülmele birlikte bu yatkınlık farklı etmenler yan yana gelmediği takdirde ortaya çıkmamaktadır. Şizofreninin genetik etiyojisi

ile ilgili yapılan başka çalışmalar ise aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarına dayanmaktadır (58). Bu çalışmaların sonucuna göre, şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında kalıtım önemli ve kesin bir risk faktörüdür (59). Ayrıntılı yapılan çalışma sonuçlarına göre, şizofreni etiolojisinde, genetik rolün %81'lik payı olduğu, çevre etkisinin ise %11 civarında olduğu bildirilmiştir (60).

Bu zamana kadar şizofreni genetiği ile ilgili yapılan çalışmalar, bu hastalığın 5, 6, 8, 10, 13 ve 15. kromozomlar ile ilgili olduğunu göstermiştir. Elde edilen bu veriler şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında genetik rolün etkisini desteklerken, sadece bu etkenden kaynaklı olmayıp aynı zamanda başka faktörlerin de rol oynadığını net olarak göstermiştir (61).

Tek yumurta ikizlerinde şizofreni eş görülme oranlarının, sıradan kardeşler ve çift yumurta ikizlerine göre görülme oranından daha yüksek bir oranda olduğu birçok çalışmada belirlenmiştir (62). Şizofreninin ortaya çıkmasında etkili olan risk faktörleri arasında genetik, yaş, cinsiyet, medeni durum, doğum mevsimi, enfeksiyonlar, stres verici olaylar, göçmenlik, gebelik ve doğum komplikasyonları ile toplumsal sınıf belirgin olarak göze çarpmaktadır (55, 63).

Aile çalışmalarında, anne ve babası sağlıklı olan çocukların hayat boyu bu hastalığa yakalanma riski %1 iken, genetik yatkınlık nedeniyle tek yumurta ikizlerinin birinde şizofreni görülmesi durumunda diğerinde şizofreni görülmesi olasılığı %50, anne babanın ikisinin birden şizofreni olması halinde çocuklarda görülme olasılığı %40, anne ya da babanın birinin şizofreni olması durumunda çocuklarda görülme olasılığı %8, kardeşlerden birinin şizofreni olması halinde diğer çocukta hastalığın olması olasılığı %12'dir (55, 63).

#### **4.2.3.2. Beyindeki yapısal değişimler**

Şizofreni hastalarının beyin yapısı incelendiğinde, genel olarak beynin temporal bölgesinde, kortikal gri maddenin azaldığı, beyin beyaz cevher yolu değişimi, hipokampus, entorhinal korteks, talamus ve amigdala gibi kısımlarında küçülmenin olduğu ve bazal gangliyon hacimlerinde artış görüldüğüne dair çeşitli



yapısal değişim gözlemlenmiş; fakat bu durumun hastalık oluşumunda yetersiz olduğu ifade edilmiştir (64, 65).

**Tablo 4.2.3.2.1. Şizofreni hastasında beyinde önemli ayırt edici bulgular**

<b>Beyin Bölgesi</b>	<b>Bulgular</b>
Genel	Beyin bölgesinde küçülme
	Ventriküler hacimde artma
Kortikal	Frontal lobda küçülme (dorsolateral prefrontal korteks ve orbitofrontal ve dorsomedial bölgede)
	Temporal planum asimetrisinde azalma
	Parietal lobda potansiyel hacim azalması
	Serebral bulgularda uyumsuzluk
	Frontal lob sinir hücrelerinde artma
	Temporal lob hacminde artma (media temporal lob ve superior temporal lob bölgesinde)
	Subkortikal
	Tedavi öncesi bazal ganglio hacminde azalma
	Talamik hacminde azalma
	Antipsikotik ilaç tedavisi ile bazal ganglio hacminde artma
Beyaz Cevher	Beynin bazı bölümlerinde (temporal, frontal, korpus kallozum) beyaz cevherde azalma
	Oblingodendrosit sayısında azalma

Kaynak : Mueser ve Jeste, 2008 (66)

#### 4.2.3.3. Nörofizyolojik değişimler

Şizofreni hastalığının ortaya çıkmasındaki olası risk faktörlerinden biride viral enfeksiyonlardır. Yakın zamanda yapılmış araştırmalara göre, gebeliğin ikinci trimesterinde karşılaşılan viral enfeksiyonların şizofreniye yakalanma riskini arttırdığı görülse de kesin bir kanıt elde edilememiştir (52).

Şizofreni toplumsal alt sınıflarda daha fazla görülmektedir. Bu durum iki farklı şekilde ifade edilmiştir. Birinci yaklaşıma göre alt sınıflar, yetersiz toplum desteği, enfeksiyonlar, doğum öncesi bakımın yetersiz olması gibi olumsuz koşullar nedeniyle şizofreniye yatkın hale gelmektedirler. İkinci yaklaşım ise, genetik yapılarında şizofreniye yatkınlık taşıyan ailelerde, bu durumun kuşaktan kuşağa aktarılarak kayması durumudur (67).

Şizofreni hastalığındaki bir diğer risk faktörü de doğum mevsimidir. Yapılan çalışmalarda, kış aylarında yada ilkbahar başlarında doğanların bu hastalığa daha kolay yakalandığı gösterilmiştir. Bazı araştırmacılar ise bu durumdan viral enfeksiyonların ve yılın bu mevsimine özgü olan beslenme özelliklerinden kaynaklanabileceğini ileri sürmüşlerdir. Bunların merkezi sinir sistemi üzerinde oldukça fazla etkileri vardır. Bu etkiler nedeniyle birey, yaşamının ilerleyen dönemlerinde hastalığa yakalanmaya açık hale gelir (68, 69).

Doğum komplikasyonları açısından bakıldığında, şizofreni hastalarının daha çok bu komplikasyonlara maruz kaldıkları görülür. Bu nedenle doğumda meydana gelen komplikasyonlar şizofreni için bir risk faktörüdür. Bu tür komplikasyonları olan bireylerde, hastalık hem erken başlamakta, negatif semptomlar belirgin olmakta ve aynı zamanda prognoz kötü seyirli olmaktadır (68).

#### 4.2.3.4. Psikodinamik gelişim teorisi

Şizofreni hastalığı her çeşit psikolojik stresle ortaya çıkabilir. Bireyin benliğine yapılan saldırılar, ergenlik döneminde ortaya çıkan dürtülerin şiddetli olması, cinsel ya da saldırgan dürtülere karşı bireydeki denetim zayıflığı gibi durumlar, psikotik belirtilerin ortaya çıkmasından önce görülen durumlardır. Bazen

de hastalığın ilk belirtileri tetikleyici etmenler gibi algılanarak hatalı değerlendirmeler yapılabilir. Örneğin; ergenlik döneminde bir gencin çok kez öz doyum (mastürbasyon) yaparak sonrasında içine kapanması durumu hastalığı tetikleyen nedenin öz doyum olduğunu düşündürebilir. Oysa ki bu durum hastalığın başlangıç belirtisi olabilir. Yani hasta bireyin öz doyumunu aşırı yapmasının nedeni, bireyin iç dünyasına yönelerek, dürtülerini kontrol edemiyor olmasından kaynaklıdır (51).

#### **4.2.3.5. Hormonal değişimler**

Şizofreni hastalarının hormon yapılarında meydana gelen farklılıklar, hastalığın ortaya çıkmasının nedeni olarak görülmektedir. Şizofreni hastalarında meydana gelen yapısal ve kimyasal değişiklikler, hastaların algı mekanizmalarında bozulmalara yol açmış aynı zamanda algıda seçiciliklerinde kaybolmasıyla birlikte bu durumun beynin daha fazla uyarana karşışlaşmasına neden olduğu belirtilmiştir. Örneğin; evde herhangi bir sese karşı seçicilik gösteren normal bir birey, dışarıdan gelen bir sesi algılayamazken, şizofreni hastalarında algılamının bozulduğu görülür ve şizofreni hastaları tüm sesleri algılamaya başlarlar. Bahsi geçen bu durumda beynin daha fazla uyarana karşışlaşmasına neden olduğu belirtilmektedir (55).

#### **4.2.3.6. Sosyoekonomik faktörler**

Şizofreni hastalığı ile ilgili yapılan çalışmalarda sosyoekonomik gelirin hastalık için risk faktörü oluşturduğu bildirilmiştir. Buna göre sosyoekonomik düzeyi düşük olan bireylerde şizofreni hastalığının görülme riski, geliri yüksek bireylere göre daha fazladır. Aynı zamanda bekar ve ayrı yaşayan bireylerde bu oranın, evli bireylere göre daha yüksek olduğu, evli olmanın hastalığın ortaya çıkmasını engellediği düşünülmektedir (70).

#### **4.2.3.7. Çevresel faktörler**

Şizofreni hastalığının ortaya çıkmasında çevresel bazı etmenler yer almaktadır. Çevresel strese neden olan bazı etmenlerin kalp hastalarında hastalığın ortaya çıkmasına nasıl neden oluyorsa, şizofreni hastalığı için de aynı durumlar söz konusudur. Şizofreni hastalığında ilaç tedavisi çoğunlukla tek başına uygulanmaz,

aynı zamanda strese neden olan etmenlerinde incelenmesi gerekir. Ailelerin bazı tutumlarının şizofreni hastalığına neden olduğu düşünülmüş ve bu aileler için bir model geliştirilmeye çalışmış olsa da, yapılan araştırmalar bu modeli desteklememiştir (55).

#### **4.2.4. Prognoz**

Şizofreni hastalığı farklı gidiş ve sonlanış özellikleri ile kendini gösteren bir hastalıktır. Sinsi ve yavaş seyirli olan bu hastalık seyrettiği dönemlerde çeşitli alevlenme dönemleri ortaya çıkarabilir. Bu dönemler tedavi ile ya da kendiliğinden yatışabilir. Daha sonra yavaş seyreden ve daha çok eksi belirtilerin belirgin olduğu kalıntı (rezidüel) şizofreniye dönüşebilir. Bazılarında ise ergenlik veya gençlik döneminde oldukça kısa sürede artı belirtilerin görülmesi ile ağır psikotik tablolar ortaya çıkarak aylarca ve haftalarca devam edebilir. Bu dönem atlatıldıktan sonra uzun bir süre uyum dönemi olabilir veya durum eksi belirtilerin fazla olduğu rezidüel şizofreniye dönüşebilir. Bazı hastalarda pozitif belirtiler yıllarca sürer, bazılarında ise iyileşme ve depresmeler ile devam eder. Kimi hastalarda eskiye oranla düzelmeler görülürken, bazılarında tamamen iyileşme görülebilir (51).

Hastalığın belirtileri bakımından tipik bir başlangıcı bulunmamaktadır. Hastalık davranışlarda değişim, varsanılar, sanrılar ve taşkınlıklarla kendini gösterebileceği gibi sinsi seyirli de olabilir. Şizofreni hastalarının, ilk nöbetlerin yarısında psikoz tablosu görülür ve bu tablo kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Hastanın çevreye olan ilgisi azalır, sosyal ortamlardan kaçınır, duygularında kültük ve tuhaf düşünce ile davranışlar görülmeye başlanır. Hastanın işlevlerinde bozulmalar meydana gelir, yine bu dönemde uyku düzeninde bozulma, bunalma, halsizlik, dikkat dağınıklığı, çabuk sinirlenme, öz bakımda yetersizlik, günlük işlerini yerine getirememesi gibi şizofreniye ait olmayan belirtiler görülebilir. Bu belirtiler bazen bir kaç hafta ya da ay sürerken, genellikle 2-5 yıl devam eder. Sonrasında oluşan artı belirtiler ile psikotik tablo meydana gelir (51).

Hastaneye yatarak devamı almış hastaların, devamlı ilaç kullanmış olsalar dahi neredeyse %35-40'ı ilk yıl içerisinde ikinci kez psikoz dönemi geçirmektedir.

Nüks sayısı fazlaştıkça hastalığın sürekliliği artar. Hastalığın seyri ve sonlanışını önceden tahmin etmek güçtür. En az bir yıl takip etmedikçe hastalığın seyri ve sonlanışı hakkında bir şey söylemek yanıltıcı olabilir (51).

Şizofreni hastalığı farklı şekillerde sonlanabilir; fakat duygu durum bozuklukları ve şizoaffektif bozukluklara göre olumsuz seyirlidir. Yine de yıllarca ağır şizofrenik bozukluk tanısı alan hastalar arasında, normale yakın derecede iyileşerek sosyal uyuma ve iş uyumuna adapte olanlar az değildir. Yapılan izleme çalışmalarında şizofreni hastalarının en az dörtte birinin iyileştiği, yarısında da belirtilerinde azalma gösterdiği ve sosyal işlevlerinin iyi olduğu belirtilmiştir (51).

Toplumsal ve çevresel faktörler içerisinde ailenin bireye karşı yaklaşımı ve kendini ifade etme tarzı önemlidir. Hastalığın gidişatında ailenin çevresinde aldığı sosyal destek ve bu sosyal desteğin ailenin hastasına karşı tutumunu olumlu yönde etkilemektedir (53).

Şizofreni hastalarında hastalığın seyri; bütünüyle iyileşme gösteren akut hastalarda %20, tekrarlayan akut hastalarda %20, akut olarak başlayan kronik hastalarda %20, gizli- sinsi başlayıp kronikleşen hastalarda %20 iken suicid (intihar) ile kaybedilenlerde %10-15'tir. Tekrar eden akut epizodlu hastalar genellikle önceki seviyede iyileşmezler. Hastalığın nüksünden sonra yavaş yavaş ağırlaşır. Suicide riski, genç hastalarda hastalığın ilk dönemlerinde, içgörü bozukluğunda, umutsuzluk ve hastalık etkilerinin sürekliliğinde yüksektir. Prognozda bir stresi takip eden akut başlangıçlı olanlar iyi sonuç vermiştir (64).

Bleuler'e göre şizofreni hastalarının 1/4'i iyileşir, 1/4'inde de hafif iz kalır. 1/4'inde kişilikte çökme ve yıkılma meydana gelir. Kalan 1/4'de de bunama ortaya çıkar. Araştırmalar neticesinde şizofreninin prognozuna ilişkin olumlu ve olumsuz değişkenler ortaya konulmuştur. Bu değişkenler Tablo 4.2.4.1'de belirtilmiştir (51).

**Tablo 4.2.4.1. Şizofrenide prognozu olumlu ve olumsuz etkileyen göstergeler**

<b>Olumlu Göstergeler</b>	<b>Olumsuz Göstergeler</b>
Kadın cinsiyet	Erkek cinsiyet
Ani başlangıç	Sinsi başlangıç
Hastalığın geç başlaması	Hastalığın erken yaşta başlaması
Ailede duygudurum bozukluğu öyküsü	Ailede şizofreni öyküsü
Hastalık öncesinde iyi toplumsal uyum	Hastalık öncesi şizoid ya da şizotipal kişilik
Evli olma	Bekar olma
Kırsal kesimde yaşama	Şehir merkezinde yaşama
Yüksek zeka düzeyi	Zeka düzeyinin düşük olması
Sanrı ve varsanılarının baskın olması	Eksi belirtilerin baskın olması
Az sayıda ve kısa süreli alevli dönem	Çok sayıda ve uzun süreli hastaneye yatış
Katatonik ve paranoid türler	Dağınıklık belirtilerinin olması
Sağaltıma erken başlanması ve düzenli sürdürülmesi	Düzenli sağaltım almama
Ektanı olmaması	Ektanıların bulunması
Ailelerin sağaltım ekibi ile yakın işbirliği kurabilmesi	Aile ortamının bozuk olması, ailede duygu dışavurumunun yüksek olması

Kaynak: Öztürk ve Uluşahin, 2015 ( 51)

Şizofreninin seyri ve tedavisinde aile içi duygusal ortamı araştıran çalışmalar neticesinde ortaya çıkan en dikkat çeken kavramlardan birisi aile bireylerindeki duygu dışavurumudur (expressed emotion). Duygu dışavurumunu aşırı gösteren ailelerin hastalarında, hastalığın daha fazla yinelenmiş olduğu saptanmıştır (5).

#### **4.2.5. Şizofreni hastalığının hasta ve aile üzerindeki psikososyal etkileri**

Yetişkinleri etkileyen hastalıklar arasında en çok aile problemleri yaratan hastalıklardan birisi de şizofrenidir. Hastalıkla ilk defa karşılaşan hasta yakınları, çok karmaşık duygular içerisinde olup elinden bir şey gelmemektedir. Aile üyeleri bu süreçte ne ile karşılaşacaklarını bilmedikleri gibi, hastalarındaki değişim aile

üyelerinde tedirginlik, gerginlik ve kimi zaman hastalığın ne olduğunu gizleme ihtiyacı yaratırken zamanla bu durumdan utanç duymaya başlarlar. Bu utanç duygusu aile bireylerinde çaresizlik, öfke ve asabiyete neden olabilir. Hasta bireyin kendisi, içinde bulunduğu durumdan dolayı derin bir sarsılma yaşarken, ailenin bu duygusal tutumu içerisinde kendini daha da kötü hissedebilir. Bu durum aile bireylerinin ruhsal durumunu etkileyerek, bireylerde anksiyete, depresyon olmak üzere ruhsal sorunlar yaratabilir (5).

Şizofreninin belirtileri, etiyolojisi, seyri, tedavi yöntemleri konusunda aile bireyleri bilgilendirilmelidir. Bu sayede aile ile işbirliği yapılarak aile tedavi planına dahil edilmiş olur (71).

Şizofreni hastaları genellikle aileleri ile birlikte yaşamını sürdürmekte olup bakımları aileleri tarafından yardım almaksızın karşılanmaktadır (4). Bu durumdan ailenin toplumsal ve ekonomik durumu, geleceğe ilişkin düşünceleri ve olağan gidişleri etkilenir (5).

Kronik psikiyatrik hastalığı bulunan hastalara bakım verenler; hasta bireyin bu durumundan dolayı umutsuzluk, çaresizlik, stres ve zorlanma yaşamaktadırlar. Bu durumun, aileleri psikososyal yönden etkilediği düşünülmektedir (48).

Bakım vericiler, yaşamış oldukları stres ile mücadele edebilmek için, saldırgan davranışlar, kızgınlık, ağlama, olumlu düşünme, inkar, bilgi edinme, sosyal yaşamdan çekilme, arkadaş ve komşu desteği alma gibi çeşitli baş etme yollarına başvururlar (4).

Şizofreni hastalığı, aile bireyleri ile yaşamayı gerektiren bir hastalık olup bu hastalık aile bireylerinde çeşitli duyguların dışa vurumuna neden olur. Aile bireylerindeki aşırı duygu dışa vurumunu açıklayacak olursak; sıcak ve samimiyetten uzak, hastaya çok fazla müdahalenin olduğu, aşırı eleştirel ya da aşırı korumacı ve hoşgörüden uzak bir tutumu içermektedir. Yapılan araştırmalara göre duygu dışa vurumu fazla olan aile üyelerinin hastalarına karşı bu tepkisi; hastalarının,

hastalıklarının yeniden ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Şizofreni hasta yakınları ile ilgili farklı araştırmalara göre bir başka dikkat çeken nokta ise hasta yakınlarının günlük hayatlarında yaşamış oldukları zorluklar ve bununla alakalı başa çıkma yöntemlerini bilmemeleri ve eğitimlerinin yetersiz olması nedeniyle hasta yakınlarının hastalarına karşı tutumunu daha da zorlaştırmaktadır (5).

Ülkemizde yapılan çalışmada bakım verenlerin %78'inin kadın ve %34'ünün eşlerine bakım verdikleri görülmüştür. Erkekler bakım vermeyi sorumlulukları olarak görmezken, kadınlar bakım vermeyi sorumluluklarının bir parçası olarak görmektedirler (1).

Araştırmalarda öznel yükü, hastanın hastalığı sonucu aile bireyelerine yansıyan duygusal yük olarak ifade edilmiştir. Ruh hastalığı olan vakalarda görülen duygusal yük, bakım verenler tarafından kendilerini kapan kısılmış hissetme, ev içerisine hapsedilme, çevreden soyutlanma ve hastasına karşı sorumluluk içinde hissetme gibi durumları duygusal gerilim olarak ifade etmektedirler. Çoğunlukla yaşanan bu duygusal gerilim düşüncesi, damgalanma, utanç ve suçluluk duyma, sıkıntı, endişe gibi belirtileri içerir. Bakım verme işi aynı zamanda bakım vericide depresyona da sebep olabilir (53).

### **4.3. Alzheimer Hastalığı**

#### **4.3.1. Alzheimer hastalığının tanımı**

Latince bir kelime olan Demans, bireyin aklını yitirmesi ile ifade edilen “dementia” anlamına gelmektedir. Demans; bilinçte bozulma olmaksızın, bellek, öğrenme, oryantasyon, kişilik fonksiyonları, dil ve mental fonksiyonların yitimi ile beraber sosyal ve iş hayatını etkileyen merkezi sinir sisteminin ilerleyici ve geri dönüşümsüz hastalığıdır. Hastalığın en önemli özelliği sinsi başlangıçlı olup yavaş seyirli olmasıdır. Hastalığın henüz kesin bir tedavisi olmamakla birlikte, yapılan araştırmalarda hastalıkla ilgili çeşitli düşünceler ortaya atılmıştır. Hastalığın ilerlemesi ile birlikte yaşlı bireyler günlük ihtiyaçlarını yerine getirmede güçlük yaşamaktadır (72, 73).



Alzheimer hastalığı, serebral korteks, hipokampus ve subkortikal bölgelerde bulunan hücrelerin yitimi sonucu oluşan ve metabolik aktivitede azalmanın yanında ,anımsama gibi kognitif işlevlerde de bozulma ile seyreden, kişinin bilişsel işlevlerinde azalmaya ve öz bakım yetersizliğine neden olan günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilememesiyle birlikte davranış farklılıklarına yol açan kötü seyirli ve ilerleyici dejeneratif bir hastalıktır (74, 75, 76). Köroğlu'nun çevirisini yapmış olduğu Amerikan Psikiyatri Birliği Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-IV-TR)'nda bilinçte bozulma olmaksızın, bellek yıkımını içeren, içerisinde bir çok bilişsel bozukluğu barındıran hastalık olarak belirtilmiştir (77).

Alzheimer Hastalığı yaşlı bireylerde bilinen demansların en sık nedenidir. Aynı zamanda yaşa bağlı olarak geri dönüşümü olmayan bir beyin hastalığıdır. Yaşın ilerlemesiyle birlikte görülme sıklığı artmaktadır. Beklenen yaşam süresi uzadıkça Alzheimer hastalığının görülme sıklığının da artacağı düşünülmektedir. Tüm demans vakalarının %50-70'ini oluşturan bu hastalık önemli bir sağlık problemidir (72, 78-80).

Ülkemizde tahminen 400 bin civarında alzheimer hastasının olduğu düşünülmektedir. Tahmin edilen bu rakam, yaşam süresinin artmasına bağlı olarak hastalığın sonraki yıllarda daha fazla artış gösterebileceği tahmin edilmektedir. Dünya da ki ve ülkemizdeki insan sayısı düşünüldüğünde, her geçen gün sayıca artış gösteren bu hastalık, hem bireyin yaşam kalitesini düşürmekte hem de hastaya bakan bakım vericiler açısından önemli bir sağlık problemi haline gelmektedir (72).

#### **4.3.2. Alzheimer hastalığının epidemiyolojisi**

Alzheimer hastalığı demansın en çok karşılaşılan türüdür. Bütün demansların yaklaşık %50-75'ini oluşturur ve yaşlı nüfusun artış gösterdiği ülkelerde kayda değer bir sağlık problemidir. Alzheimer hastalığının yaygın olarak görülme oranı 65 yaş üzeri kişilerde %6-10 iken bu oran 85 yaş üstü kişilerde %30-47'dir. Görülme sıklığı 60 yaş sonrası bireylerde her beş yılda bir iki kat artmaktadır (80, 81, 82). Alzheimer

hastalığı, kadınlarda, erkeklere göre iki kat daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (83).

Alzheimer hastalığına ait prevalans oranları Tablo 4.3.2.1’de gösterilmiştir.

**Tablo 4.3.2.1. EURODEM alzheimer hastalığı prevalans oranları**

Yaş Dağılımı	%
60-69	0,3
70-79	3
80-89	20

Kaynak: Eker, 2008 (84)

Amerika’da 2009 yılında yapılmış olan çalışmalarda, Alzheimer hastalığının en sık karşılaşılan ölüm nedenleri arasında 6. sırada yer aldığı bildirilmiştir. 2011 yılında yapılan sağlık giderlerine bakıldığında 183 milyar dolarlık kısmın demans hastalığına ait olduğu görülmüştür. Bu verilerin 2050 yılında 1.1 trilyon dolar civarı olacağı tahmin edilmektedir. Hastalığın seyri ilerledikçe evde bakımı çok zor olan bu hastalık özellikle hastalığın son evrelerinde bakım evi giderleri nedeniyle maliyeti en yüksek düzeye ulaşan bir hastalıktır. Bu sebeple alzheimer hastalığı sosyal ve ekonomik açıdan da önemli bir sağlık problemidir (85).

Alzheimer hasta sayısının, yaşam sürelerinin uzamasına bağlı olarak gelecekte artış göstereceği düşünülmektedir. ABD’de 2050 yılında AH’ sının 50 milyona ulaşacağı varsayılmaktadır. Aynı zamanda prevalans çalışmalarının ortaya çıkardığı bir sonuç da AH başlangıcını 5 yıl erteleyebilmenin, hastalık prevalansını yarıya indirileceği düşünülmektedir (86).

### **4.3.3. Alzheimer hastalığının etiyolojisi**

Alzheimer hastalığının neden kaynaklandığı henüz bilinmemektedir ve çok farklı etiyolojik nedenlerden olabileceği düşünülmektedir. Alzheimer’a hem kalıtsal hem de çevresel unsurların yol açabileceği varsayılmaktadır (84).

Alzheimer hastalığına neden olan risk faktörleri arasında; yaşlanma, kalıtsal etkenler, kafa travması, yavaş virüs enfeksiyonları, bağışıklık sisteminde

bozulma, hipotroidizm, B12 vitamin eksikliği, alüminyum zehirlenmesi, çinko toksisitesi, down sendromu, apolipoprotein E4 ve birinci dereceden yakın akrabaların da Alzheimer hastası olması gibi birçok nedenden ortaya çıkabileceği düşünülmektedir (83, 87).

Alzheimer hastalığında söz konusu diğer risk faktörleri Tablo 4.3.3.1’de verilmiştir.

**Tablo 4.3.3.1. Alzheimer hastalığında olası risk faktörleri**

Yaş	Diabet
Apolipoprotein E4 allel	Beyinde ak madde lezyonları
Kadın cinsiyeti	Hipotiroidizm
Kafa travması	Sık sık uzun süreli genel anestezi
Düşük eğitim düzeyi	Alkol alışkanlığı
Erken histerektomi	Myokard infarktüsü
Hipertansiyon	Atrial fibrilasyon

Kaynak : Eker, 2008 (84)

Alzheimer hastalığında bir diğer risk faktörü de aile öyküsüdür. EURODEM tarafından yapılan incelemelerde birinci derece yakın akrabalar arasında Alzheimer olması durumunda Alzheimer hastalığı prevalansı 3.5 olarak görülürken, iki yada daha çok sayıda yakınında demans olan kişilerde bu oranın 7.5 ‘a kadar arttığı görülmüştür. Kalıtsal olarak Alzheimer hastalığının görülme sıklığı %17-62 (ortalama %50)’dir ve başlangıç yaşı 26-74 arasında farklılık göstermektedir (83, 88).

Alzheimer hastalığının 21., 14. ve 19. kromozomlarındaki mutasyonların sonucu olarak otozomal dominant bir geçiş söz konusudur (84).

Alzheimer hastalarının genetik geçmişleri incelendiğinde, hastalıklı bireylerle sağlıklı bireyler arasındaki en belirgin ayrımın, kolesterol taşınmasında görev alan Apolipoprotein E4 proteinini kodlayan gendeki değişiklik olduğu görülmektedir Apolipoprotein E4 (APOE-E4) alleli normalde %16 sağlıklı bireyde pozitif iken,

Alzheimer hastalarında bu oran %35 ile %50 arasındadır. Bu allelin taşınmasının Alzheimer hastalığına ciddi bir yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (81).

19. kromozomun uzun kolunda Apolipoprotein E (APO E) geni bulunmaktadır. Apo E, beta amiloidi bağlayan bir proteindir ve kolesterol transportundan sorumludur. Apo E4 alleli geç başlangıçlı ailevi ya da sporadik Alzheimer hastalığında %40 oranında tespit edilmiştir. Apo E4 allelinin bulunması, Alzheimer hastalığı için risk faktörüdür ve senil plaklarda nörofibriler yumakta vasküler amiloidde bulunması hastalığın patogenezinde rol oynadığını göstermektedir. Beta amiloid protein 21. Kromozomun uzun kolunda lokalize bir gen tarafından kodlanır. Amiloid prekürsör proteinin aminoasid dizilimindeki değişim nedeniyle amiloid depolanmaktadır. Bu mutasyonla oluşan Alzheimer hastalığı erken başlangıç gösterir. 14. Kromozomun uzun kolunda lökaleze genle ilgili olan Alzheimer hastalığı erken yaşta başlangıç gösterir ve amiloid prekürsör protein (APP) mutasyonu yoktur (88). APP genlerinin mutasyonu sonucu enzimatik değişim olur ve bunların sonucu olarak beta A4 üretimi artar. Bu durum, sonuçta Alzheimer hastalığının ortaya çıkmasına neden olur (88, 89).

#### **4.3.4. Prognoz**

Klinik kullanımdaki AH ilaçlarında henüz önemli bir değişiklik olmasa da son yıllarda elde edilen çok önemli yeni bulgular sayesinde yeni tedavilerin yolu açılmış görünmektedir. Gelecekteki tedavilerde, nanopartiküllere yüklenerek kan beyin bariyerini kolayca geçen, direkt beyne ulaşan ve daha etkin olabilecek ilaçlar hedeflenmektedir. 15-50nm büyüklüğündeki nanopartiküller aracılığıyla bu durum sağlanabilmektedir. AH'da da ilaç yüklü nanopartiküllerin kullanıldığı rat ve mice çalışmaları sürmektedir (72).

AH'nın klinik gidişatına ilişkin 7 safha tanımlanmıştır (82):

Safha 1: Hasta bilişsel zayıflık belirtileri göstermeye başlamıştır. Başlangıç evresinde merkezi sinir sisteminde çeşitli patolojik süreçlerin gelişmekte olduğu bilinmektedir.

Safha 2: ( Çok hafif bilişsel zayıflık) Hasta kişiler, gözlük, anahtar, cüzdan gibi

objeleri nereye koyduklarını unutmaya başlamaktadırlar; fakat iletişim becerileri tamamiyle bozulmamıştır.

Safha 3: (Hafif bilişsel zayıflık) Hasta bireyler sözlü iletişim esnasında, kelime seçimlerinde ve tanıdıklarının isimlerini hatırlamakta zorlanmakta, sıklıkla eşyalarını kaybetmektedirler. Bu evredeki hastaların plan yapma ve organizasyon becerileri azalmıştır.

Safha 4: (Orta bilişsel zayıflık) Hastalarda kısa dönem bellekte önemli kayıplar gözlenmektedir. Kişisel geçmiş ile ilgili bellek zayıflıkları söz konusudur. Hastalar sosyal konularda içlerine kapanıktırlar.

Safha 5: (Orta- şiddetli bilişsel zayıflık / Erken dönem demans) Hastalar yer ve zaman kavramları ile ilişkili olarak zihinsel karışıklık yaşamaktadırlar. Adresleri, telefon numaraları, mezun oldukları okulların isimleri gibi önemli detayları hatırlamakta güçlük çekmektedirler. Diş fırçası gibi nesnelere tanıma zorlanmaktadır (agnozi). Sonradan öğrenilen ve motor beceri gerektiren hareketleri uygulama becerileri bozulmaktadır (apraksi). Bu evredeki hastalar banyo yapma, giyinme, tuvalete gitme, beslenme gibi günlük aktiviteler için yardıma ihtiyaç duymaktadırlar.

Safha 6: (Şiddetli bilişsel zayıflık / Orta dönem demans) Spontan konuşmada, kelime bulmada zorluklar ve konuşma becerilerinde kayıplar gözlenmektedir (afazi). İdrar ve dışkı tutmada zorluk yaşayan hastalar günlük aktiviteler için daha fazla yardıma ihtiyaç duymaktadırlar.

Safha 7: (Çok şiddetli bilişsel zayıflık / Geç dönem demans) Hastaların konuşma yetenekleri azalmış ya da kaybolmuştur, yutmada zorluk yaşamaktadırlar. Bu evredeki hastalar 24 saat bakıma ihtiyaç duymaktadırlar.

#### 4.3.5. Alzheimer hastalığının hasta ve aile üzerindeki psikososyal etkileri

Bakım ve sorumluluk gerektiren hastalıklardan biride Alzheimer hastalığıdır. Alzheimer hastalığı yalnız hastayı değil, yakın çevresini de etkilemektedir. Alzheimer hastalığı 8-10 yıl bakım vermeyi gerektiren bir hastalıktır. Hasta ve yakınlarının çoğu, evde bakmayı istemektedir. Bu bakımı verebilmek için bakım vericilerin çoğu, ya çalışma saatlerini azaltmakta çözüm yolu buluyor ya da bakım vermek için işinden ayrılmak durumunda kalıyor. Ayrıca bakım verenlerin yarısında tedavi gerektiren depresyon görülmekle birlikte, bu depresyon, hastanın bakımevine verilmesiyle de azalma göstermemektedir; ancak hastanın kaybindan 3 ay ile 1 yıl sonra bu durumun azalmaya başladığı bildirilmiştir (6, 7).

Alzheimer hastalığının yaşlanma ile ilgisi kesin olmamakla birlikte bireyin eğitim düzeyi, sosyo-ekonomik durumu, sağlık ve sağlamlık durumu gibi etmenlerle alakalı olduğuna yönelik tartışmalar bulunmaktadır. Genç nüfusun azaldığı ülkemizde artmakta olan Alzheimer hastalarına bakım verenler, çoğunlukla değişen tedavi yaklaşımı ekonomik ve politik yaklaşımlar nedeniyle kronik hastalığa sahip hasta bireyin sorumluluğunu aile ve yakın çevresinin üstlenmesine bırakmıştır (10).

Amerika Birleşik Devletleri'nde alzheimer hastasının evde bakım oranı %80-90 olup, bu bakım hizmeti erişkin çocuklar ya da eşler tarafından yapılırken, ülkemizde ki bakımın kadınlar tarafından gerçekleştiği ifade edilmektedir. Hastalığın kronik ve ileri evresinde bakım veren bireyler büyük sorumluluk üstlenip gereğinden fazla problemle karşılaşır. Alzheimer'in hastalık seyri hastalarda sürekli değişime, buna bağlı olarak da bakım vericilerinin yaşantılarında değişikliğe uğramasına neden olurlar. Bu durum görünürde hastada davranış farklılıklarına ve bellek kaybına yol açarak, bazı toplumsal sorunlar ve sıkıntılar yaratabilir (7- 10).

Bakım verenler üzerine yapılmış nitel ve nicel çalışmaların sonuçlarına göre, bakım vericiler zamanlarının büyük çoğunluğunu hastalarına ayırmak durumunda kalırlar. Haliyle kendilerine ayıracak bir zaman kalmaması nedeni ile bu durum stres düzeylerinin artmasına, zorlanmalara, depresyon ve sosyal izolasyon gibi psikolojik sorunlar yaşamalarına ve fiziksel sağlıklarının bozulmalarına neden olabilmektedir.

Aynı çalışmalarda bakım vericiler, hastalığın maddi boyutundan dolayı sosyoekonomik problemler yaşadıklarını ifade etmişlerdir (7). Hastalığın erken başlangıcında hastanın ev dışında devam ettiği aktivitelerinin engellenmesine bağlı olarak bakım verenler hastaya hem sosyoekonomik yönden hem de aktivitelerini devam etme yönünden destek olurlar. Bunların dışında hastanın öz bakımı ile ilgili olarak banyo yapma, beslenme, giyinme gibi günlük işlerini de üstlenmektedirler (7). Hastalığın geç seyrinde ise fizyolojik kayıplar dışında hastada ki davranışsal değişiklikler depresyon, ajitasyon, dalgınlık gibi durumlar ya da sağlıklı eşin ya da yakınının kaybı bakım verici ailelerde psikolojik problemlere ve strese neden olmaktadır (7).

#### **4.4. Travma Sonrası Gelişim**

##### **4.4.1. Travma nedir?**

Travma; gerçek bir ölüm ya da ölümle ilgili bir tehdidin var olduğu, ciddi yaralanma, fiziksel ya da yaşamsal bir tehdidin ortaya çıkmasıyla bireyin kendinin yaşamış olduğu, tanık olduğu ya da değer verdiği birilerinin başına geldiğini öğrendiği sıra dışı olaylar olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda bireyin dış dünyaya olan ilgisinin azalması, disforik, otonomik ve kognitif semptomların değişik derecelerde bulunması ile ortaya çıkan ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Travmatik olaylar fiziksel sonuçların yanında kişide, depresyon, anksiyete, alkol-madde bağımlılığı ya da kötüye kullanımı, suicid girişimi ve travma sonrası stres bozukluğu gibi çeşitli psikolojik problemlerde meydana getirmektedir (90- 93).

Travmatik olaylar iki gruba ayrılmaktadır. Birinci grupta insanlar tarafından gerçekleştirilen travmatik olaylar (savaş, tecavüz, yaralanma, iş kazası, trafik kazası işkence, tutsaklık), ikinci grupta ise doğal olaylar (doğal afetler, ani gelişen hastalık, ani yakın kaybı gibi) yer almaktadır (94). Söz konusu travmatik olaylar Tablo 4.4.1.1'de gösterilmiştir.

**Tablo 4.4.1.1. Travmatik olayların gruplandırılması**

<b>1.İnsanlar Tarafından Gerçekleştirilen Travmatik Olaylar</b>
İstemli olarak yapılanlar (Örneğin savaş, terör, taciz, işkence, tecavüz)
İstemsiz olarak yapılanlar (Örneğin trafik kazası, iş kazası, nükleer enerji kazası)
<b>2.Doğal Olaylar</b>
Doğal afetler( deprem, fırtına, sel), ani yakın kaybı, ani gelişen hastalık...

Kaynak : Dürü ve ark., 2006 (94)

Travmatik olaylar, gerçekleşen olayın neden kaynaklandığı, bu olayın kişiler ve toplum üzerindeki etkisi ile birlikte bu kişi ve grupların olaya verdikleri tepkiler dikkate alınarak değerlendirilebilmektedir. Travmatik olaylar olağandışıdır ve kimi zaman aniden ortaya çıkarak ezici ve tehlikeli olabilirler. Travmatik olayları farklı kılan, aniden olması değil, aynı zamanda günlük yaşantıda kullanılan denetleme, bağlantı kurma ve anlamlandırma gibi baş etme mekanizmalarını, kullanamayacak kadar zarara uğrattığı olmasıdır. Travmatik olaylar devamlılık açısından akut ya da kronik olabilirler. Her bireyi etkileme süresi değişkenlik gösterebilmektedir. Kimisini saniyeler içinde etkisi altına alırken, aynı durum başkalarında saatlerce ya da günlerce devam edebilir (91, 94).

Türksoy'a göre travma, bireyin güçsüzlükleriyle karşı karşıya gelmesi halidir. Travma esnasında birey karşı koyamayacağı bir güç tarafından çaresiz kalır. Travmatik durum kontrol, ilişki kurma ve anlamlandırma bakımından başa çıkma mekanizmalarını felce uğrattır. Psikolojik travma, bireyin güçsüzlüğü ile karşı karşıya gelmesidir. Travma anında birey engellenemez bir güç tarafından çaresiz durumda kalır (95).

#### **4.4.2. Travmanın özellikleri**

Travmatik bir olayla karşılaşan ya da tanık olan bireylerin büyük bir kısmı, yaşamış oldukları olaylar karşısında, duygusal, bilişsel, davranışsal ve fiziksel tepkiler vermektedir. Bu olaylar her bireyde farklı olabileceği gibi gösterdikleri



tepkiler arasında da farklılık oluşturabilir. Bazı kişilerde travmatik olay sonrası anksiyete, depresyon ve posttravmatik stres bozukluğu gibi ciddi problemler görülürken, bazılarında travma deneyimi; hayatın anlamı, ilişkilerin iyileştirilmesi, kendini güçlü hissetme algısı gibi olumlu değişimlere yol açabilir (90).

Travma bireyde biyolojik ve psikolojik yıkımlar yaratan bir durumdur. Travmatik durumla ilgili 4 temel özellik mevcuttur (10):

Birinci özellik, travmatik olayın insan anlayışının dışında olmasıdır. Dışarıdan müdahale eden, herhangi bir tehlikeyi önleme görevi gören bilişsel şemalar, dış etkenlerden gelen uyarıyı çözümleyemediğinde veya bu uyarının bilişsel şemalarda yer almadığı durumlarda yaşam biçimi içselleştirilemez (10).

İkinci bir özellik ise travmatik olaya maruz kalan bireyin, kişilerle olan bağlantısının koparılmasıdır. Çocukların kendilerini sosyal açıdan geliştirebilmeleri için kendilerini her ortamda güven içerisinde hissetmeleri gerekir. Aynı biçimde yetişkinlerin de kendilerini güven içerisinde hissedebilmeleri sosyal ilişkilerin sürekliliği bağlıdır. Stres ve tehlike anlarında bireylerin diğer bireyler ile iletişimde olma gerekliliğinin ve stres durumlarında kişinin diğer insanlarla iletişimde olma gereksiniminin daha da arttığı bilinmektedir. Bu iletişimlerin kişinin fizyolojik aşırı uyarılma halini dengelemesinde büyük bir öneme sahiptir (10).

Üçüncü özellik travmatik bağlanmadır. Bilhassa tacize maruz kalmış çocuklarda görülmektedir. Travmatik ilişkinin sürekliliği yalnız dissosiyasyon ile mümkün görülmektedir. Çocuğa tacizi yapan ve sevgiyi veren aile ferdinin varlığında, çocuk bu durumu kendisi yaşamıyor şeklinde dissosiyasyon yoluyla o aile bireyiyle münasebetini sürdürebilmektedir (10).

Dördüncü özellik ise bireyin içinde bulunduğu travmadan kaçışının olmama durumudur. Bütün kaçış yollarının kapalı olduğu durumlarda travmatik yaşantı meydana gelmektedir. Tehdidin emniyetli olarak ortadan kaldırılabilme yolları tümüyle kapalı olduğunda, başa çıkma mekanizmaları yetersiz kalmaktadır (10).

#### 4.4.3. Travma sonrası gelişim nedir?

Travma sonrası gelişim, travmatik bir olay ve sonrasında bireyin mücadelesinde ortaya çıkan ve olumlu olan duygusal, davranışsal ve bilişsel değişimlerdir. Travmatik bir yaşantı sonrasında, travma yaşayan bireyde travmaya bağlı stres belirtileri ve travmatik olayla ilişkili bozukluklar ortaya çıkabildiği gibi travma sonrası gelişim kavramı olarak bahsedilen bazı gelişmelerde görülebilir. Travma sonrası gelişme kavramı, meydana gelen yaşam olayları ile mücadele sonrasında gelişen ve pozitif yönde olan ruhsal değişimleri ifade etmek amacıyla kullanılmaktadır. Travmatik olay ve stresli olaylar sonrasında oluşan pozitif değişimlerle ilgili olarak kimi araştırmacılar farklı ifadeler kullanmışlardır. Bu pozitif değişimler; travma sonrası büyüme, farkındalıkta artış, strese bağlı gelişim ve gelişme olarak adlandırılmıştır (12, 13).

Elbette travma sonrası gelişmeyi tüm travmatik olay deneyimi yaşayan bireylere genellemek doğru değildir ve travmatik yaşantılarla karşılaşan bireylerin ne ölçüde travma sonrası büyüme gösterdikleri tam olarak tahmin edilememektedir (12).

Travma sonrasında anılar canlıdır, olayı anımsatan ve tekrarlayan rüyalar sık görülür. Olayı hatırlatan en ufak bir anımsatıcı karşısında olayın tekrar yaşanabileceği düşüncesi ve gerginliği hissi yaygındır. Strese sebep olan yaşantıyla ilgili olan her türlü hatırlatıcıdan kaçma davranışı dikkat çeker. Psikolojik duyarlılık ve uyarılmada artış görülür, duyarlılığı ve uyarılmayı arttıran semptomlardan da mutlaka ikisi görülür. Bunlar; uykuya dalma ve uykuyu sürdürmede güçlük, patlama halinde kızgınlık ve sinirlilik, konsantrasyon güçlüğü, aşırı şaşkınlık, aşırı temkinlilik (96).

Travma sonrası büyüme kavramı, bireye acı vermesinin yanında bireyi, bilgeliğe ve doğruluğa yöneltmesi inancı çok eskilere dayanmamaktadır. Hristiyanlıkta, Budizmde, Yahudilerde, Hinduizmde, eski Yunan'da ve İslamiyette acı çekmiş olmanın, insanı değiştirdiğine yönelik ve düşünceler mevcuttur. Bunların haricinde, varoloşçu psikolojide Nietzsche'nin "Öldürmeyen acı güçlendirir."

düşüncesi de travmatik yaşantının bireylerin yaşamdaki anlamı sorguladıkları bir deneyimleme olabileceğini ifade etmektedir (97).

Bazı araştırmacılar Travma sonrası gelişim hakkında yas, kanser, kalp krizi, kronik hastalıklar, tecavüz, cinsel istismar, yangın gibi çeşitli olaylar ile ilgili çalışmalar yapmışlardır. Travma sonrası gelişme ve ölçme ile başka değişkenler arasındaki ilişki hakkındaki araştırmalara ise 1990'lı yıllardan itibaren başlanmıştır (12, 98).

Travma sonrası büyüme, Tedeschi ve Calhoun tarafından bireyi fazla düzeyde etkileyen yaşam olaylarına karşı mücadele sonucu meydana gelen bireydeki pozitif değişiklikler olarak tanımlanmaktadır. Travma sonrası gelişme yaşayan birey hayatın önemini daha iyi kavrayabilir ve önceliklerini sil baştan değerlendirebilir, kişisel arası ilişkilerini geliştirebilir, birey kendisinin ve çevresinin farkına vararak yeni olasılıkları fark edebilir ve ruhsal açıdan kendini geliştirebilir (99). Hayatın daha çok önemsenmesi ve önceliklerin değiştirilmesi ile birey küçük şeylerden mutlu olmaya başlayabilir, eskiden farkında olmadığı ve hayatında görmezden geldiği şeyler birey için mutluluk verici olabilir. Ayrıca birey yaşadığı travmatik olaydan sonra çevresine daha çok değer vermeye başlayabilir. Bunun haricinde birey yaşamış olduğu travma sonrasında "Eğer bunun üstesinden gelebilirdiysem, her şeyin üstesinden gelebilirim." tarzında bir inanç geliştirebilir. Son olarak travma bireyin inanç sistemlerinde olumlu ya da olumsuz sonuçlara neden olabilir (99).

Travma sonrası gelişim olarak adlandırılan durumun olumlu değişimleri içerdiğinden söz edilmektedir. Tedeschi ve Calhoun yaptıkları araştırmalarda travma sonrası gelişimi 3 başlık altında toplamıştır (12, 98).

**I- Benlik algısında değişim;** kendini anlama, empati kurabilme, özgüvende ve öz yeterlilikte artma, olgunluk, esnek olabilme, fırsatları fark edebilme, yaratabilme ve otonomi şeklinde tanımlanabilmektedir. Konuyla alakalı olarak yapılan meme kanseri ile ilgili olan iki çalışma sonrasında kadınların, kendilerinde tanımladıkları ikinci sıradaki gelişme kişisel güçlenmedir. Meme kanseri tanısı almış

uzun dönem sağ kalan hastalar ile yapılan bir başka çalışmada ise sağ kalan kadınların %79.2' sinin yakalandıkları bu hastalıktan en az bir yarar sağladığı saptanmış, bu yararı ise kişisel özelliklerindeki olumlu değişim olarak ifade etmişlerdir. Konuyla ilgili olarak yürütülen başka araştırmalarda sağ kalanlar tarafından kişisel güçlenme niteliği řu şekilde tanımlanmıştır: Problem zme yetilerinde ve pozitif düşünme becerilerinde gelişmenin olduğu, kendi bedenlerine güven duygularının arttığı, kendini ifade etme yeteneğinde gelişme ve kişilik özelliklerinin farkına vardıkları yönündedir (12, 98).

**II- Kişisel arası ilişkilerde olumlu değişim;** aile ve arkadaş ilişkilerinde olumlu ilişkiler kurma, benzer durumda olan kişilere karşı empati kurup yardım etme arzusu, sosyal destek ağları, artan şekfat duygusu, olaylara daha toleranslı olma, vrenin daha pozitif algılanması şeklinde olmaktadır. Yapılan araştırmalarda, kanser gibi travmatik bir hastalığın eşler arasındaki bağı daha da güçlendirdiği belirtilmiştir. Ayrıca vrenin sağlamış olduğu sosyal desteğinde bireyin yaşadığı strese karşı tampon görevi gördüğü bu durumun aynı zamanda bireyin yaşam kalitesini artırdığı ve iyileşmesinde de etkin rol oynadığı ifade edilmiştir (12, 98).

**III- Yaşam felsefesinde meydana gelen olumlu değişim;** zamanın tadına varma, yaşamın değerini kavrama, yaşadıklarına şükretme , hayata farklı bakabilme, manevi konularla daha fazla ilgilenme gibi konulardaki gelişimi içermektedir. Meme kanseri tanısı almış kadınlar ile ilgili yapılan çalışmalarda; kadınların daha çok manevi konularda ve yaşama bakış açıları ile ilgili konularda değişim yaşadıkları görülmüştür. Hayata bakış açılarında ise; affedicilik, şükran duyma, hayata olan bağlılıklarında artma, dünyayı farklı algılamaya başlama; manevi olarak kendilerini tanrıya daha yakın hissetme ve sabır duygularında olumlu olarak değişiklik olduğunu ifade etmişlerdir (12, 98).

Travma sonrası gelişim, yaşanan travmaya verilen bir tepki biçimidir. Travma yaşayan bireyler, bu olumsuz durum sonrası yenik düşüp travma sonrası stres bozukluğuna yakalanabilirler. Bundan hariç, yaşamış oldukları travmaya bir anlam katarak, travma sonrası meydana gelen gelişimi Hefferon ve Boniwell beş kısımda değerlendirmişlerdir (100):

Bunlardan ilki, kişisel anlamda ortaya çıkan değişim ve gelişimlerdir. Travma sonrası bireyler, kendilerini daha güçlü, daha doğal, canlı, mütevazı, insancıl ve özel olduklarını düşünmektedir (100).

İkincisi, kişiler arası ilişkilerde meydana gelen değişim ve gelişimlerdir. Bu duruma göre travma sonrası kişiler, ailelerine ve çevrelerine karşı yakın ilişkiler kurduklarını ve dostluk, arkadaşlık kavramına daha çok değer verdiklerini ifade ederler (100).

Üçüncüsü, hayatın değeri ve yaşamın anlamı ile ilgilidir. Travma yaşamış olan bireylerin hayata bakış açılarında değişiklik meydana gelmiştir. Bu duruma göre travmayı atlatmış ve eski haline dönmeye çalışan bireyler, hayatlarındaki öncelik sırasını, geriye kalan zamanlarını kimlerle, nerede geçireceğini, yaşamın ve sağlığın önemini, maddi şeylerin önemsizliği gibi konularda fikirlerinde değişim yaşamışlardır (100).

Travma sonrasında yaşanan dördüncü durum ise şimdi ve buradayı yaşama olarak ele alınmıştır. Buna göre travma sonrası bireyler zamanlarını daha iyi kullanmaya, kendini geliştirip, hayatına yeni şeyler katmayı amaçlamaktadırlar (100).

Beşinci ve son gelişim ise manevi ve ruhsal alanda olan değişim ve gelişimlerdir. Buna göre travma sonrası bireylerde dinsel ve ruhsal yönden yönelmeler olmakla birlikte, minnettarlık düzeyinde artış görülmektedir (100).

#### **4.4.4. Kronik hastalıklarda travma sonrası gelişim**

Kronik hastalıklar, uzun süreli ve genellikle yavaş ilerlemeyle birlikte, tıbbi girişimlerle tedavisi yapılmayan, hastalığın düzeyini azaltıp ve öz bakımında bireyin işlev ve sorumluluğunu en üst düzeye çıkarmak amacıyla düzenli takip ve bakım gerektiren durumlardır (101).

Kronik hastalıklar, hasta ve bakım vericiler için travmatik yaşam deneyimleriyle doludur. Travmatik yaşantıları olan bireyler, yaşamış oldukları durumlara benzer tepkiler verseler de esasen herkesin yaşadığı durum ve yaşantılar bireyin kendisine özgüdür. Bazı bireyler bu yaşanmışlıktan sonra hayata küserken, bazıları hayata kaldığı yerden var olan şeylerle devam etmeye çalışır (102).

Travmatik deneyim yaşayan bireyler, yaşamış oldukları durumdan olumsuz etkilendiklerini ifade etmişlerdir ancak olay sonrasında olumlu değişimler yaşadıklarını da bildirmişlerdir. Travmatik yaşantı bireyde strese neden olmakla birlikte aynı zamanda hem psikolojik hem de fizyolojik alanda olumlu sonuçlar yaratabilmektedir. Kısaca birey hem olumlu hem de olumsuz iki duyguyu aynı anda yaşayabilmektedir (103-105).

Travma sonrası gelişme ile ilgili yeterli sayıda çalışma 1980'li yıllara kadar yapılmamıştır. Bu yıllardan sonra ise kronik hastalığı veya işlev yitimi olan bireyler, çocuklarının sağlık problemleriyle uğraşan aileler, kanser hastaları, trafik kazalarından kurtulanlar, tecavüze veya istismara uğramış kişiler, depremden kurtulanlar, savaşa katılanlar ve yas yaşayan kişiler üzerine sayısız çalışmalar yapılmıştır. (106-109).

Travma sonrası büyüme yalnızca travmatik yaşantı sonucu meydana gelmez. Yani travmatik deneyimi yaşamış olmak travmatik büyüme ile aynı şey değildir. Çünkü yaşanmış bir travmatik deneyim o popülasyondaki herkesi etkilemiş olsa dahi, bu deneyimleme sonrasında herkeste travmatik büyüme görülmez. Bu da gösteriyor ki travma sonrası büyümenin bazı insanlarda ortaya çıkıp, bazılarında ise ortaya çıkmamasında çeşitli faktörlerin rol oynadığıdır. Bu faktörler kişisel ve çevresel faktörler olabileceği gibi, olaya bağlı değişkenlerde bu durumu etkileyebilir (1, 110).

Dünyadaki ve ülkemizdeki sağlık problemlerinden biride kanserdir. Kanser, bireylerin yaşantısını etkileyen kronik hastalıklardandır. Bu durum bireylerde travmatik bir deneyim olmakta ve kişinin hayatının bir çok alanında sebep olur ve farklı tepkilere yol açar. Kanser, hasta ve yakınlarında psikososyal travmaya neden

olmakla birlikte, ekonomik, psikososyal ve yaşam düzeyini önemli derecede etkiler. Aynı zamanda kesin bir tedavi yönteminin olmaması, bu hastalığın korkulan bir hastalık olarak düşünülmesine sebep olmaktadır (102, 111, 112).

Farklı kanser tiplerindeki hastalardan veri alınarak yapılan bir çalışmada kanserin dört farklı evresinde olan hastalarla çalışılmış ve araştırmaya göre ilk tanı aldığı anda kanserin ikinci evresinde olanlar birinci ve dördüncü evresinde olanlara göre anlamlı olarak daha çok travma sonrası büyüme göstermişlerdir fakat ikinci ve üçüncü evre arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (113).

Carver ve Antoni meme kanserli hastalarla yapmış oldukları çalışmalarında, kanserin evresi ve travma sonrası büyüme arasındaki ilişkiyi incelediklerinde, tanı alanların kanserin daha ileri aşamalarında olanlara oranla daha çok travma sonrası büyüme gösterdiklerini bulmuştur (114).

Widows et al. ilik nakli olmuş kanser hastalarıyla ilgili yaptıkları araştırmalarında, hasta yaşının küçük olmasının travma sonrası büyüme üzerinde, büyümeyi artırıcı etken olduğunu bildirdiklerini ifade etmişlerdir. Erken yaşta travmaya maruz kalan bireyler, travmatik büyümeyi daha fazla yaşarken, yaşlı bireylerin gelecekleri ile ilgili olan olumsuz düşünceleri, ölümle yüzleşmeleri, ölümün kendilerine yakın olduğunu düşünmeleri gibi etkenler travmatik büyümeden daha az etkilendiklerini rapor etmişlerdir (115). Çalışma sonuçlarının literatürle benzer sonuçlar gösterdiği Dürü ve arkadaşlarınca bildirilmiştir (94). Bu araştırmalara göre yaş ve travma sonrası gelişme arasında karmaşık bir yapının olduğu düşünülmektedir.

Kanser hastalığında travma sonrası gelişim ve psikolojik iyilik halinin oluşabilmesi için, kanser deneyimi yaşayan bireylerin, kendine has özelliklerinin ve getirilerinin hasta bireye fark ettirilmesi, hastalığı kabullenmesinin sağlanması, sağlık personeline psikososyal yönden gereksinimlerinin karşılanması ve bireylerin desteklenmesi önemlidir (116). Brearley et al. çalışmalarında, kanser deneyimi yaşayıp sağ kalan bireylerin, hastalık sürecinde yaşadıkları en önemli sorunun,

hastalığa bağlı gelişen semptomlara ve bakım gereksinimlerine karşı sağlanan desteğin yetersiz olmasından yakındıklarını belirtmişlerdir (117).

Genel olarak yapılan çalışmalarda, genç hastalarda daha fazla travma sonrası gelişme görülse de aslında yaş ile travma sonrası gelişme arasında ilişki olmayan ya da farklı ilişkiler bulan çalışmalar da yer almaktadır. Petrie et al. miyokard infarktüsü ve meme kanseri hastaları ile yapmış oldukları çalışmada meme kanseri hastalarında yaşın ve eğitim düzeyinin travma sonrası büyüme ile ilişkisi bulunamamıştır (118). Carver ve Antoni' nin meme kanseri tanısından hemen sonra ortaya çıkan travma sonrası gelişmenin ileriki yıllardaki uyumu ve iyilik halini nasıl etkilediğini araştıran boylamsal çalışmasının ilk veri analizlerinde de travma sonrası gelişmenin düşük eğitim düzeyinde ve yaşça büyük olan kişilerde daha yüksek olduğu bulunmuştur. (114).

Şizofreni, hasta bireyi olduğu kadar aile bireylerini ve içinde yaşadığı toplumun tamamını etkileyen ve hastalığa bağlı birçok problemi beraberinde getiren bir hastalıktır (5, 119). Hastalığa bağlı olarak bireyde, pozitif belirtiler olan sanrı, varsanı, düşünce ve davranış bozuklukları ile birlikte, sosyal içe çekilme, insiyatif kaybı, yaygın bilişsel bozukluk ve künt duygulanım olan negatif belirtiler görülmektedir. Negatif belirtilere kimi zaman ajitasyon ve depresyonda eşlik etmektedir. Şizofreni tanısı almış olmak, hasta bireyin, kişisel arası ilişkilerinde, sosyal ilişkileri ve iletişimde bozulmalar meydana getirmektedir. Meydana gelen bu bozulmalar, hem hastayı, hem de bakım vericilerini, maddi ve manevi açıdan etkileyerek bakım yükü oluşturur (51, 52).

Hastalıkla ilk defa karşılaşan aile bireyleri, hastalarının almış olduğu tanı ile ilgili karmaşık duygular yaşarlar ve ne yapacağını bilemezler. Kimisi hastasının bu durumunu gizleme ihtiyacı duyarken kimisi bu durumdan utanç duyar. Utanç duyma, aile bireylerinde gerginlik, kızgınlık ve öfke gibi sorunlara neden olur. Aile bireylerinin bu tutumu hasta birey üzerinde olumsuz etki yaratır (5). Hastalıkla baş etmede hasta birey kadar, bakımını üstlenen kişilerinde desteklenmesi tedavi sürecinin olumlu seyri açısından önem taşımaktadır (71).



Şizofreni hastalarında travma semptomlarının ne derece olduğu ve bunların olumlu, olumsuz bulgularla ilişkisinin düzeyi belirsizdir. Yapılan çalışmalar pek çok şizofreni hastasının, hastalığın öncesinde ve sonrasında travmaya maruz kaldığını gözler önüne sermektedir. Belene çalışmasında Lysaker ve arkadaşlarının 81 şizofreni hastası üzerine yapmış olduğu çalışmaların 68'inde (% 84) en az bir travmatik vaka görüldüğünü ve bu şizofreni hastalarının da 2/3'sinde anlamlı travma belirtileri (olumsuz düşünceler, dissosiasyon depresif durum) gözlemlendiğini belirtmiştir (70).

Alzheimer hasta ve yakınlarını etkileyen fizyolojik ve davranışsal değişikliğe neden olan, eşin yada yakının kaybı ile bakım verenlerde ajitasyon, dalgınlık, depresyon gibi psikolojik sorunlara ve strese neden olan bir hastalıktır (7).

Alzheimer hastalığının, toplum içerisinde görülme yüzdesi arttıkça, bakım verenlerin yüklenmiş oldukları bakım yükü ve ülke ekonomisine getirdiği ekonomik yük de artmakta da ve önemli bir problem haline gelmektedir. Hastalığın erken dönemlerinde bakım verenler hastalarının yürütemediği işleri devam ettirmekte ve hastalığın ilerlemesiyle birlikte hastanın kişisel bakımına ilişkin olarak giyinme, banyo yapma ve beslenme gibi rollerini üstlenmektedir (120).

Lök ve arkadaşları yaptıkları çalışmada, Alzheimer hastasına bakım verenlerin hastanın fiziksel ihtiyaçlarını karşılamada (hareket ettirme, banyo yaptırma, alt değişme) zorlandıklarını ve bakım vermeye bağlı olarak ekonomik açıdan sıkıntı yaşadıklarını, bakım vermenin; kendilerini psikolojik anlamda etkilediğini bildirmişlerdir. Hastalarına bakım verme durumunda kaldıkları için, sosyal yaşantılarının bu durumdan etkilendiğini, dışarı çıkamadıklarını ve kendilerine zaman ayıramadıklarından dolayı bakım vermenin kendilerini mutsuz ettiğini kimi zaman öfkeliendirdiğini bildirmişlerdir (121).

Sonuç olarak yaşamda karşılaşılan travmatik olaylar bazı kişiler için olumsuz sonuçlar meydana getirirse de, bazen de hayatın çeşitli yönlerini görmede bir kapı açabilmektedir.

## **5. METOD VE MATERYAL**

### **5.1. Araştırmanın Tipi**

Araştırma; psikiyatri, nöroloji ve medikal onkoloji polikliniklerine ayaktan başvuran şizofreni, kanser ve alzheimer hastalarının primer bakım vericilerinde meydana gelen travma sonrası gelişimi incelemek amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

### **5.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma; 15 Ağustos 2016 / 15 Kasım 2016 tarihleri arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Psikiyatri, Nöroloji ve Medikal Onkoloji Poliklinikleri'nde yapılmıştır.

### **5.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini, belirtilen 3 aylık süre içerisinde Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Psikiyatri, Nöroloji ve Medikal Onkoloji Poliklinikleri'ne ayaktan başvuran hastaların primer bakım vericileri oluşturmuştur. Araştırma örneklemini ise araştırmaya katılmayı kabul eden, şizofreni hastasına bakım veren 70 bakım verici, kanser hastasına bakım veren 70 bakım verici, Alzheimer hastasına bakım veren 40 bakım verici olmak üzere toplam 180 bakım verici oluşturmuştur. Araştırma örneklemine, araştırmayı kabul etmeyen, kanser hastasına bakım veren 4 kişi, şizofreni hastasına bakım veren 6 kişi dahil edilmemiştir.

### **5.4. Araştırmanın Uygulanması**

Araştırma Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nin Psikiyatri, Nöroloji ve Medikal Onkoloji Poliklinikleri' ne başvuran hastaların bakım vericileriyle yüz yüze görüşülerek yapılacak çalışmayla ilgili bilgi verilip, katılmak isteyen gönüllülerin onamı alındıktan sonra, veri toplama araçlarının (Anket Formu, Travma Sonrası Gelişim Ölçeği) uygulanması şeklinde yürütülmüştür.

### 5.5. Araştırma Değişkenleri

Araştırmanın bağımsız değişkenleri bakım vericilerin; cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, ekonomik durumu anket formunda yer alan bütün değişkenleri kapsamaktadır. Araştırmanın bağımlı değişkeni travma sonrası gelişim ölçeği puanlarıdır.

### 5.6. Veri Toplama Araçları

Bu araştırmada veri toplama aracı olarak, bakım vericilerin sosyo-demografik ve bakım vermeye ilgili bazı özelliklerini içeren bir Anket Formu (EK-1) ve Travma Sonrası Gelişim Ölçeği (EK-2) kullanılmıştır.

**Bakım Vericilere Yönelik Anket Formu;** bu form bakım vericilerin, cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, ekonomik durumu, herhangi bir hastalığının olup olmadığı, hastaya yakınlık derecesi, hastayla birlikte yaşayıp yaşamadığı, bakım verme süresi, bakım verilen alan, bakım verenin hangi yönden etkilendiğini içeren toplam 14 sorudan oluşan bir anket formudur.

**Travma Sonrası Gelişim Ölçeği;** Tedeschi ve Calhoun tarafından bireylerdeki pozitif değişimleri değerlendirmek amacıyla geliştirilen ölçek, 21 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri, “yeni olasılıklar”, “diğerleriyle ilişkiler”, “kişisel güçlenme”, “manevi değişim” ve “hayatın değerini bilme” olmak üzere 5 alt boyutu içermektedir (12). 0 ile 6 arasında derecelendirilen (0 = “Böyle bir değişim yaşamadım”, 5 = “Bu değişikliği aşırı derecede yaşadım”) bir ölçektir. Ölçeğin orijinal formunun Tedeschi ve Calhoun tarafından üniversite öğrencileri üzerinde yapılan güvenilirlik çalışmalarının sonuçlarında iç tutarlılık katsayısı 0.90, test tekrar test güvenirliliği 0.71, alt testlerinin iç tutarlılıkları ise 0.67 ve 0.85 arasında değişen değerler olarak elde edilmiştir (12).

Travma Sonrası Gelişim Envanteri'nin Türkçe'ye çevirisi ve psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi Dirik tarafından romatoid artrit hastalarıyla gerçekleştirilmiştir (122). Güvenirlik geçerlik çalışmaları kapsamında yapılan faktör analizinde ise orijinal ölçekten farklı olarak “kendilik algısında değişim” ,

“diğerleriyle ilişkilerde değişim” ve “hayat felsefesinde değişim” olmak üzere 3 alt boyut belirlenmiştir. Faktör analizinin sonucuna göre; 1, 2, 4, 5, 10, 12, 13, 18 ve 19. maddeler “kendilik algısında değişim”, 6, 8, 9, 15, 16, 20 ve 21. maddeler “diğerleriyle ilişkiler” ve son olarak 3, 7, 11, 14, ve 17. maddeler de “yaşam felsefesinde değişim” alt boyutlarında toplanmıştır. Ölçeğin psikometrik özelliklerini belirlemek amacıyla yapılan güvenilirlik analizleri sonucunda, kendilik algısındaki değişim alt boyutu için 0.92, diğerleriyle ilişkiler alt boyutu için 0.87, yaşam felsefesindeki değişim alt boyutu için 0.81 ve toplam maddeleri için güvenilirlik katsayısı 0.95 olarak elde edilmiştir. Travma sonrası gelişim ölçeğinden elde edilen bu sonuçlar, kanser hastası çocukların ailelerinde kullanılabilir bir ölçek olduğuna işaret etmektedir. Bu verilerden yola çıkılarak, bu çalışmada kanser, şizofreni, alzheimer hastalarının bakım vericilerinde travma sonrası gelişimlerinin incelenmesi, Travma Sonrası Gelişim Envanteri'nin Dirik tarafından uygulanan formu ve faktör yapısı ile belirlenmiştir (122).

### **5.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma verilerinin değerlendirilmesinde IBM SPSS Statistics 21 istatistik paket programından yararlanılmıştır. Verilerin tanımlayıcı istatistikleri olarak yüzde değerler, aritmetik ortalama, standart sapma, median, minimum ve maksimum değerleri verilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğine Shapiro-Wilk normallik testi ile bakılmıştır. Veriler normal dağılım göstermediğinden bağımsız iki grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi, ikiden fazla bağımsız grup karşılaştırmalarında ise Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır. Ölçek alt boyutları ve toplam puanları arasında ilişkinin yönünü ve gücünü test etmek için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi  $p < 0.05$  olarak kabul edilmiştir.

### **5.8. Araştırmanın Etik Yönü**

Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırma Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı (EK-4) ile araştırmanın yapıldığı Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nden yazılı izin (EK-5) alınmıştır. Veri toplamaya başlamadan önce bakım vericilere araştırma

hakkında bilgi verilerek “Aydınlatılmış Onam” ilkesi ve “Gönüllülük” ilkesi, araştırmaya katılıp katılmama konusunda özgür oldukları belirtilerek “Özerkliğe Saygı” ilkesi, araştırmaya katılan hasta yakınlarının bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi yerine getirilmiştir.

### **5.9. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Bu araştırmanın verileri Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi'nin Psikiyatri, Nöroloji ve Medikal Onkoloji Poliklinikleri'nde ayaktan takip edilen Kanser, şizofreni, Alzheimer tedavisi gören hastaların birinci dereceden bakımını üstlenen bakım vericilerinden elde edildiği için, araştırma bulguları sadece bu araştırma kapsamındaki bakım vericilere genellenebilir.

## 6. BULGULAR

Tablo 6.1. Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	Bakım Vericiler					
	Kanser Hastasına		Şizofreni Hastasına		Alzheimer Hastasına	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Yaş</b>						
40 yaş ve altı	24	31.6	16	23.2	7	14.0
41-51 yaş	20	26.3	23	33.3	13	26.0
52-62 yaş	23	30.3	20	29.0	22	44.0
63 yaş ve üstü	9	11.8	10	14.5	8	16.0
<b>Cinsiyet</b>						
Kadın	45	59.2	36	52.2	28	56.0
Erkek	31	40.8	33	47.8	22	44.0
<b>Medeni durum</b>						
Evli	61	80.3	59	85.5	40	80.0
Bekar	15	19.7	10	14.5	10	20.0
<b>Eğitim durumu</b>						
İlköğretim	38	50.0	54	78.3	17	34.0
Lise	19	25.0	7	10.1	23	46.0
Önlisans	4	5.3	2	2.9	4	8.0
Lisans	13	17.1	6	8.7	3	6.0
Lisansüstü	2	2.6	-	-	3	6.0
<b>Çalışma durumu</b>						
Çalışıyor	23	30.3	17	24.6	15	30.0
Çalışmıyor	53	69.7	52	75.4	35	70.0
<b>Ekonomik durum</b>						
Kötü	4	5.3	11	15.9	-	-
Orta	52	68.4	48	69.6	32	64.0
İyi	20	26.3	10	14.5	18	36.0
<b>Kronik hastalık durumu</b>						
Yok	56	73.7	58	84.1	40	80.0
Var	20	26.3	11	15.9	10	20.0
<b>Var olan kronik hastalık</b>						
Diabetes Mellitus	4	20.0	1	9.1	3	30.0
Hipertansiyon	5	25.0	5	45.4	2	20.0
Diabet ve Hipertansiyon	4	20.0	2	18.2	2	20.0
Tiroid Hastalığı	1	5.0	1	9.1	2	20.0
Akciğer Hastalıkları (KOA, Astım)	6	30.0	2	18.2	1	10.0
<b>Toplam</b>	76	100.0	69	100.0	50	100.0

Kanser, şizofreni ve alzheimer hastalarının bakım vericilerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 6.1.'de yer almaktadır. Kanser hastalarına bakım verenlerin; %31.6'sının 40 yaş ve altı, %59.2'sinin kadın, %80.3'ünün evli, %50.0'sinin

ilköğretim mezunu, %30.3'ünün çalışan ve %68.4'ünün ekonomik durumunun orta düzey olduğu belirlenmiştir. Kanser hastalarına bakım verenlerin %26.3'ünün kronik hastalığının bulunduğu ve var olan kronik hastalıkların DM (%20.0), Hipertansiyon (%25.0), DM ve Hipertansiyon (%20.0), Tiroid hastalığı (%5.0) ve Akciğer hastalıkları (KOAİ, Astım vb) (%30.0) olduğu saptanmıştır.

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin; %33.3'ünün 41-55 yaş arasında, %52.2'sinin kadın, %85.5'inin evli, %78.3'ünün ilköğretim mezunu, %24.6'sinin çalışan ve %69.6'sinin ekonomik durumunun orta düzey olduğu belirlenmiştir. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin %15.9'unun kronik hastalığının bulunduğu ve var olan kronik hastalıkların DM (%9.1), Hipertansiyon (%45.4), DM ve Hipertansiyon (%18.2), Tiroid hastalığı (%9.1) ve Akciğer hastalıkları (KOAİ, Astım vb) (%18.2) olduğu saptanmıştır.

Alzheimer hastalarına bakım verenlerin; %44.0'ının 52-62 yaş arasında, %56.0'ının kadın, %80.0'ının evli, %46.0'ının lise mezunu, %30.0'ının çalışan ve %64.0'ının ekonomik durumunun orta düzey olduğu belirlenmiştir. Alzheimer hastalarına bakım verenlerin %20.0'ının kronik hastalığının bulunduğu ve var olan kronik hastalıkların DM (%30.0), Hipertansiyon (%20.0), DM ve Hipertansiyon (%20.0), Tiroid hastalığı (%20.0) ve Akciğer hastalıkları (KOAİ, Astım vb) (%10.0) olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.2. Bakım Vericilerin Bakım Vermeye İlişkin Özellikleri

Bakım Vermeye İlişkin Özellikler	Bakım Vericiler					
	Kanser Hastasına		Şizofreni Hastasına		Alzheimer Hastasına	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
<b>Hastaya yakınlık derecesi</b>						
Eş	29	38.2	21	30.4	5	10.0
Anne	6	7.9	20	29.0	-	-
Baba	4	5.3	11	15.9	-	-
Kardeş	5	6.6	5	7.3	2	4.0
Kızı	17	22.4	1	1.4	17	34.0
Oğlu	10	13.2	6	8.7	17	34.0
Diğer	5	6.6	5	7.3	9	18.0
<b>Hastayla birlikte yaşama durumu</b>						
Hayır	24	31.6	13	18.8	27	54.0
Evet	52	68.4	56	81.2	23	46.0
<b>Hastaya toplam bakım verme süresi</b>						
0-3 yıl	59	77.6	12	17.4	16	32.0
4-7 yıl	12	15.8	20	29.0	17	34.0
8 yıl ve üzeri	5	6.6	37	53.6	17	34.0
<b>Günlük ortalama bakım verme süresi</b>						
1 saat ve altı	41	53.9	59	85.5	5	10.0
2 saat ve üstü	35	46.1	10	14.6	45	90.0
<b>Bakım destek verdiği alan</b>						
Fiziksel ihtiyaçlarını karşılama	7	9.2	1	1.4	-	-
Psikolojik destek sağlama	18	23.7	10	14.5	7	14.0
Maddi destek sağlama	2	2.6	-	-	6	12.0
Bütün ihtiyaçlarını karşılama	45	59.2	55	79.7	37	74.0
Diğer	4	5.3	3	4.3	-	-
<b>Zorlandığınız bakım destek alanı</b>						
Fiziksel İhtiyaçlarını Karşılama	4	5.2	4	5.8	15	30.0
Psikolojik Destek Sağlama	48	63.2	42	60.9	20	40.0
Maddi Destek Sağlama	7	9.2	3	4.3	1	2.0
Bütün İhtiyaçlarını Karşılama	10	13.2	17	24.6	14	28.0
Diğer	7	9.2	3	4.3	-	-
<b>Bakım vericiliğe bağlı etkilenen alan</b>						
Fiziksel	2	2.6	3	4.3	5	10.0
Psikolojik	41	53.9	43	62.4	22	44.0
Maddi	4	5.3	1	1.4	2	4.0
Manevi	6	7.9	-	-	2	4.0
Hepsi	23	30.3	22	31.9	19	38.0
<b>Toplam</b>	76	100.0	69	100.0	50	100.0



Bakım vericilerin bakım vermeye ilişkin özellikleri Tablo 6.2.'de görülmektedir. Kanser hastasına bakım verenlerin %38.2'sinin hastanın eşi olduğu, %68.4'ünün hasta ile birlikte yaşadığı ve %6.6'sının 7 yıldan fazla süredir hastaya bakım verdiği belirlenmiştir. Kanser hastasına bakım verenlerin %46.1'inin günlük ortalama bakım verme süresinin 2 saat ve üstü olduğu, %59.2'sinin hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılamaya çalıştığı, %63.2'sinin psikolojik destek sağlamada zorlandığı ve %53.9'unun psikolojik alanda bakım vericiliğe bağlı olarak etkilendiği saptanmıştır.

Şizofreni hastasına bakım verenlerin %30.4'ünün hastanın eşi olduğu, %81.2'sinin hasta ile birlikte yaşadığı ve %53.6'sının 7 yıldan fazla süredir hastaya bakım verdiği belirlenmiştir. Şizofreni hastasına bakım verenlerin %14.6'sının günlük ortalama bakım verme süresinin 2 saat ve üstü olduğu, %79.7'sinin hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılamaya çalıştığı, %60.9'unun psikolojik destek sağlamada zorlandığı ve %62.4'ünün psikolojik alanda bakım vericiliğe bağlı olarak etkilendiği saptanmıştır.

Alzheimer hastasına bakım verenlerin %68.0'ının hastanın kızı/oğlu olduğu, %46.0'ının hasta ile birlikte yaşadığı ve %34.0'ının 7 yıldan fazla süredir hastaya bakım verdiği belirlenmiştir. Alzheimer hastasına bakım verenlerin %90.0'ının günlük ortalama bakım verme süresinin 2 saat ve üstü olduğu, %74.0'ının hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılamaya çalıştığı, %40.0'ının psikolojik destek sağlamada zorlandığı ve %44.0'ının psikolojik alanda bakım vericiliğe bağlı olarak etkilendiği saptanmıştır.

Tablo 6.3. Bakım Vericilerin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları

Travma Sonrası Gelişim Ölçeği	Bakım Vericilerin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları						Test*
	Kanser Hastasına (n <sub>k</sub> =76)		Şizofreni Hastasına (n <sub>s</sub> =69)		Alzheimer Hastasına (n <sub>a</sub> =50)		
	Mean±SD	Median (Min-Max)	Mean±SD	Median (Min-Max)	Mean±SD	Median (Min-Max)	
<b>Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim</b>	14.86±8.37	12.50 (1.00-34.00)	4.56±4.59	3.00 (0.00-22.00)	9.76±4.86	10.00 (2.00-25.00)	KW=69.562 p=0.000
<b>Kişinin Kendisindeki Değişim</b>	28.89±7.16	28.00 (5.00-43.00)	22.59±8.13	22.00 (6.00-38.00)	29.72±4.66	30.00 (18.00-38.00)	KW=28.997 p=0.000
<b>Yaşam Felsefesindeki Değişim</b>	8.25±5.13	7.00 (1.00-20.00)	4.17±2.90	4.00 (0.00-9.00)	8.00±3.06	8.00 (2.00-15.00)	KW=39.367 p=0.000
<b>Toplam Puan</b>	52.01±18.32	47.50 (22.00-95.00)	31.33±14.25	32.00 (7.00-63.00)	47.48±11.00	50.00 (22.00-74.00)	KW=49.501 p=0.000

\* Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır.

Bakım vericilerin travma sonrası gelişim ölçeği puanları Tablo 6.3.'te yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puan ortalamasının kanser hastasının bakım vericilerinde  $14.86 \pm 8.37$ , şizofreni hastasının bakım vericilerinde  $4.56 \pm 4.59$ , alzheimer hastasının bakım vericilerinde  $9.76 \pm 4.86$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da önemli bulunduğu görülmektedir ( $p=0.000$ ). Kişinin Kendisindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının kanser hastasının bakım vericilerinde  $28.89 \pm 7.16$ , şizofreni hastasının bakım vericilerinde  $22.59 \pm 8.13$ , alzheimer hastasının bakım vericilerinde  $29.72 \pm 4.66$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da önemli bulunduğu belirlenmiştir ( $p=0.000$ ). Yaşam Felsefesindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının kanser hastasının bakım vericilerinde  $8.25 \pm 5.13$ , şizofreni hastasının bakım vericilerinde  $4.17 \pm 2.90$ , alzheimer hastasının bakım vericilerinde  $8.00 \pm 3.06$  ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır ( $p=0.000$ ). Bakım Vericilerin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında ise, kanser hastasının bakım vericilerinde  $52.01 \pm 18.32$ , şizofreni hastasının bakım vericilerinde  $31.33 \pm 14.25$ , alzheimer hastasının bakım vericilerinde  $47.48 \pm 11.00$  olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak da önemli bulunduğu görülmektedir ( $p=0.000$ ).

Tablo 6.4.'te kanser hastalarının bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerine göre travma sonrası gelişim ölçeği puanları verilmiştir. Kanser hastalarının bakım vericilerinde Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puan ortalamasının; 52-62 yaş arasında, erkek, bekar, ön lisans/lisans/lisansüstü mezunu, herhangi bir işte çalışan, ekonomik durumu iyi düzeyde olan ve kronik hastalığı bulunan bakım vericilerde daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Kanser hastalarının bakım vericilerinde Kişinin Kendisindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının 63 yaş ve üstü, kadın, evli, lise mezunu, herhangi bir işte çalışmayan, ekonomik durumu kötü düzeyde olan ve kronik hastalığı bulunan bakım vericilerde daha yüksek olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Kanser hastalarının bakım vericilerinde Yaşam Felsefesindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının 40 yaş ve altı, kadın, bekar, lise mezunu, herhangi bir işte çalışan, ekonomik durumu kötü olan ve kronik hastalığı bulunmayan bakım vericilerde daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Kanser hastalarının bakım vericilerinde Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında ise; 52-62 yaş arasında, erkek,

bekar, ön lisans/lisans/lisansüstü mezunu, herhangi bir işte çalışan, ekonomik durumu orta düzeyde olan ve kronik hastalığı bulunan bakım vericilerde daha düşük olduğu, aradaki farkın istatistiksel olarak önemli bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).



Tablo 6.4. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları (n<sub>k</sub>=76)

Tanıtıcı Özellikler		Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSGÖ Toplam Puan
		Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)
<b>Yaş</b>					
40 yaş ve altı	24	15.58±8.38 14.50 (4.00-34.00)	28.87±8.61 28.50 (5.00-42.00)	9.00±5.68 7.50 (2.00-20.00)	53.45±19.38 47.50 (28.00-88.00)
41-51 yaş	20	15.50±9.53 14.00 (1.00-30.00)	28.95±7.56 30.00 (15.00-42.00)	8.80±5.47 7.00 (1.00-19.00)	53.25±20.85 57.00 (22.00-83.00)
52-62 yaş	23	13.21±7.65 10.00 (2.00-32.00)	28.39±5.51 27.00 (18.00-43.00)	7.17±4.55 6.00 (1.00-20.00)	48.78±15.57 41.00 (29.00-95.00)
63 yaş ve üstü	9	15.77±8.21 12.00 (7.00-32.00)	30.11±6.71 31.00 (22.00-42.00)	7.77±4.40 6.00 (2.00-17.00)	53.66±18.08 49.00 (31.00-91.00)
<b>Test *</b>		<i>KW=1.449</i> <i>p=0.694</i>	<i>KW=0.499</i> <i>p=0.919</i>	<i>KW=1.470</i> <i>p=0.689</i>	<i>KW=1.132</i> <i>p=0.769</i>
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	45	16.40±8.71 15.00 (2.00-34.00)	29.53±7.39 29.00 (5.00-43.00)	8.73±5.54 7.00 (1.00-20.00)	54.66±18.90 52.00 (24.00-95.00)
Erkek	31	12.64±7.44 10.00 (1.00-32.00)	27.96±6.81 27.00 (15.00-42.00)	7.54±4.44 7.00 (1.00-17.00)	48.16±17.02 46.00 (22.00-91.00)
<b>Test**</b>		<i>U=525.500</i> <i>p=0.069</i>	<i>U=589.500</i> <i>p=0.253</i>	<i>U=625.000</i> <i>p=0.442</i>	<i>U=562.500</i> <i>p=0.153</i>
<b>Medeni durum</b>					
Evli	61	14.96±8.71 12.00 (1.00-34.00)	29.14±6.70 28.00 (15.00-43.00)	8.09±5.03 7.00 (1.00-20.00)	52.21±18.82 48.00 (22.00-95.00)
Bekar	15	14.46±7.06 14.00 (4.00-26.00)	27.86±8.99 27.00 (5.00-42.00)	8.86±5.64 7.00 (2.00-20.00)	51.20±16.74 46.00 (29.00-83.00)
<b>Test**</b>		<i>U=455.000</i> <i>p=0.974</i>	<i>U=424.500</i> <i>p=0.666</i>	<i>U=420.500</i> <i>p=0.628</i>	<i>U=439.500</i> <i>p=0.814</i>

\* Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır. \*\* Mann Whitney U Test uygulanmıştır.

Tablo 6.4. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları (n<sub>k</sub>=76) (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler		Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSGÖ Toplam Puan
		Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)
<b>Eğitim durumu</b>					
İlköğretim	38	15.02±8.71 12.00 (1.00-32.00)	29.10±6.41 28.00 (17.00-43.00)	8.00±5.46 7.50 (1.00-20.00)	52.13±19.08 47.00 (22.00-95.00)
Lise	19	16.47±9.38 14.00 (4.00-34.00)	30.94±7.05 30.00 (18.00-42.00)	9.10±4.30 7.00 (3.00-18.00)	56.52±18.64 50.00 (31.00-91.00)
Ön lisans/ Lisans/ Lisansüstü	19	12.94±6.43 12.00 (4.00-24.00)	26.42±8.25 27.00 (5.00-42.00)	7.89±5.35 6.00 (2.00-20.00)	47.26±16.07 45.00 (24.00-75.00)
<b>Test*</b>		<i>KW=1.235</i> <i>p=0.806</i>	<i>KW=2.549</i> <i>p=0.960</i>	<i>KW=1.403</i> <i>p=0.925</i>	<i>KW=2.496</i> <i>p=0.862</i>
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	23	12.86±7.12 12.00 (1.00-25.00)	26.52±7.87 27.00 (5.00-42.00)	8.56±5.06 7.00 (1.00-20.00)	47.95±17.29 45.00 (22.00-83.00)
Çalışmıyor	53	15.73±8.78 13.00 (2.00-34.00)	29.92±6.64 30.00 (17.00-43.00)	8.11±5.20 7.00 (1.00-20.00)	53.77±18.64 50.00 (24.00-95.00)
<b>Test**</b>		U=507.500 p=0.248	U=458.500 p=0.087	U=574.000 p=0.687	U=506.500 p=0.244
<b>Ekonomik durum</b>					
Kötü	4	18.50±7.89 21.00 (7.00-25.00)	32.00±6.37 32.00 (26.00-38.00)	9.75±4.57 11.50 (3.00-13.00)	60.25±17.25 65.50 (36.00-74.00)
Orta	52	14.78±8.87 12.00 (1.00-34.00)	28.94±6.52 28.00 (17.00-43.00)	7.65±5.17 7.00 (1.00-20.00)	51.38±18.69 48.00 (22.00-95.00)
İyi	20	14.35±7.27 13.50 (4.00-30.00)	28.15±8.89 28.50 (5.00-42.00)	9.50±5.06 7.50 (2.00-20.00)	52.00±18.05 46.50 (24.00-83.00)
<b>Test*</b>		<i>KW=0.763</i> <i>p=0.683</i>	<i>KW=0.670</i> <i>p=0.715</i>	<i>KW=2.769</i> <i>p=0.250</i>	<i>KW=0.853</i> <i>p=0.653</i>
<b>Kronik hastalık durumu</b>					
Var	20	13.80±8.45 10.00 (2.00-32.00)	29.90±5.89 28.50 (19.00-43.00)	7.70±5.44 7.00 (1.00-20.00)	51.40±18.82 45.50 (24.00-95.00)
Yok	56	15.25±8.39 13.50 (1.00-34.00)	28.53±7.57 28.00 (5.00-42.00)	8.44±5.04 7.00 (1.00-20.00)	52.23±18.31 48.50 (22.00-91.00)
<b>Test**</b>		U=492.000 p=0.422	U=506.000 p=0.524	U=506.000 p=0.523	U=545.500 p=0.864

\* Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır. \*\* Mann Whitney U Test uygulanmıştır.

Tablo 6.5. Kanser Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları (n<sub>k</sub>=76)

Bakım Vermeye İlişkin Özellikler		Dİğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSGÖ Toplam Puan
		Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)
<b>Hastaya yakınlık derecesi</b>					
Eş/Çocuk	56	14.25±7.91 12.00 (1.00-32.00)	27.89±7.10 27.00 (5.00-43.00)	8.10±4.77 7.00 (1.00-20.00)	50.25±17.44 45.50 (22.00-95.00)
Anne/Baba/Kardeş/Diğer	20	16.60±9.55 16.50 (2.00-34.00)	31.70±6.69 31.00 (22.00-42.00)	8.65±6.13 7.00 (1.00-20.00)	56.95±20.25 55.00 (28.00-88.00)
<b>Test**</b>		<i>U=484.000</i> <i>p=0.369</i>	<i>U=396.500</i> <i>p=0.053</i>	<i>U=551.500</i> <i>p=0.920</i>	<i>U=450.500</i> <i>p=0.196</i>
<b>Hastayla birlikte yaşama durumu</b>					
Hayır	24	14.75±8.49 14.00 (2.00-29.00)	28.83±6.22 28.50 (15.00-39.00)	8.50±5.67 7.00 (1.00-20.00)	52.08±18.62 48.00 (24.00-85.00)
Evet	52	14.92±8.40 12.00 (1.00-34.00)	28.92±7.61 28.00 (5.00-43.00)	8.13±4.91 7.00 (1.00-20.00)	51.98±18.37 47.50 (22.00-95.00)
<b>Test**</b>		<i>U=618.000</i> <i>p=0.946</i>	<i>U=606.000</i> <i>p=0.840</i>	<i>U=614.000</i> <i>p=0.911</i>	<i>U=618.000</i> <i>p=0.947</i>
<b>Hastaya toplam bakım verme süresi</b>					
0-3 yıl	59	14.03±8.25 12.00 (1.00-34.00)	28.47±7.39 28.00 (5.00-42.00)	7.61±4.84 7.00 (1.00-19.00)	50.11±18.15 46.00 (22.00-91.00)
4-7 yıl	12	17.75±7.85 20.50 (5.00-30.00)	31.00±4.99 32.00 (22.00-39.00)	10.08±5.96 10.00 (2.00-20.00)	58.83±16.71 61.50 (29.00-85.00)
8 yıl ve üzeri	5	17.80±10.59 13.00 (8.00-32.00)	28.80±9.20 26.00 (18.00-43.00)	11.40±5.17 10.00 (7.00-20.00)	58.80±22.74 47.00 (38.00-95.00)
<b>Test*</b>		<i>KW=2.979</i> <i>p=0.226</i>	<i>KW=1.931</i> <i>p=0.381</i>	<i>KW=4.079</i> <i>p=0.130</i>	<i>KW=3.299</i> <i>p=0.192</i>
<b>Günlük ortalama bakım verme süresi</b>					
1 saat ve altı	41	12.29±7.64 10.00 (1.00-34.00)	27.75±6.62 27.00 (5.00-42.00)	7.00±4.96 6.00 (1.00-20.00)	47.04±16.74 42.00 (22.00-88.00)
2 saat ve üstü	35	17.88±8.28 19.00 (4.00-32.00)	30.22±7.62 29.00 (15.00-43.00)	9.71±4.99 9.00 (1.00-20.00)	57.82±18.61 60.00 (24.00-95.00)
<b>Test**</b>		<i>U=441.000</i> <i>p=0.004</i>	<i>U=597.500</i> <i>p=0.210</i>	<i>U=477.000</i> <i>p=0.012</i>	<i>U=474.500</i> <i>p=0.011</i>

\* Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır.

\*\* Mann Whitney U Test uygulanmıştır.

Tablo 6.6. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları (n<sub>s</sub>=69)

Tanıtıcı Özellikler		Diger Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSGÖ Toplam Puan
		Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)
<b>Yaş</b>					
40 yaş ve altı	16	3.87±3.36 3.00 (0.00-12.00)	22.18±7.80 25.50 (9.00-30.00)	9.00±3.18 5.50 (1.00-9.00)	31.06±13.28 33.50 (11.00-50.00)
41-51 yaş	23	5.21±4.23 5.00 (0.00-15.00)	22.39±8.78 22.00 (7.00-38.00)	4.04±2.85 3.00 (0.00-9.00)	31.65±14.83 29.00 (7.00-57.00)
52-62 yaş	20	5.80±6.05 3.50 (0.00-22.00)	25.05±8.23 25.00 (6.00-38.00)	4.75±2.89 5.50 (0.00-9.00)	35.60±15.29 37.00 (8.00-63.00)
63 yaş ve üstü	10	1.70±2.16 1.50 (0.00-7.00)	18.80±6.10 15.50 (14.00-31.00)	2.00±1.41 1.50 (1.00-5.00)	22.50±8.97 17.50 (16.00-39.00)
<b>Test *</b>		<i>KW=6.246</i> <i>p=0.100</i>	<i>KW=4.142</i> <i>p=0.247</i>	<i>KW=7.316</i> <i>p=0.062</i>	<i>KW=6.725</i> <i>p=0.081</i>
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	36	4.22±4.09 2.50 (0.00-15.00)	21.94±7.61 22.00 (7.00-34.00)	4.22±2.93 4.00 (0.00-9.00)	30.38±13.52 31.50 (7.00-57.00)
Erkek	33	4.93±5.11 3.00 (0.00-22.00)	23.30±8.73 25.00 (6.00-38.00)	4.12±2.91 4.00 (0.00-9.00)	32.36±15.14 32.00 (8.00-63.00)
<b>Test **</b>		<i>U=560.000</i> <i>p=0.681</i>	<i>U=547.500</i> <i>p=0.576</i>	<i>U=586.000</i> <i>p=0.923</i>	<i>U=551.000</i> <i>p=0.605</i>
<b>Medeni durum</b>					
Evli	59	4.72±4.68 3.00 (0.00-22.00)	22.69±8.21 22.00 (7.00-38.00)	4.33±2.95 4.00 (0.00-9.00)	31.76±14.50 33.00 (7.00-63.00)
Bekar	10	3.60±4.08 2.00 (0.00-12.00)	22.00±8.06 21.50 (6.00-34.00)	3.20±2.48 2.00 (0.00-8.00)	28.80±13.01 26.00 (8.00-50.00)
<b>Test**</b>		<i>U=263.500</i> <i>p=0.589</i>	<i>U=290.500</i> <i>p=0.939</i>	<i>U=236.000</i> <i>p=0.310</i>	<i>U=279.500</i> <i>p=0.791</i>

\* Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır. \*\* Mann Whitney U Test uygulanmıştır.



Tablo 6.6. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları (n<sub>ş</sub>=69) (Devamı)

Tanıtıcı Özellikler		DİĞER KİŞİLERLE OLAN İLİŞKİLERDE DEĞİŞİM	KİŞİNİN KENDİSİNDEKİ DEĞİŞİM	YAŞAM FELSEFESİNDEKİ DEĞİŞİM	TSGÖ Toplam Puan
		Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)
<b>Eğitim durumu</b>					
İlköğretim	54	3.88±3.99 2.00 (0.00-15.00)	21.05±7.45 20.00 (6.00-34.00)	3.77±2.95 2.00 (0.00-9.00)	28.72±13.21 23.50 (8.00-57.00)
Lise	7	6.00±5.25 5.00 (0.00-16.00)	25.71±9.44 28.00 (7.00-35.00)	4.85±2.47 5.00 (0.00-8.00)	36.57±16.00 40.00 (7.00-59.00)
Ön lisans/ Lisans/ Lisansüstü	8	7.87±6.46 6.50 (3.00-22.00)	30.25±7.18 30.50 (18.00-38.00)	6.25±2.05 7.00 (3.00-8.00)	44.37±12.51 45.50 (24.00-63.00)
<b>Test*</b>		<i>KW=5.410</i> <i>p=0.067</i>	<i>KW=10.429</i> <i>p=0.005</i>	<i>KW=5.448</i> <i>p=0.066</i>	<i>KW=8.676</i> <i>p=0.013</i>
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	17	5.27±3.47 5.00 (1.00-12.00)	23.84±5.83 26.00 (14.00-31.00)	4.94±2.51 5.00 (1.00-9.00)	34.17±10.50 36.00 (16.00-50.00)
Çalışmıyor	52	4.32±4.90 2.00 (0.00-22.00)	22.15±8.76 21.00 (6.00-38.00)	3.92±3.00 3.00 (0.00-9.00)	30.40±15.25 26.00 (7.00-63.00)
<b>Test**</b>		U=331.500 p=0.121	U=397.500 p=0.535	U=341.000 p=0.156	U=370.000 p=0.316
<b>Ekonomik durum</b>					
Kötü	11	4.27±3.84 2.00 (0.00-10.00)	18.63±9.45 16.00 (6.00-31.00)	3.63±3.38 3.00 (0.00-9.00)	26.54±15.87 20.00 (7.00-47.00)
Orta	48	4.27±4.41 2.50 (0.00-16.00)	22.33±7.82 22.00 (9.00-38.00)	3.97±2.94 2.50 (0.00-9.00)	30.58±14.02 29.50 (11.00-59.00)
İyi	10	6.30±6.09 4.50 (1.00-22.00)	28.20±5.15 29.00 (18.00-35.00)	5.70±1.56 6.00 (3.00-8.00)	40.20±10.42 39.50 (24.00-63.00)
<b>Test*</b>		<i>KW=1.829</i> <i>p=0.401</i>	<i>KW=7.435</i> <i>p=0.024</i>	<i>KW=3.459</i> <i>p=0.177</i>	<i>KW=4.132</i> <i>p=0.127</i>
<b>Kronik hastalık durumu</b>					
Var	11	3.00±3.79 1.00 (0.00-8.00)	20.54±6.91 20.00 (11.00-34.00)	3.81±3.06 2.00 (1.00-8.00)	27.36±12.59 21.00 (13.00-49.00)
Yok	58	4.86±4.69 3.00 (0.00-22.00)	22.98±8.34 25.00 (6.00-38.00)	4.24±2.89 4.00 (0.00-9.00)	32.08±14.51 32.50 (7.00-63.00)
<b>Test**</b>		U=211.500 p=0.076	U=262.500 p=0.354	U=287.000 p=0.596	U=254.500 p=0.290

\* Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır. \*\* Mann Whitney U Test uygulanmıştır.

Kanser hastalarının bakım vericilerinin bakım vermeye ilişkin özelliklerine göre travma sonrası gelişim ölçeği puanları Tablo 6.5.'te yer almaktadır. Kanser hastalarının bakım vericilerinde Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puan ortalamasının; hastanın eşi/çocuğu olan, hasta ile birlikte yaşamayan ve bakım verme süresi 0-3 yıl arasında olan bakım vericilerde daha düşük olduğu, farkın istatistiksel olarak önemli bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puan ortalamasının günlük ortalama bakım verme süresi 1 saat ve altında olan kanser hastalarının bakım vericilerinde daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır ( $p=0.004$ ). Kanser hastalarının bakım vericilerinde Kişinin Kendisindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının; hastanın eşi/çocuğu olan, hasta ile birlikte yaşamayan ve bakım verme süresi 0-3 yıl arasında, günlük ortalama bakım verme süresi 1 saat ve altında olan bakım vericilerde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Kanser hastalarının bakım vericilerinde Yaşam Felsefesindeki Değişim alt ölçek ve TSGÖ toplam puan ortalamasının; hastanın eşi/çocuğu olan, hasta ile birlikte yaşayan ve bakım verme süresi 0-3 yıl arasında olan bakım vericilerde daha düşük olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak önemli bulunmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Yaşam Felsefesindeki Değişim alt ölçek ve TSGÖ toplam puan ortalamasının günlük ortalama bakım verme süresi 1 saat ve altında olan kanser hastalarının bakım vericilerinde daha düşük ve aradaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0.012$ ,  $p=0.011$ ).

Tablo 6.6'da şizofreni hastalarının bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerine göre travma sonrası gelişim ölçeği puanları verilmiştir. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinde Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puan ortalamasının; 63 yaş ve üstü, kadın, bekar, ilköğretim mezunu, herhangi bir işte çalışmayan, ekonomik durumu kötü/orta olan ve kronik hastalığı bulunan bakım vericilerde daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Şizofreni hastalarının bakım vericilerinde Kişinin Kendisindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının 52-62 yaş arasında, erkek, evli, herhangi bir işte çalışan ve kronik hastalığı bulunmayan bakım vericilerde daha yüksek olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Kişinin Kendisindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının ön

lisans/lisans/lisansüstü mezunu ve ekonomik durumu iyi düzeyde olan şizofreni hastalarının bakım vericilerinde daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak da anlamlı olduğu bulunmuştur (sırasıyla;  $p=0.005$ ,  $p=0.024$ ). Şizofreni hastalarının bakım vericilerinde Yaşam Felsefesindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının 63 yaş ve üstü, erkek, bekar, ilköğretim mezunu, herhangi bir işte çalışmayan, ekonomik durumu kötü düzeyde olan ve kronik hastalığı bulunan bakım vericilerde daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında ise, 52-62 yaş arasında, erkek, evli, herhangi bir işte çalışan, ekonomik durumu iyi olan ve kronik hastalığı bulunmayan şizofreni hastalarının bakım vericilerinde daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Ön lisans/lisans/lisansüstü mezunu olan şizofreni hastalarının bakım vericilerinde Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puan ortalamalarının ilköğretim ve lise mezunlarına göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır ( $p=0.013$ )

Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım vermeye ilişkin özelliklerine göre travma sonrası gelişim ölçeği puanları Tablo 6.7.'de yer almaktadır. Şizofreni hastalarının bakım vericilerinde Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puan ortalamasının; hastanın eşi/çocuğu olan, bakım verme süresi 4-7 yıl, günlük ortalama bakım verme süresi 1 saat ve altında olan bakım vericilerde daha düşük olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak önemli bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Şizofreni hastalarının bakım vericilerinde Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puan ortalamasının hasta ile birlikte yaşayan bakım vericilerde daha düşük ve farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu bulunmuştur ( $p=0.036$ ).

Şizofreni hastalarının bakım vericilerinde Kişinin Kendisindeki Değişim alt ölçek ve TSGÖ toplam puan ortalamasının; hastanın eşi/çocuğu, hasta ile birlikte yaşayan, bakım verme süresi 4-7 yıl, günlük ortalama bakım verme süresi 1 saat ve altında olan bakım vericilerde daha düşük olduğu belirlenmiş, ancak aradaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Yaşam Felsefesindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının; hastanın eşi/çocuğu olan, hasta ile birlikte yaşayan,

bakım verme süresi 8 yıl ve üstü, günlük ortalama bakım verme süresi 1 saat ve altı olan şizofreni hastalarının bakım vericilerinde daha düşük olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli bulunmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).



Tablo 6.7. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları (n<sub>s</sub>=69)

Bakım Vermeye İlişkin Özellikler		Diger Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSGÖ Toplam Puan
		Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)
<b>Hastaya yakınlık derecesi</b>					
Eş/Çocuk	28	3.64±3.10 3.00 (0.00-10.00)	21.67±8.00 23.50 (7.00-33.00)	4.42±2.88 4.50 (0.00-9.00)	29.75±12.73 31.50 (7.00-51.00)
Anne/Baba/Kardeş/Diğer	41	5.19±5.32 3.00 (0.00-22.00)	23.21±8.27 22.00 (6.00-38.00)	4.00±2.94 4.00 (0.00-9.00)	32.41±15.25 32.00 (8.00-63.00)
<b>Test**</b>		<i>U=534.000</i> <i>p=0.623</i>	<i>U=502.500</i> <i>p=0.381</i>	<i>U=515.000</i> <i>p=0.467</i>	<i>U=522.500</i> <i>p=0.529</i>
<b>Hastayla birlikte yaşama durumu</b>					
Hayır	13	6.53±3.99 8.00 (1.00-14.00)	23.07±6.94 26.00 (11.00-30.00)	5.69±3.03 7.00 (1.00-9.00)	35.30±12.95 41.00 (13.00-50.00)
Evet	56	4.10±4.63 2.00 (0.00-22.00)	22.48±8.44 22.00 (6.00-38.00)	3.82±2.78 3.00 (0.00-9.00)	30.41±14.48 28.50 (7.00-63.00)
<b>Test**</b>		<i>U=228.500</i> <i>p=0.036</i>	<i>U=360.500</i> <i>p=0.957</i>	<i>U=241.500</i> <i>p=0.058</i>	<i>U=300.000</i> <i>p=0.326</i>
<b>Hastaya toplam bakım verme süresi</b>					
0-3 yıl	12	5.41±5.23 3.50 (0.00-15.00)	23.50±7.89 21.00 (13.00-34.00)	4.25±2.92 2.50 (1.00-9.00)	33.16±15.52 26.50 (14.00-57.00)
4-7 yıl	20	4.15±3.82 3.00 (0.00-16.00)	21.20±8.14 22.00 (9.00-35.00)	4.30±2.71 4.50 (0.00-8.00)	29.65±13.00 35.00 (11.00-59.00)
8 yıl ve üzeri	37	4.51±4.83 3.00 (0.00-22.00)	23.05±8.33 25.00 (6.00-38.00)	4.08±3.06 4.00 (0.00-9.00)	31.64±14.76 32.00 (7.00-63.00)
<b>Test*</b>		<i>KW=0.314</i> <i>p=0.855</i>	<i>KW=1.107</i> <i>p=0.575</i>	<i>KW=0.217</i> <i>p=0.897</i>	<i>KW=0.957</i> <i>p=0.620</i>
<b>Günlük ortalama bakım verme süresi</b>					
1 saat ve altı	59	4.49±4.75 3.00 (0.00-22.00)	22.20±8.02 22.00 (6.00-38.00)	4.01±2.88 3.00 (0.00-9.00)	30.72±14.21 30.00 (8.00-63.00)
2 saat ve üstü	10	5.00±3.68 4.50 (0.00-10.00)	24.80±8.89 28.50 (7.00-34.00)	5.10±2.99 6.00 (0.00-8.00)	34.90±14.68 40.00 (7.00-49.00)
<b>Test**</b>		<i>U=246.500</i> <i>p=0.405</i>	<i>U=228.000</i> <i>p=0.253</i>	<i>U=240.000</i> <i>p=0.344</i>	<i>U=237.500</i> <i>p=0.327</i>

\* Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır.

\*\* Mann Whitney U Test uygulanmıştır.

Tablo 6.8. Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları (n<sub>a</sub>=50)

Tanıtıcı Özellikler		Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSGÖ Toplam Puan
		Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)
<b>Yaş</b>					
40 yaş ve altı	7	9.14±4.84 10.00 (2.00-16.00)	30.00±4.47 28.00 (24.00-36.00)	8.00±2.94 8.00 (2.00-10.00)	46.28±9.75 49.00 (28.00-56.00)
41-51 yaş	13	9.07±4.36 10.00 (3.00-16.00)	30.00±4.89 30.00 (20.00-38.00)	7.14±2.79 8.00 (3.00-14.00)	47.07±9.75 50.00 (28.00-58.00)
52-62 yaş	22	10.63±5.50 11.00 (2.00-25.00)	29.63±4.80 31.00 (18.00-35.00)	8.27±3.41 8.50 (2.00-15.00)	48.54±12.48 52.00 (22.00-74.00)
63 yaş ve üstü	8	9.00±4.20 8.00 (3.00-16.00)	29.25±4.94 29.00 (20.00-36.00)	8.00±2.87 8.50 (4.00-12.00)	46.22±11.31 47.50 (27.00-61.00)
<b>Test*</b>		<i>KW=0.981</i> <i>p=0.806</i>	<i>KW=0.302</i> <i>p=0.960</i>	<i>KW=0.472</i> <i>p=0.925</i>	<i>KW=0.746</i> <i>p=0.862</i>
<b>Cinsiyet</b>					
Kadın	28	10.39±5.24 11.00 (2.00-25.00)	30.82±4.68 32.00 (20.00-38.00)	8.67±3.18 9.00 (3.00-15.00)	49.89±11.05 52.00 (25.00-74.00)
Erkek	22	8.95±4.32 8.50 (2.00-16.00)	28.31±4.35 29.00 (18.00-36.00)	7.13±2.73 7.50 (2.00-12.00)	44.40±10.36 47.00 (22.00-61.00)
<b>Test**</b>		<i>U=255.000</i> <i>p=0.298</i>	<i>U=191.000</i> <i>p=0.022</i>	<i>U=225.000</i> <i>p=0.102</i>	<i>U=203.000</i> <i>p=0.040</i>
<b>Medeni durum</b>					
Evli	40	10.20±5.01 11.00 (2.00-25.00)	30.25±4.40 30.50 (20.00-38.00)	8.22±3.17 8.50 (2.00-15.00)	48.67±10.99 51.00 (25.00-74.00)
Bekar	10	8.00±3.97 7.50 (2.00-16.00)	27.60±5.33 28.00 (18.00-35.00)	7.10±2.51 7.50 (2.00-10.00)	42.70±10.16 46.50 (22.00-53.00)
<b>Test**</b>		<i>U=142.000</i> <i>p=0.158</i>	<i>U=132.500</i> <i>p=0.100</i>	<i>U=159.000</i> <i>p=0.316</i>	<i>U=118.500</i> <i>p=0.048</i>

\* Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır. \*\* Mann Whitney U Test uygulanmıştır.

Tablo 6.8. Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinin Tanımlayıcı Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları (n<sub>a</sub>=50)  
(Devamı)

Tanıtıcı Özellikler		Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSGÖ Toplam Puan
		Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)
<b>Eğitim durumu</b>					
İlköğretim	17	9.17±5.41 8.00 (2.00-25.00)	30.00±4.75 30.00 (20.00-36.00)	7.76±3.01 9.00 (3.00-15.00)	46.94±11.64 48.00 (25.00-74.00)
Lise	23	9.82±4.41 11.00 (2.00-16.00)	29.56±4.47 30.00 (18.00-36.00)	7.52±2.64 8.00 (2.00-12.00)	46.91±10.17 51.00 (22.00-59.00)
Önlisans/ Lisans/ Lisansüstü	10	10.60±5.27 11.50 (3.00-16.00)	29.60±5.42 30.50 (20.00-38.00)	9.50±3.83 10.00 (3.00-8.00)	49.70±12.57 53.50 (28.00-65.00)
<b>Test*</b>		<i>KW=1.527</i> <i>p=0.466</i>	<i>KW=0.144</i> <i>p=0.931</i>	<i>KW=3.340</i> <i>p=0.188</i>	<i>KW=1.810</i> <i>p=0.405</i>
<b>Çalışma durumu</b>					
Çalışıyor	15	9.93±4.65 11.00 (2.00-16.00)	30.20±5.23 30.00 (20.00-38.00)	8.06±3.53 8.00 (2.00-15.00)	48.20±11.34 53.00 (28.00-65.00)
Çalışmıyor	35	9.68±5.02 10.00 (2.00-25.00)	29.51±4.46 30.00 (18.00-36.00)	7.97±2.89 9.00 (2.00-15.00)	47.17±11.00 50.00 (22.00-74.00)
<b>Test**</b>		U=242.000 p=0.663	U=235.000 p=0.559	U=255.000 p=0.873	U=225.000 p=0.427
<b>Ekonomik durum</b>					
Orta	32	9.68±5.31 10.00 (2.00-25.00)	29.18±4.56 30.00 (18.00-36.00)	7.65±3.05 8.00 (2.00-15.00)	46.53±9.75 50.00 (22.00-74.00)
İyi	18	9.88±4.08 10.50 (3.00-16.00)	30.66±4.83 31.00 (20.00-38.00)	8.61±3.07 8.50 (3.00-15.00)	49.16±10.00 51.00 (28.00-65.00)
<b>Test**</b>		U=272.000 p=0.745	U=237.500 p=0.305	U=247.500 p=0.409	U=239.500 p=0.326
<b>Kronik hastalık durumu</b>					
Var	10	8.80±3.08 8.00 (4.00-15.00)	30.90±3.87 30.50 (26.00-38.00)	8.50±2.32 8.00 (6.00-14.00)	48.20±5.90 49.00 (40.00-56.00)
Yok	40	10.00±5.22 10.50 (2.00-25.00)	29.42±4.84 30.00 (18.00-36.00)	7.87±3.23 8.00 (2.00-15.00)	47.30±11.99 51.00 (22.00-74.00)
<b>Test**</b>		U=164.000 p=0.381	U=183.000 p=0.679	U=189.500 p=0.797	U=190.500 p=0.818

\* Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır.

\*\* Mann Whitney U Test uygulanmıştır.

Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerine göre travma sonrası gelişim ölçeği puanları Tablo 6.8.'de verilmiştir. Alzheimer hastalarının bakım vericilerinde Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puan ortalamasının; 52-62 yaş arası, kadın, evli, ön lisans/lisans/lisansüstü mezunu, herhangi bir işte çalışan, ekonomik durumu iyi olan ve kronik hastalığı bulunmayan bakım vericilerde daha yüksek olduğu, ancak farkın istatistiksel olarak önemli bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Alzheimer hastalarının bakım vericilerinde Kişinin Kendisindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının 63 yaş ve üstü, bekar, lise mezunu, herhangi bir işte çalışmayan, ekonomik durumu orta düzey ve kronik hastalığı bulunmayan bakım vericilerde daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Kişinin Kendisindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının erkek alzheimer hastalarının bakım vericilerinde daha düşük ve farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu bulunmuştur (sırasıyla;  $p=0.022$ ,  $p=0.048$ ). Alzheimer hastalarının bakım vericilerinde Yaşam Felsefesindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının 41-51 yaş arası, erkek, bekar, lise mezunu, herhangi bir işte çalışmayan, ekonomik durumu orta düzeyde olan ve kronik hastalığı bulunmayan bakım vericilerde daha düşük olduğu bulunmuştur ( $p>0.05$ ). Alzheimer hastalarının bakım vericilerinde Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puan ortalamalarına bakıldığında ise, kadın ve evli bakım vericilerde daha yüksek ve farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu saptanmıştır (sırasıyla;  $p=0.040$ ,  $p=0.048$ ,  $p=0.047$ ). Alzheimer hastalarının bakım vericilerinde Travma Sonrası Gelişim Ölçeği toplam puan ortalamalarının; 52-62 yaş arasında, ön lisans/lisans/lisansüstü mezunu, herhangi bir işte çalışan, ekonomik durumu iyi düzeyde olan ve kronik hastalığı bulunanlarda daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ).

Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin bakım vermeye ilişkin özelliklerine göre travma sonrası gelişim ölçeği puanları Tablo 6.9.'da yer almaktadır. Alzheimer hastalarının bakım vericilerinde Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puan ortalamasının; hastanın eşi/çocuğu olan, hasta ile birlikte yaşayan, hastaya bakım verme süresi 8 yıl ve üstü, günlük ortalama bakım verme süresi 2 saat ve üstü olan bakım vericilerde daha yüksek olduğu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak önemli bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Kişinin



Kendisindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının; hastanın eşi/çocuğu olan, hasta ile birlikte yaşayan, bakım verme süresi 0-3 yıl, günlük ortalama bakım verme süresi 1 saat ve altında olan alzheimer hastalarının bakım vericilerinde daha yüksek olduğu belirlenmiş, ancak fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ). Alzheimer hastalarının bakım vericilerinde Yaşam Felsefesindeki Değişim alt ölçek puan ortalamasının; hastanın eşi/çocuğu olan, hasta ile birlikte yaşayan, bakım verme süresi 8 yıl ve üstü, günlük ortalama bakım verme süresi 1 saat ve altı olan bakım vericilerde daha düşük olduğu saptanmıştır ( $p>0.05$ ). Alzheimer hastalarının bakım vericilerinde TSGÖ toplam puan ortalamasının; hastanın eşi/çocuğu olan, hasta ile birlikte yaşayan, bakım verme süresi 8 yıl ve üstü, günlük ortalama bakım verme süresi 2 saat ve üstü olan bakım vericilerde daha yüksek olduğu, farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Tablo 6.9. Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinin Bakım Vermeye İlişkin Özelliklerine Göre Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanları (n<sub>a</sub>=50)

Bakım Vermeye İlişkin Özellikler		Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSGÖ Toplam Puan
		Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)	Mean±SD Median (Min-Max)
<b>Hastaya yakınlık derecesi</b>					
Eş/Çocuk	39	10.07±4.93 10.00 (2.00-25.00)	29.74±4.48 30.00 (18.00-38.00)	8.15±3.20 8.00 (2.00-15.00)	47.97±11.06 51.00 (22.00-74.00)
Anne/Baba/Kardeş/Diğer	11	8.63±4.67 10.00 (2.00-16.00)	29.63±5.50 32.00 (20.00-36.00)	7.45±2.54 8.00 (3.00-12.00)	45.72±11.11 49.00 (25.00-61.00)
<b>Test**</b>		<i>U=180.000</i> <i>p=0.417</i>	<i>U=202.500</i> <i>p=0.778</i>	<i>U=183.500</i> <i>p=0.464</i>	<i>U=179.000</i> <i>p=0.405</i>
<b>Hastayla birlikte yaşama durumu</b>					
Hayır	27	9.18±5.46 10.00 (2.00-25.00)	29.40±5.45 30.00 (18.00-38.00)	7.59±3.29 8.00 (2.00-15.00)	46.18±12.76 50.00 (22.00-74.00)
Evet	23	10.43±4.07 10.00 (3.00-16.00)	30.08±3.62 30.00 (20.00-36.00)	8.47±2.76 9.00 (4.00-15.00)	49.00±8.51 49.00 (27.00-65.00)
<b>Test**</b>		<i>U=255.500</i> <i>p=0.283</i>	<i>U=304.000</i> <i>p=0.899</i>	<i>U=254.000</i> <i>p=0.268</i>	<i>U=283.000</i> <i>p=0.592</i>
<b>Hastaya toplam bakım verme süresi</b>					
0-3 yıl	16	9.37±4.66 10.00 (2.00-16.00)	30.75±3.54 30.00 (24.00-38.00)	7.87±3.18 7.50 (2.00-14.00)	48.00±8.64 51.50 (28.00-61.00)
4-7 yıl	17	8.58±4.45 8.00 (2.00-16.00)	28.41±5.87 30.00 (18.00-36.00)	7.11±2.57 7.00 (2.00-10.00)	44.11±12.10 50.00 (22.00-59.00)
8 yıl ve üzeri	17	11.29±5.31 11.00 (2.00-25.00)	30.05±4.17 30.00 (20.00-36.00)	9.00±3.27 9.00 (3.00-15.00)	50.35±11.53 50.00 (25.00-74.00)
<b>Test*</b>		<i>KW=2.117</i> <i>p=0.347</i>	<i>KW=0.846</i> <i>p=0.655</i>	<i>KW=2.662</i> <i>p=0.264</i>	<i>KW=1.032</i> <i>p=0.597</i>
<b>Günlük ortalama bakım verme süresi</b>					
1 saat ve altı	5	6.60±4.56 4.00 (2.00-12.00)	31.40±5.54 32.00 (24.00-38.00)	8.20±4.32 9.00 (2.00-14.00)	46.20±12.27 53.00 (28.00-56.00)
2 saat ve üstü	45	10.11±4.82 10.00 (2.00-25.00)	29.53±4.59 30.00 (18.00-36.00)	7.97±2.95 8.00 (2.00-15.00)	47.62±10.99 50.00 (22.00-74.00)
<b>Test*</b>		<i>U=68.000</i> <i>p=0.149</i>	<i>U=90.000</i> <i>p=0.465</i>	<i>U=110.000</i> <i>p=0.935</i>	<i>U=107.000</i> <i>p=0.859</i>

\* Kruskal-Wallis Test uygulanmıştır.

\*\* Mann Whitney U Test uygulanmıştır.

Tablo 6.10. Bakım Vericilerin Travma Sonrası Gelişim Ölçeği Puanlarının Korelasyonu (N=195)

Ölçek ve Alt Ölçekler	Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	Kişinin Kendisindeki Değişim	Yaşam Felsefesindeki Değişim	TSGÖ Toplam Puan
Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim	-	r=0.685** p=0.000	r=0.772** p=0.000	r=0.904** p=0.000
Kişinin Kendisindeki Değişim	r=0.685** p=0.000	-	r=0.743** p=0.000	r=0.900** p=0.000
Yaşam Felsefesindeki Değişim	r=0.772** p=0.000	r=0.743** p=0.000	-	r=0.886** p=0.000
TSGÖ Toplam Puan	r=0.904** p=0.000	r=0.900** p=0.000	r=0.886** p=0.000	-

Spearman korelasyon analizi uygulanmıştır.

Tablo 6.10.'da bakım vericilerin travma sonrası gelişim ölçeği ve alt ölçek puanlarının korelasyonu yer almaktadır. Tablo incelendiğinde; TGSÖ toplam puan ve tüm alt ölçek puanları arasında çok kuvvetli düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir (p=0.000). 'Kişinin Kendisindeki Değişim' ile 'Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim' alt ölçek puanları arasında orta düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu belirlenmiştir (p=0.000). 'Yaşam Felsefesindeki Değişim' ile 'Kişinin Kendisindeki Değişim' ve 'Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim' alt ölçek puanları arasında kuvvetli düzeyde pozitif yönlü ilişki olduğu saptanmıştır (p=0.000).

## 7.TARTIŞMA

Bu bölümde sırasıyla kanser, şizofreni ve alzheimer hastalarının bakım vericilerinin tanıtıcı özellikleri, bakım vericilerinin bakım vermeye ilişkin özellikleri ve bu özelliklere göre bakım vericilerinin travma sonrası gelişim ölçeği puanlarına ilişkin bulgular tartışılmıştır.

Kanser, bedensel bir hastalık olmasının yanı sıra hastayı ve bakım vericilerini ruhsal ve psikososyal açıdan etkileyen, yaşamları üzerindeki etkinliğini kaybetmelerine neden olabilen, bir çok problemi beraberinde getiren, fiziksel ve ruhsal açıdan sağlık sorunları yaşamalarına yol açan ve yaşam kalitesini bozan kronik bir hastalıktır (15, 36).

Çalışmada kanser hastalarına bakım verenlerin; %31.6'sının 40 yaş ve altı olduğu bulunmuştur. İnci ve Erdem çalışmasında bakım vericilerinin yaş ortalamalarının 36.9 olduğu (123), Şahin ve ark. çalışmasında bakım verenlerin %31.1'inin 28-37 yaş aralığında (124), Bektaş ve Özer'in çalışmasında da bakım vericilerinin yaş ortalamasının 40 olduğu bildirilmiştir (125). Çalışmamız literatürle benzer sonuçlar göstermektedir. Kanser günümüzde her yaşta sık görülen bir hastalık haline gelmiştir. Hastanın yaşına bağlı olarak bakım vericilerin hastaya yakınlık durumuna göre, yaşları değişebilmektedir.

Çalışmamızda kanser hastalarına bakım verenlerin %59.2'sini kadınlar oluşturmuştur. İnci'nin çalışmasında bakım vericilerin %75.5'inin (123), Uğur ve Fadiloğlu'nun çalışmasında %72'sinin (126), Bektaş ve Özer'in çalışmasında %61.6'sının (125), Bodur ve Cingil'in çalışmasında da çalışma sonucumuza benzer olarak bakım vericilerin çoğunluğunu kadınların oluşturduğu saptanmıştır (127). Bu sonuç, toplumumuzun geleneksel olarak kadına yüklemiş olduğu bakım verici rolüyle açıklanabilir. Buna bağlı olarak, kadın bakım vericilerin erkek bakım vericilere göre bakım verme rolünü daha iyi yerine getirebildikleri, yapı itibariyle daha merhametli, korumacı ve şefkatli olmaları gibi nedenlerle kadınların bakım rolüne daha uygun görüldüğünü düşündürebilir.

Çalışmamızda bakım verenlerin medeni durumları incelendiğinde; kanser hastasına bakım verenlerin %80.3 ünün evli olduğu belirlenmiştir. Yapılan benzer çalışmalarda da hasta yakınlarının çoğunun medeni durumunun evli olduğu saptanmıştır (124-127). Bakım verici rolünü genellikle eşler üstlendiğinden, medeni durumlarının evli olması bu durumun bir yansımasıdır.

Çalışmada bakım vericilerinin eğitim durumları incelendiğinde; kanser hastasına bakım verenlerin %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu bulunmuştur. Yapılan benzer çalışmalarda da hasta yakınlarının çoğunun eğitim durumunun ilköğretim olduğu saptanmıştır (124-126). Bodur ve Cingil'in çalışmasında ise bakım verenlerin %50'sinin ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Çalışmada kanser hastasına bakım verenlerin çoğu hastanın eşi, kadın ve çalışmayan bireyler olduğundan, çoğunun ev hanımı olduğu, eğitim düzeyinin de bu değişkenlerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir (127).

Çalışma kapsamına alınan bakım vericilerin çalışma durumları incelendiğinde; kanser hastasına bakım verenlerin %69.7'sinin çalışmadığı saptanmıştır. Karabuğa'nın (128) çalışmasında, bakım vericilerin %63.3, Türkoğlu'nun yaptığı çalışmada bakım vericilerin %77.9'unun herhangi bir işte çalışmadığı (129), Şahin ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada da bakım verenlerin %77.1'inin belli bir işe daimi olarak devam etmedikleri saptanmıştır (124). Bulduğumuz sonuçlar literatürle benzerlik göstermektedir. Kanser gibi kronik ve pek çok sorunu beraberinde getiren bir hastalığa sahip aile üyesine bakım vermenin, bakım verenin çalışmasına önemli bir engel oluşturduğu aşıkardır. Çalışmada bakım verenlerin çoğunun kadın ve hastanın eşi olması, eşlerin çoğunun ev hanımı olması dolayısıyla da çalışmamalarının bir göstergesi olabilir.

Çalışma kapsamına alınan bakım vericilerin ekonomik durumları incelendiğinde; kanser hastalarına bakım verenlerin % 68.4'ünün gelir seviyesinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. Karabuğa'nın çalışmasında da bakım vericilerinin % 46.7 sinin gelir düzeylerinin orta düzeyde olduğu (128), Karaaslan'ın çalışmasında ise bakım verenlerin %60.7'sinin gelir gider durumlarının eşit olduğu görülmüştür

(130). Kişi başına düşen milli gelire göre ülkemiz dünyada orta gelirli ülkeler arasında yer almaktadır. Çalışmamızda hasta yakınlarının büyük çoğunluğun gelirinin orta düzeyde olması bunun bir göstergesidir. Aynı zamanda kanser yüklü tedavi ve bakım harcamalarına yol açan bir hastalık olduğundan hasta ailesinin maddi durumunu olumsuz etkileyebilmektedir.

Çalışmada kanser hastasına bakım veren bakım verenlerin %26.3'ünün kronik bir hastalığının bulunduğu görülmektedir. Kronik hastalığı bulunan bakım vericilerin %30'unun akciğer hastalığı (KOA, Astım...), %25'inin hipertansiyon, %20'sinin ise hem diabet hem de hipertansiyon hastalığının olduğu belirlenmiştir. Bakım vermek bakım vericilerde zorlanmaya neden olabilmekte, bakım vericilerde fiziksel ve ruhsal sağlık sorunlarına yol açabilmektedir.

Çalışmada, kanser hastalarının bakım vericilerin bakım vermeye ilişkin özellikleri incelendiğinde bakım verenler arasında çoğunluğu eşlerin ve çocukların oluşturduğu; bakım verenlerin %38.2'sinde bakım verme rolünü eşlerin üstlendiği görülmektedir. Bodur ve Cingil'in çalışmalarında bakım verenlerin büyük çoğunluğunu eşlerin ve hastaların kız çocuklarının oluşturduğu (127), Karaaslan'ın çalışmasında da benzer olarak bakım verenlerin %33.3'ünü eşlerin oluşturduğu bildirilmiştir (130). Bakım verenlerin çoğunluğun eşlerden oluşmuş olması birinci derece yakın olmaya bağlı olarak, eşlerin kendilerini hastasına daha çok sorumlu hissetmelerinden kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada kanser hastasına bakım veren bakım vericilerin %68.4 ünün hastasıyla aynı evde yaşadığı görülmektedir. Belasco ve Sesso tarafından yapılan çalışmada bakım vericiler hastalarının çoğunluğunun (%91) aynı ev ortamında yaşadıklarını belirtmiştir (131). Toptaş çalışmasında kanser hastalarına bakım verenlerin %57.4'ünün hasta ile birlikte yaşadığını bildirmiştir (132). Çalışma sonucumuzda bakım vericilerin çoğunluğu hastaların eşleri olduğu için, hastayla birlikte yaşamaları da bunun bir yansımasıdır.

Çalışmada kanser hastasına bakım verenlerin %77.6'sının 0-3 yıl arasında hastalarına bakım verdikleri saptanmıştır. Şahin ve ark. kemoterapi alan hastaların bakım vericilerinin %48.4 ünün hastalarına 0-6 ay arasında bakım verdiğini (124), Eşer ve Bedük'ün yapmış olduğu çalışma sonucunda da kanser hastasına bakım verenlerin % 42'sinin bakım verme sürelerinin 0-6 ay arasında olduğunu bildirmiştir (133). Hastalara bakım verme sürelerinin farklı olmasının nedenleri, kanser hastalığının çeşidi, hastalığın seyri, hastanın sağlık durumu ve bakım vericilerin özellikleri gibi durumlara bağlı olarak değişebilmektedir.

Çalışmamızda bakım vericilerin çoğunun, kanser hastalarına günlük bakım verme sürelerinin ortalama 1 saat ve altı olduğu tespit edilmiştir. Toptaş çalışmasında kanser hastalarına bakım verenlerin %53.7'sinin hastalarına günlük ortalama 1-6 saat bakım verdiklerini belirtmiştir (132). Literatürde yapılan çalışmalarda bakım verenlerin zamanlarının neredeyse tamamını hastalarına bakım vererek geçirirken, bizim çalışmamızda ise kanser hastalarına bakım veren bakım vericilerin hastalarına daha az zaman ayırdıkları görülmüştür. Bunun sebebi; çalışma kapsamına medikal onkoloji polikliniğine gelen ayaktan tedavi gören hastaların bakım vericileri alındığından, hastaların pek çoğunun rutin kontrol amaçlı hastaneye gelmeleri ve genel sağlık durumunun çok kötü olmamasından ve bakım ihtiyaçlarının daha az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Çalışmada kanser hastasına bakım verenlerin bakım verme alanlarına bakıldığında %59.2'si hastalarının tüm ihtiyaçlarını karşılarken, %23.7'sinin hastasını psikolojik açıdan desteklediği belirlenmiştir. Şahin ve ark. çalışmasında, bakım verenlerin hastalarına en çok maddi ve psikolojik yönden destek verdikleri saptanmıştır (124). Kanser hastada pek çok fiziksel, psikolojik, manevi ve maddi pek çok zorlanmaya ve ihtiyaca yol açmaktan olduğundan, kanser hastasına destek olmak bu çoklu boyutlarda destek olmayı beraberinde getirmektedir.

Çalışmada kanser hastalarına bakım verenlerin %63.2'sinin hastalarına psikolojik olarak destek sağlamada zorlandıkları belirlenmiştir. Bunun nedenleri arasında kişilerin fiziksel ihtiyaçlarını karşılamamanın daha kolay olmasına karşı,

psikolojik destek vermenin hasta ve bakım veren için daha zor, uzun ve bilişsel bir süreç olmasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Kanser, hastanın ve bakım verenlerin hayatları üzerinde kontrolünü kaybetmelerine neden olan, bireylerin sosyal, is, aile/evlilik yaşantılarını olumsuz yönde etkileyen, sağlık durumlarını ve yaşam kalitesini bozan kronik bir hastalıktır. Çalışmamızda kanser hastasına bakım veren bakım vericilerin %53.9'unun psikolojik açıdan olumsuz etkilendiği görülmektedir. Nayak ve ark. çalışmalarında; kanser hastasına bakım vermenin, bakım vericiyi psikolojik yönden olumsuz etkilediğini, bakım verenlerin insan ilişkilerini etkilediğini, günlük işlerine çok fazla zaman ayıramadıklarını, iş kaybı ve maddi kayıp yaşadıklarını, finansal yükün bakım vericilerin yaşam kalitesini negatif olarak etkilediğini belirtilmektedir (134). Şahin ve ark. çalışmalarında ortaya çıkan sonuca göre; aile bireylerinden birinin hasta olması, bakım vericilerini psikolojik ve sosyal statü bakımından olumsuz yönde etkilemekte ve aile üyelerinden birini kaybetme korkusu, bakım verenlerin yüksek düzeyde ruhsal problem yaşamasına ve bu durumun bakım vericilerin kendilerini ihmal etmelerine aynı zamanda anksiyete yaşamalarına neden olabilmektedir (124). Jadoon ve ark. yaptığı çalışmada, bakım vericilerin anksiyete düzeyinin, hastaların anksiyete düzeyinden daha yüksek olduğu bildirilmiştir (135). Grov ve ark. ile Vanderwerker ve ark. yapmış oldukları çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiş ve kanser hastalarına bakım verenlerde anksiyete gibi psikolojik bozukluk görüldüğü saptanmıştır (136, 137). Babaoğlu ve Öz çalışmasında son dönem kanser hastasına bakım veren bakım verenlerin, günlük yaşamları, hastaya aktif bakım verme nedeni ile aksadığını, rollerinde farklılaşmalar meydana geldiğini bildirmişlerdir (44). Var olan rollere eklenen yeni rol ve sorumluluklar, bakım verenlerin tüm enerji ve zamanını alarak bireylerde depresyon ve ümitsizlik gibi negatif duygulanımların oluşmasına neden olduğu belirtilmiştir. Bu durum bakım verenlerin psikolojik sağlığını etkilediğini düşündürmektedir.

Şizofreni, bireyin duygu, düşünce ve davranışlarını etkileyen aynı zamanda algıda, duygulanımda ve düşüncelerde bozulma ile birlikte, bireyin iş hayatında, insan ilişkilerinde ve sosyalleşmesinde adaptasyon sorunu yaşamasına neden olan,



aile yaşamını, aile üyelerini ve aile üyelerinin bireysel yaşantılarını da oldukça olumsuz etkileyen kronik psikiyatrik bir hastalıktır (4, 46-49).

Çalışmada bakım vericilerin %33.3'ünün 41-51 yaş aralığında olduğu saptanmıştır. Aydın ve ark. şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaş ortalamasını 55.18 olarak saptamışlardır (138). Çetin ve ark. çalışmalarında da bakım vericilerin 30-50 yaş grubunun çoğunlukta olduğu saptanmıştır (139). Şizofreni genellikle erken yaşlarda başlayan, ilerleyen, uzun süreli, yıllarca bakım gerektiren kronik bir hastalık olduğu için, aynı zamanda çalışmamızda şizofreni hastalarının bakım vericilerin çoğunluğunun hastanın annesi veya eşi olmasıyla da ilişkili olarak bakım vericilerin yaş aralığı yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda şizofreni hastasına bakım verenlerin %52.2'sini kadınlar oluşturmaktadır. Ülkemizde, Gülseren ve ark. yapmış olduğu bir çalışmada da hastayla en fazla ilgilenen kişilerin çoğunlukla kadın bireyler olduğu (140), Aydın ve ark. çalışmasında bakım verenlerin %52'sinin (138), Türkmen ve ark. yapmış olduğu çalışmada %58'inin kadın bireyler olduğu bildirilmiştir (141). Araştırma sonuçları literatürle benzerlik göstermektedir. Ülkemizde genellikle şizofreni hastasına aile içinde, annesi veya hasta evliyse eşi bakım vermektedir. Çalışmamızda da şizofreni hastalarının bakım vericilerin çoğunluğunun hastanın annesi veya eşi görülmüştür. Toplumumuzda geleneksel olarak kadınların üstlendiği bakım verici rolünün etkisini bu sonucumuzda da görmekteyiz.

Çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlerin %85.5'inin evli olduğu belirlenmiştir. Aydın ve ark. çalışmalarında bakım yükünü üstlenenlerin %88'inin (138), Ak ve ark. çalışmasında ise %81.25'inin medeni durumlarının evli olduğu saptanmıştır (142). Çalışmamızda da şizofreni hastalarının bakım vericilerin çoğunluğunun hastanın annesi veya eşi olduğundan çoğunun medeni durumunun evli olması, bu durumun bir yansımasıdır.

Çalışmada, şizofreni hastasına bakım veren bakım verenlerin %78.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu bildirilmiştir. Aydın ve ark. yaptığı çalışmada bakım vericilerin ilköğretim mezunu olduğu (138), Kaya'nın yaptığı çalışmada şizofreni

hastasına bakım verenlerin %58'inin eğitim düzeyinin ilköğretim düzeyinde olduğu saptanmıştır (143). Bakım vericilerin yaş aralığı dikkate alındığında, ülkemizde bu yaş aralığındaki bireylerin çoğunluğunun ilköğretim mezunu olduğu bilinmektedir.

Çalışmamızda şizofreni hastalarına bakım veren bakım vericilerin %75.4'ünün herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Kaya'nın çalışmasında hastalara bakım verenlerin %71.54'ünün (143), Özlü ve ark. yapmış oldukları çalışmada bakım vericilerin %78'inin (144), Gülseren ve ark. çalışmasında ise bakım vericilerden %68.1'inin (140), Aydın ve ark. %74'ünün çalışmadığı saptanmıştır (138). Bakım vericilerin herhangi bir işte çalışmıyor olması, hastanın bakım gereksinimlerinin çokluğundan, yarattığı bakım yükünden, hastanın doğasının değişkenliğine bağlı olarak, çoğu zaman sürekli gözetim destek de gerektirdiğinden, şizofreni hastalarının bakım vericilerinin çalışmaması beklenen bir sonuçtur.

Çalışmada, şizofreni hastalarına bakım veren bakım vericilerin %69.6'sının ekonomik durumlarının orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Kaya'nın çalışmasında hastalara bakım verenlerin %55.39'unun gelirlerinin giderlerine eşit olduğu saptanmıştır (143). Şizofreni yıllar içerisinde çoklu hastane yatışlarına yol açabilen, sürekli ilaç kullanmayı gerektiren, çoklu tedavi ve bakım harcamalarına yol açan bir hastalık olduğundan hasta ailesinin maddi durumunu da olumsuz etkileyebilmektedir.

Çalışmada şizofreni hastalarına bakım veren bakım vericilerin kronik hastalık durumlarına bakıldığında; %84.1'inin kronik hastalığının bulunmadığı, %15.9'unda kronik hastalığın bulunduğu belirlenmiştir. Kronik hastalığı bulunan bakım vericilerin ise %45.4'ünde hipertansiyon olduğu görülmüştür. Yazıcı ve ark. yaptıkları çalışmada şizofreni hastalarına bakım verenlerin %31.8'inde diabetes mellitus, hipertansiyon, hiperlipidemi gibi kronik hastalıkların mevcut olduğu saptanmıştır (145). Şizofreni bakım yükü yüksek olan bir hastalıktır ve bakım vericilerin fiziksel ve ruhsal olarak oldukça zorlanmasına ve buna bağlı olarak sağlık sorunları yaşamalarına neden olabilmektedir.

Çalışmada şizofreni hastalarına bakım verenlerin, hastaya yakınlık derecelerine bakıldığında; bakım verenlerin, %29'unun hastanın annesi, %30.4'ünün hastanın eşi olduğu belirlenmiştir. Özlü ve ark. yapmış oldukları çalışmada bakım vericilerin %47'sinin hastanın annesi, %12'sinin eşi olduğu saptanmıştır (144). Çetin ve ark. yapmış oldukları çalışmada bakım verenlerin %50'sinin hastanın annesi olduğu saptanmıştır (139). Çalışmamız literatürle paralellik göstermektedir. Ülkemizdeki kültürel değerler doğrultusunda aile kavramının önemli olduğu ve aile bireylerine bakmanın bir görev gibi algılandığı düşünülürse bundan kaynaklı bakım verme rolünü kadın olmanın da getirdiği geleneksel bir beklentiyle, annelerin ve eşlerin üstlendiği düşünülebilir.

Çalışmada şizofreni hastalarına bakım verenlerin hastayla birlikte yaşama durumlarına bakıldığında; %81.2'sinin hastayla birlikte yaşadığı belirlenmiştir. Karayazgan çalışmasında bakım verenlerin %78.8'inin hasta ile birlikte yaşadığını saptamıştır (146). Ülkemizde şizofreni hastaları genellikle aile içinde ve ev ortamında bakım ihtiyaçları giderilmeye ve aile üyeleri tarafından bu şekilde gözetim altında da tutulmaya çalışıldığından, bakım vericilerin hastayla birlikte yaşıyor olması bu durumun bir yansımasıdır.

Çalışmamızda şizofreni hastalarına bakım verenlerin, çoğunluğu hastaya hergün 2 saat ve üzeri ve %53.6'sının 8 yıldan uzun süredir hastalarına bakım verdikleri belirlenmiştir. Kaya'nın çalışmasında bakım vericilerin % 31.54'ünün hastalarına günde 1-6 saat, % 33.85'inin günde 7-12 saat bakım verdikleri saptanmıştır (143). Roick ve ark. çalışmasında, hasta bireye verilen günlük bakım süresinin uzamasının, bakım veren üzerinde yük artışına neden olduğunu bildirmişlerdir (147). Şizofreninin çoğunlukla erken yaşta başlayan, yıllar ilerledikçe, hastada yarattığı yeti yitimlerine de bağlı olarak, bakım yükünü ve bakım için ayrılan zamanı da arttıran kronik bir hastalık olması, sonucumuzu desteklemektedir.

Çalışmada şizofreni hastalarına bakım vericilerin, hastalarına bakım destek verdiği alanlar incelendiğinde; %79.7'sinin hastanın bütün ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik destek verdiği, %60.9'unun hastaya psikolojik destek sağlama bakımından

zorlandığı, %62.4 ünün ise bakım vermenin, kendilerini en çok psikolojik anlamda yıpratmış olduğunu ifade ettiği belirlenmiştir. Martens ve Addington şizofreni hastalarına bakım veren ailelerin psikolojik sıkıntılarını araştırdıkları çalışmalarında; yakınlarına şizofreni tanısı konan ailelerin çaresiz, öfkeli, üzüntülü ve endişeli olduklarını bu sebeplerden yük altında olduklarını ve sıkıntı yaşadıklarını bildirmişlerdir (148). Chan çalışmasında, hasta yakınlarının psikolojik yönden etkilendiğini belirtmiştir. Chan'e göre bakım verenlerin çoğu bakım vermenin yanında diğer rollerini (iş, aile...) yerini getirebilmek için kişisel, duygusal ve ekonomik kaynakların eksikliği nedeniyle anksiyete ve depresyon gibi strese neden olan durumlar ile mücadele etmek zorunda kalır (149). Atagün ve ark. bakım verenler ile yaptıkları çalışmada duygusal ve fiziksel yükün, bakım verenlerin depresyon ve anksiyete düzeylerini arttırarak, sağlık durumlarının bozulmasına sebep olduğunu bildirmişlerdir (1). Atagün ve ark. yaptıkları çalışmada bakım verme süresinin bakım vericide depresyon düzeyini arttırdığını bildirmişlerdir (1). Gülseren ve ark. yaptıkları çalışmada depresyon düzeyinin bakım verme ile pozitif yönde bir ilişkisi olduğunu bildirmiştir (140). Magana ve ark. şizofreni ve bakım verenleri üzerinde yaptıkları çalışmada ABD'de yaşayan Meksika kökenli bakım verenlerin %40'ında depresyon geliştiğini belirtmişlerdir (150). Literatürde ve çalışma sonucumuzda da görüldüğü üzere şizofreni, bakım vericilerin ruh sağlığında olumsuz etkilere yol açmaktadır.

Alzheimer Hastalığı, serebral korteks, hipokampus ve subkortikal bölgelerde bulunan hücrelerin yitimi sonucu oluşan ve metabolik aktivitede azalmanın yanında, anımsama gibi kognitif işlevlerde de bozulma ile seyreden, kişinin bilişsel işlevlerinde azalmaya ve öz bakım yetersizliğine neden olan günlük yaşam aktivitelerinin yerine getirilememesiyle birlikte davranış farklılıklarına yol açan kötü seyirli ve ilerleyici dejeneratif bir hastalıktır. Bakım ve sorumluluk gerektiren hastalıklardan biridir. Alzheimer hastalığı yalnız hastayı değil, yakın çevresini de etkilemektedir. Alzheimer hastalığı başlangıcından hastanın kaybedilmesine kadar genellikle 8-10 yıl bakım vermeyi gerektiren bir hastalıktır (73-75).

Çalışmada Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin %44'ünün, 52-62 yaş arasındaki bireyler oluşturmaktadır. Akyar ve Akdemir çalışmalarında bakım

verenlerin %72'sinin 30-54 yaş aralığında (7), Küçükgüçlü ve ark. çalışmasında bakım verenlerin yaş ortalamasının 60.18 yaş olduğunu bildirmişlerdir (151). Bu hastalığın yaşlılık çağında yani ileri yaşlarda görüldüğü göz önüne alındığında, bu hastalara bakım veren, eş ve çocuklarının yaşının çalışma sonucumuzda görülen bakım verici yaş aralığıyla örtüştüğü düşünülmektedir.

Çalışmada Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin cinsiyetleri incelendiğinde %56'sını kadın bireyler oluşturmaktadır. Akyar ve Akdemir çalışmalarında bakım verenlerin %86'sının (7), Selçuk ve Avcı çalışmasında bakım verenlerin % 90'nının (152), Altın ve Avcı'nın çalışmasında bakım verenlerin %83.6'sının cinsiyetinin kadın olduğu görülmektedir (153). Kültürümüzde yaşlı bireye bakım vermenin takdir edilen bir davranış ve görev gibi algılanması, aynı zamanda bakım vermenin kadın cinsiyetine atfedilmiş bir rol gibi görülmesiyle ilişkili olarak, çalışmada kadın bakım vericilerin oranının yüksek olması açıklanabilir.

Çalışmada Alzheimer hastasına bakım verenlerin %80'inin evli olduğu görülmüştür. Akyar ve Akdemir çalışmalarında bakım verenlerin %72'sinin (7), Yacı çalışmasında bakım verenlerinin %62.2'sinin (154), Altın ve Avcı çalışmasında bakım verenlerin %83.1'inin (153), Çetinkaya araştırmasında bakım verenlerin %77.4'ünün evli olduğu saptanmıştır (155). Çalışmamızda bakım vericilerin çoğunluğunu 52-62 yaş arasındaki bireyler oluşturduğundan, ülkemizde bu yaş aralığındaki bireylerin çoğunun evli olması beklenen bir durumdur.

Çalışmamızda alzheimer hastasına bakım verenlerin %46'sının lise mezunu olduğu, %34'ünün ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Esmeray çalışmasında bakım verenlerin %40.5'inin ilkokul, %23.8'inin lise mezunu (156), Çetinkaya çalışmasında %37.4'ünün ilköğretim mezunu, %28.9'unun lise mezunu olduğunu bildirmiştir (155). Akyar ve Akdemir çalışmalarında bakım verenlerin %64'ünün üniversite mezunu olduğu bildirilmiştir (7). Elde edilen sonuçlar literatür ile benzerlik göstermese de elde edilen oran yakınlık göstermektedir. Bu çalışmada, Alzheimer hastasına bakım verenlerin çoğunluğu hastanın kızı ve oğlu olduğu için,

bu sonucun geçmişten günümüze kuşaklara göre eğitim seviyesinin yükselmesinden kaynaklandığı düşünülebilir.

Çalışmamızda alzheimer hastalarına bakım verenlerin %70'inin çalışmadığı ve %64'ünün ekonomik durumunun orta düzeyde olduğu belirlenmiştir. Çetinkaya çalışmasında alzheimer hastalarına bakım verenlerin %82'sinin (155), Akyar ve Akdemir çalışmalarında bakım verenlerin %64'ünün (7), Altın ve Avcı çalışmasında bakım verenlerin %79.1'inin (153), Küçükgüçlü ve ark. ise çalışmalarında bakım verenlerin %75'inin çalışmadığını bildirmiştir (8). Akyar ve Akdemir çalışmasında bakım verenlerin %40'ının gelir durumunu orta düzey (7), Erkuran çalışmasında bakım verenlerin %55'inin gelirlerinin giderlerine denk olduğunu saptamışlardır (157). Alzheimer hastasına bakım vermek, uzun yıllar süren ve günlük ciddi zaman gerektiren ve çoklu bakım harcamalarına yol açan bir süreç olduğundan, bakım verenlerin çoğu çalışmamak zorunda kalmış ve ekonomik açıdan etkilenmiş olabilirler.

Çalışmamızda alzheimer hastalarına bakım verenlerin %20'sinin kronik bir hastalığının olduğu saptanmıştır. Kronik hastalığı bulunan bakım vericilerin %30'unda diabetes mellitus, %20'sinde hipertansiyon ve %20'sinde ise her iki hastalığın bulunduğu görülmüştür. Akyar ve Akdemir çalışmasında bakım verenlerin %66'sında kronik bir hastalığının olduğu (7), %30' unun hipertansiyon hastası olduğunu bildirilmiştir. Altın ve Avcı çalışmasında alzheimer hastasına bakım verenlerin %13'ünün kronik hastalığının bulunduğunu, bu bulgular sonucunda %56.5'inin kronik hastalığının kalp ve hipertansiyon, %26.1'inin diabetes mellitus olduğu (153), Erkuran'ın çalışmasında bakım verenlerin %62.5'inin sağlık problemi olmadığı saptanmıştır (157). Bu çalışmada bakım verenlerin çoğunun mevcut bir hastalığı olmamakla beraber, Alzheimer hastalığı ilerledikçe hastanın bakım gereksinimi ve bakım vericiye yansıyan bakım yükü arttığından, alzheimer hastalarının bakım vericileri fiziksel ve ruhsal açıdan ciddi zorlanabilmekte, yaşanan stresin de etkisiyle stresin tetiklediği pek çok fiziksel ve ruhsal sağlık sorunu ortaya çıkabilmektedir.

Çalışmamızda alzheimer hastasına bakım verenlerin %34'ünün kızı, %34'ünün oğlu tarafından bakım verildiği görülmektedir. Küçükçüçlü çalışmasında hastasına bakım verenlerin %48.7 'sinin kızı, %10.9'unun oğlu tarafından bakıldığı bildirilmiştir (8). Çetinkaya çalışmasında bakım verenlerin %45.6'sının (155), Yacı çalışmasında bakım verenlerin %50'sinin hastanın kızı olduğunu saptamıştır (154). Pang ve arkadaşları yaptıkları çalışmada Tayvan'da bakım verme rolünü daha çok eşlerin üstlendiği ABD ve Çin'de ise bakım rolünü çocukların üstlendiğini saptamışlardır (158). Alzheimer hastalığı, yaşlılık çağında yani ileri yaşlarda görüldüğünden, bu hastalara bakım verme görevini genellikle yaş ve konum itibariyle, çocukları üstlenmek zorunda kalmaktadır. Çalışma sonucumuz bunun bir yansımasıdır.

Çalışmamızda alzheimer hastası bireye bakım veren bakım vericilerin %46'sının hastasıyla birlikte yaşadığı, %54'ünün aynı evi paylaşmadığı görülmektedir. Yacı çalışmasında bakım vericilerin %84.4'ünün hasta ile birlikte yaşadıklarını saptamıştır (154). Alzheimer hastasının, hastalığın ilerlemesiyle günün 24 saati içerisinde gece veya gündüz birçok bakım ihtiyacı olduğundan, bu süreç hastanın bakım vericisinin sürekli hastayla birlikte kalmasını zorunlu hale getirebilmektedir.

Çalışmamızda alzheimer hastasına bakım verenlerin %34'ü hastaya verdikleri bakım süresinin 4-7 yıl arası olduğu, diğer %34'ünün ise 8 yıl ve üzeri bakım verdikleri saptanmıştır. Çetinkaya çalışmasında Alzheimer hastasına bakım verenlerin %44.3'ünün (155), Küçükçüçlü ve arkadaşları %50'sinin 6 yıl ve üzeri (8), Akyar ve Akdemir çalışmalarında bakım verenlerin %50'sinin 1-5 yıl, %40'ının 6-10 yıl süresince hastalarına bakım verdiklerini bildirmiştir (7). Alzheimer hastalığı başlangıcından hastanın kaybedilmesine kadar genellikle 8-10 yıl bakım vermeyi gerektiren kronik ilerleyici bir hastalık olduğundan, çalışma sonucumuz bu durumu yansıtmaktadır.

Çalışmada Alzheimer hastasına bakım veren bakım vericilerin %90'ının hastalarına günlük ortalama 2 saat ve üzeri bakım verdikleri; %74'ünün hastasının bütün gereksinimlerini, %14'ünün ise yalnızca psikolojik ihtiyaçlarını karşıladığı

saptanmıştır. Akyar ve Akdemir çalışmasında bakım verenlerin; hastaların, beslenme ve hareket, temizlik, boşaltımın sağlanması, ekonomik işler için günlük ortalama 15.4 saat (7), Selçuk ve Avcı çalışmalarında günlük ortalama 11 saat ve üzeri (152), Marin ve ark. çalışmasında da bakım verenlerin, bakım verdikleri bireylerin giyinme, soyunma, beslenme, hareket, genel görünüm ve gözetimleri ile ilgili olarak ortalama 13.1 saatini ayırdıklarını saptamışlardır (159). Kekeç çalışmasında bakım verenlerin %69.4'unun fiziksel yönden hastalarına destek oldukları belirtilmiştir (160). Hastalık ilerledikçe farklı boyutlarda bakım ihtiyaçları ve bakım verme süresi de artmaktadır.

Çalışmada Alzheimer hastasına bakım veren bakım vericilerin; hastanın %40'ının hastanın psikolojik ihtiyaçlarını, %30'unun ise hastanın fiziksel ihtiyaçları karşılamada güçlük yaşadığı saptanmıştır. Akyar ve Akdemir çalışmasında bakım verenlerin %64'ünün hastalarının bakımında güçlük yaşadıklarını (7), %40.6'sının bakım desteği sağlamada ve hastasının öz-bakım gereksinimini karşılamada, bakım vermeye ilişkin özellikler arasında yer almasa da bakım verenlerin en çok hastalarının beslenme, uyku düzeninde bozulma ve iletişim kurmada güçlük yaşadıklarını belirtmiş, %34.4'ünün psikolojik destek sağlamada güçlük yaşadıklarını bildirmişlerdir.

Çalışmada Alzheimer hastasına bakım veren bakım vericilerin %38'i hem fiziksel, hem psikolojik hem de maddi manevi alanda güçlük yaşadıklarını, güçlük yaşayan bakım verenlerinde %44'ünün bakım vericiliğe bağlı olarak en çok psikolojik olarak etkilendiği belirlenmiştir. Akyar ve Akdemir çalışmasında bakım vericilerin %34.4'ünün bakım vericiliğe bağlı olarak psikolojik açıdan etkilendiğini ve bakım vermenin en çok sosyal hayatlarını etkilediğini bildirmişlerdir (7). Toseland et al. çalışmasında fiziksel bitkinliğin ve bakım verenin sağlığının kötüleşmesinin depresyona neden olduğu sonucuna varmıştır (161). Hem çalışma sonucumuzda hem de benzer diğer çalışma sonuçlarına göre, alzheimer hastasına bakım vermenin, özellikle hastalığın ilerlemesiyle artan bakım yükünün bireyde yarattığı stres ve zorlanmanın, ruh sağlığını olumsuz etkilediği söylenebilir.



Bazı araştırmacılar Travma sonrası gelişim hakkında yas, kanser, kalp krizi, kronik hastalıklar, tecavüz, cinsel istismar, yangın gibi çeşitli olaylar ile ilgili çalışmalar yapmışlardır. Travma sonrası gelişme ve ölçme ile başka değişkenler arasındaki ilişki hakkındaki araştırmalara ise 1990'lı yıllardan itibaren başlanmıştır (12, 98).

Literatürde travma sonrası gelişme ile yapılmış çalışmalar incelendiğinde, genellikle hayatı tehdit eden hastalıklara sahip bireyler ve onların ailelerine yönelik çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Yapılan çalışmalardan bazılarının, ileri evre osteosarkomalı çocuk ve gençlerin aileleriyle, yoğun bakımda tedavisi devam eden çocukları aileleriyle, ilerlemiş evre kanser hastaları, meme kanseri tanısı alan hastalar ve kök hücre nakli olan hasta bireyler ile yapıldığı görülmektedir (162).

Çalışmamızda kanser, şizofreni ve Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin travma sonrası gelişimleri incelendiğinde; travma sonrası gelişim puan ortalamalarının, kanser hastasına bakım verenlerde  $52.01 \pm 18.32$ , şizofreni hastasına bakım veren bakım verenlerde  $31.33 \pm 14.25$ , alzheimer hastasına bakım veren bakım verenlerde ise  $47.48 \pm 11.00$  olduğu saptanmıştır. Yani travma sonrası gelişim toplam puan ortalamalarına göre, travma sonrası gelişimin, kanser hastalarının bakım vericilerinde en yüksek, şizofreni hastalarının bakım vericilerinde ise en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Bakım vericilerin travma sonrası gelişim ölçeği alt boyutlarına göre puan ortalamaları incelendiği de ise; ölçek alt boyutlarının tamamındaki (diğer kişilerle olan ilişkiler, kişinin kendisindeki değişim ve yaşam felsefesindeki değişim alt boyutları) puan ortalamalarının yine kanser hastalarının bakım vericilerinde en yüksek, şizofreni hastalarının bakım vericilerinde ise en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

Kanser ölümcül de olabilen kronik bir hastalık olmasının yanında, hastalık seyrine göre iyileşmenin de olduğu umut vadeden bir hastalıktır ve bakım verenler bakım verdikleri hastalarının yaşamış oldukları zorlu süreçleri görmelerinin ardından, hayatlarına farklı bir yaklaşım getirdiklerini, günlük rutin problemlerinden uzaklaştıklarını ve yaşamın önemli olduğunu bu sayede anladıklarını ve bakım

vermenin onları olumlu anlamda geliştirdiği dűřünülebilir. şizofreni tedavisi mümkün olmayan, dűřünce ve davranışlarda bozulma ile karakterize, düzensiz konuşma ve halűsinasyon görme gibi pozitif semptomları olan, sosyal çekinme gibi negatif semptomlar görűlen ve toplum tarafından damgalanan kronik bir hastalıktır. Bu olumsuz semptomların bakım verilerde utanma, suçluluk gibi duygulara neden olacağı dűřünülrse, bakım verenler hastalarının bu durumundan dolayı kendilerini sosyal yönden izole etmek durumunda kalabilmektedir. Yapılan çalışmaların çođu şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşam alanlarında negatif yönde bir etkilenim olduğunu göstermiştir (163, 164). Çalışmamızda şizofreni hastalarının bakım verenlerinde, kanser ve alzheimer hastasının bakım verenlerine göre travma sonrası gelişim ölçeğine bağlı yaşam felsefesindeki değişimin daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum kanser hastalığının iyileşme anlamında bir sürecinin de olabilmesi ve bakım vermenin de hasta iyileşince sona ermesi, kanser hastasının bakım vericilerinin şizofreni hastasının bakım vericilerine göre daha az zorlaması ve hastalığın seyri ile ilgili umudunu korumasından kaynaklı olabileceği dűřünülebilir. Tedeschi ve Calhoun travmatik yaşantılarla ilgili araştırmalarında toplumsal dűřüncenin aksine, kanser gibi kronik bir hastalığın bireyde her zaman kötü izler bırakmayacağını ve hastaların bu süreçlerden olumlu gelişmeler kaydederek bu süreci deneyimleyeceklerini bildirmişlerdir (99).

Çalışmada, bakım vericilerin travma sonrası gelişim ölçeği puanları incelendiğinde, kanser hastalarına bakım veren bakım vericilerin diğer kişilerle olan ilişkilerindeki değişim incelendiğinde, kanser hastasına bakım verenlerin çevre ile etkileşiminin ve sosyal yönünün, şizofreni gibi damgalayıcı olan bir hastalığa göre ve alzheimer gibi bakımı zor, evrelendirilme durumuna göre bilişsel ve fiziksel fonksiyonun bozulduğu ve yatağa bağımlı bir hastalığa göre travma sonrası gelişim düzeyinin daha yüksek olduğu, hastalık bakımının, umut düzeyinin hastalık seyrine göre diğer hastalıklara oranla iyileşmesinin ve kanser tanısı almış yakınlarının hastalığını ifade etmesinin, şizofreni gibi toplumun önyargılı olduğu ve korktuğu, kabullenemediği ve dışladığı bir hastalığa göre daha kolay olduğu, bir diğer hastalık olan Alzheimer hastasına sahip bireylerin de hastalarının bu durumunun yařa bağlı olarak geliştiğini kabullendiği ve normal karşıladığı dűřünülrse, kanser

hastalarının travma gelişiminin diğer kişilerle olan ilişkilerinde en yüksek gelişimi hastalık grubu içinde kanser hastalarının bakım verenlerinde olduğu görülmektedir. Calhoun ve Tedeschi çalışmasında, sosyal desteğin travma gelişiminde rolünün oldukça yüksek olduğunu, travmatik olay sonrasında bireyin yaşantısında değişimler gözlenebileceğini ve değişimi olumlu yönde algılaması ile travma sonrası gelişim yaşayacaklarını bildirmişlerdir (99). Barakat ve arkadaşları, en az bir yıldır kanser tanısı alan 11-19 yaş arası 150 çocuk ve 146 anne ve 107 baba ile travma sonrası gelişimi araştırdıkları çalışmasında, anne ve babaların yüksek düzeyde travma sonrası gelişim yaşadıklarını saptamışlardır (165).

Yapılan çalışmaların bazılarında hastalarına bakım veren bakım verenlerin kendilerini fedakar olarak gördükleri, bakma görevini bir sorumluluk ve vefa aradaki bağ olarak algıladıkları, yakınları için dua ettikleri ve bakımdan önce ve sonra karşılaştıkları güçlüklerle karşı daha mücadeleci olmaya başladıkları, hayatın değeri ve kıymetini bakım vermeden sonra daha iyi anladıkları ile ilgili olumlu düşünceler edindikleri görülmüştür . Bakım veren bireyler yardım etme ve bakım verme rolünün, bir inanç getirisi ve değer yargısı olduğunu, toplumlar arası farka bakılarak hasta bireye yardım etmenin manevi yönden kendilerini iyi hissettirdiğini düşünmektedirler. Bakım verme sonrası travma gelişiminin olumlu olmasının bakım vermeyi borç olarak görme, inanç sistemimizin gereği olarak düşünme ve geçmişte yaşanan olumlu deneyimlemelerin bir sonucu olduğu düşünülebilir (121).

Kanser hastalarının bakım vericilerinin özellikle ile travma sonrası gelişim ölçeği toplam ve alt boyut ortalama puanları karşılaştırıldığında sadece günlük ortalama bakım verme süresine göre, bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerin travma sonrası gelişim düzeylerinin arttığı görülmüştür. Kanser hastasının yaşadığı travmatik süreçler, hastasıyla uzun süre bir arada olan bakım vericide, kendi yaşamına dair de pek çok boyutta farkındalıklar gelişmesine, yaşamdan anlam çıkarmasına ve baş etmelerini, mücadele gücünü arttırmasına yol açabildiğinden, travma sonrası gelişim düzeyine de olumlu katkıda bulunduğu düşünülmektedir.

Çalışmada şizofreni hastalarının bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerine göre TSGÖ toplam puan ortalaması ve ölçek alt boyut puan ortalamaları ile tanıtıcı

özellikleri karşılaştırıldığında; eğitim durumu önlisans/lisans/lisansüstü olanların genel olarak travma sonrası gelişim puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan bakım vericilerin, bakım vermede karşılaşılan zorluklarla mücadele etmek için, gerekli bilgiye ulaşma, yardım arama ve alma gibi problem çözümüne dair süreçleri daha iyi gerçekleştirebildikleri, sosyal ilişkilerinin ve iletişim becerilerinin daha iyi olabildiği, sonuç olarak hastalığın ve bakım sürecinin getirdiği sorunlarla daha bilinçli baş edebildiği ve mevcut olanakları etkin kullanabildiği düşünülmektedir.

Çalışmada ekonomik durumu iyi olan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin genel olarak travma sonrası gelişim puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çetin ve ark. yapmış olduğu çalışmada gelir durumu yetersiz olan bakım vericinin, gelir durumu iyi olan bakım verene göre bakım verirken daha fazla güçlük yaşadıklarını belirtmişlerdir (139). Ekonomik durumu yetersiz olan bakım vericilerin bakım verdikleri bireyin, fiziksel ve ekonomik gereksinimlerini karşılamada güçlük yaşadıkları, kendilerinin de sosyal, duygusal, ruhsal anlamda daha fazla zorlandıkları ve bu durumun bakım verenin yükünü arttırdığı düşünülebilir.

Çalışmada, hasta ile birlikte yaşayan şizofreni hastalarının bakım vericilerinin Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puan ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır. bu sonuç bakım vericilerin diğer kişilerle olan ilişkilerinde olumlu gelişmeler olmadığı anlamına gelmektedir. Şizofreni hastası ve ailesi maalesef ki, toplumumuzda damgalanarak, olumsuz tutum ve dışlanmalara maruz kalmaktadır. Bundan dolayı bakım vericiler utanma, suçluluk, damgalanma korkusu gibi duygularla kendilerini sosyal yönden izole etmek durumunda kalabilmektedir.

Çalışmada alzheimer hastalarının kadın bakım vericilerin TSGÖ puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Toplumumuzda bakım verici rolü ve fedakarlık, merhamet şefkat duygularıyla özdeşleştirilen kadınlarımız, özellikle Alzheimer gibi hastalığı olan yaşlılara bakım verirken, bunu bir inanç ve gelenek getirisi ve değer yargısı olduğunu düşündükleri, yaşlıya yardım etmenin manevi yönden kendilerini iyi hissettirdiği ve geliştirdiği düşünülebilir.

## 8. SONUÇ

Kanser, şizofreni ve alzheimer hastalarının bakım vericilerinin travma sonrası gelişimlerini belirlemek amacıyla yapılan çalışma sonucunda;

- Çalışmaya katılan kanser hastalarının bakım vericilerinin; %31.6'sının 40 yaş ve altı, %59.2'sinin kadın, %80.3'ünün evli, %50.0'ının ilköğretim mezunu, %30.3'ünün çalışan, %68.4'ünün ekonomik durumunun orta düzey ve %26.3'ünün kronik hastalığının bulunduğu ve kronik hastalığı olanların çoğunun Akciğer hastalıkları (KOA, Astım vb.) (%30.0) olduğu saptanmıştır.
- Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin; %33.3'ünün 41-55 yaş arasında, %52.2'sinin kadın, %85.5'inin evli, %78.3'ünün ilköğretim mezunu, %24.6'sının çalışan, %69.6'sının ekonomik durumunun orta düzey ve %15.9'unun kronik hastalığının bulunduğu ve kronik hastalığı olanların çoğunun Hipertansiyon (%45.4) hastalığı olduğu bulunmuştur.
- Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin; %44.0'ının 52-62 yaş arasında, %56.0'ının kadın, %80.0'ının evli, %46.0'ının lise mezunu, %30.0'ının çalışan, %64.0'ının ekonomik durumunun orta düzey ve %20.0'ının kronik hastalığının bulunduğu ve kronik hastalığı olanların çoğunun DM (%30.0), hastalığı olduğu saptanmıştır.
- Bakım vericilerin travma sonrası gelişim ölçeği toplam puan ortalamaları incelendiğinde, kanser hastalarının bakım vericilerinde  $52.01 \pm 18.32$ , şizofreni hastalarının bakım vericilerinde  $31.33 \pm 14.25$ , Alzheimer hastalarının bakım vericilerinde  $47.48 \pm 11.00$  olduğu olduğu, yani travma sonrası gelişim toplam puan ortalamalarına göre, travma sonrası gelişimin, kanser hastalarının bakım vericilerinde en yüksek, şizofreni hastalarının bakım vericilerinde ise en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.
- Bakım vericilerin travma sonrası gelişim ölçeği alt boyutlarına göre puan ortalamaları incelendiği de ise; ölçek alt boyutlarının tamamındaki (diğer kişilerle olan ilişkiler, kişinin kendisindeki değişim ve yaşam felsefesindeki

değişim alt boyutları) puan ortalamalarının yine kanser hastalarının bakım vericilerinde en yüksek, şizofreni hastalarının bakım vericilerinde ise en düşük düzeyde olduğu saptanmıştır.

- Kanser hastalarının bakım vericilerinin özellikle ile travma sonrası gelişim ölçeği toplam ve alt boyut ortalama puanları karşılaştırıldığında sadece günlük ortalama bakım verme süresi istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Bakım verme süresi arttıkça bakım verenlerin travma sonrası gelişim düzeylerinin arttığı görülmüştür.
- Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin tanımlayıcı özelliklerine göre TSGÖ toplam puan ortalaması ve ölçek alt boyut puan ortalamaları ile tanıtıcı özellikleri karşılaştırıldığında sadece eğitim durumu ve ekonomik durum açısından istatistiksel açıdan anlamlı fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Buna göre eğitim durumu önlisans/lisans/lisansüstü olanların genel olarak travma sonrası gelişim puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, yüksek eğitim düzeyine sahip olmanın kişinin kendisindeki değişim alt boyut puan ortalaması ile tsgö toplam puan ortalamasını istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde olumlu etkilediği saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ekonomik durumu iyi olanların da genel olarak travma sonrası gelişim puan ortalamalarının daha yüksek olduğu, özellikle kişinin kendisindeki değişim alt boyut puanlarında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde fark olduğu saptanmıştır ( $p<0.05$ ).
- Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin bakım vermeye ilişkin özellikleri incelendiğinde, şizofreni hastalarının bakım vericilerinde Diğer Kişilerle Olan İlişkilerde Değişim alt ölçek puan ortalamasının, hasta ile birlikte yaşayan bakım vericilerde daha düşük ve farkın istatistiksel olarak da önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Bu sonuçlar doğrultusunda;

- Travma sonrası gelişme kavramı, meydana gelen olumsuz yaşam olayları ile mücadele sonrasında gelişen kişinin problem çözme yetilerinde ve pozitif düşünme becerilerinde gelişme, kendine güven duygusunda artış, kendini

ifade etme yeteneğinde gelişme gibi “kişisel güçlenme” de denilebilecek pozitif yönde olan ruhsal değişimleri ifade ettiğinden, tedavi ve rehabilitasyona yönelik ruh sağlığı hizmetleri içerisinde, çalışma sonucumuzdan da yola çıkarak, özellikle şizofreni hastalarının bakım vericilerini bu boyutlarda güçlendirecek daha etkin hizmetlerin planlanması ve sunulması, özellikle psikiyatri hemşirelerinin bu konuda aktif rol oynaması,

- Kanser, şizofreni ve alzheimer hastalarının hastalarının bakım vericilerine yönelik, hastalık, sık görülen semptomlar ve nasıl yönetileceği, tedavi ve rehabilitasyon süreçleri, aynı zamanda hastanın bakım ihtiyaçları ve bu ihtiyaçların nasıl sağlanacağı, sık karşılaşılan sorunlar ve çözüm yolları, stres-öfke yönetimi gibi oldukça önemli olan bu konular hakkında rutin hemşirelik hizmetleri içerisinde eğitim ve danışmanlık faaliyetlerinin etkin şekilde yürütülmesi, bu faaliyetleri etkin yürütebilmek için de hemşirelerin mesleki açıdan donanımlarını arttırmaları,
- Hemşirelerin, bakım vericileri bakım verme dışında sorumlu olduğu diğer rollerini yerine getirirken zorlandıklarında (ev işi, çocuk bakımı gibi) yardım talep edebilecekleri sosyal kaynaklar ve kuruluşlar konusunda bilgilendirmeleri ve yönlendirmeleri,
- Kronik hastalığa sahip bireylerin bakım vericilerine yönelik profesyonel psikososyal yardım ve destek hizmetlere, rutin sağlık hizmetleri içerisinde yer verilmesi
- Bakım vericilerin yaşadıkları temel güçlüklerle yönelik çözüm geliştirmek amacıyla araştırma ve proje çalışmalarının arttırılması,
- Bakım vericilerin travmatik yaşantılar ve olumsuz yaşam olayları ile mücadele gücünün geliştirilmesine yönelik araştırma ve proje çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

## 9. KAYNAKLAR

- 1- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün ZA, Elagöz M, Özpolat AY. Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 3 (3): 513-552, 2011.
- 2- Yakar HK, Pınar R. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 15 (2): 1-16, 2013.
- 3- Demirer T. Tüba Ulusal Kanser Politikaları Çalıştayı Raporu. Türkiye Bilimler Akademisi. 23-71, 2014.
- 4- Bademli K, Duman ZÇ. Şizofreni Hastalarının Bakım Verenlerine Uygulanan: Aileden Aileye Destek Programları: Sistematik Derleme. Türk Psikiyatri Dergisi. 22 (4): 255-265, 2011.
- 5- Soygür, H. Şizofreni Tedavisine Genel Bir Bakış. Psikiyatri Dünyası. 3: 83-90, 1999.
- 6- Ergün, U. Alzheimer Hastalığı Nedir ? Ne Değildir ? Türk Geriatri Derneği: [http://www.turkgeriatri.org/sorulariniza\\_yanitlar.php?pg=alzheimer](http://www.turkgeriatri.org/sorulariniza_yanitlar.php?pg=alzheimer) Erişim tarihi: 07 Şubat 2016.
- 7- Akyar İ, Akdemir N. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. H.Ü. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi. 16(3): 32- 49, 2009.
- 8- Küçükgüçlü Ö. Alzheimer Hastalığı ve Hemşirelik Bakımı. Demans Dergisi. 3: 86-92, 2003.
- 9- Tekin N, Dişçigil G, Altunbaş E. Demans Hastalarının Bakımı, Toplumsal Bakış Açısı, Davranış ve Bilgi Kaynakları, Türk Geriatri Dergisi. 14(1): 35-39, 2011.
- 10- Yılmaz A, Turan E. Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerde Tükenmişliğe Neden Olan Faktörler ve Başetme Yolları. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi. 27 (3): 445-54, 2007.
- 11- Ergüneş T. Terör Olayları Sonrasında Mağdurlarda Görülen Psikiyatrik Bozukluklar, Tıpta Uzmanlık Tezi, s.55-60, İstanbul, 2005.



- 12- Tedeschi R, Calhoun G, Lawrence G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 9 (3): 455-71, 1996.
- 13- Linley PA, Joseph S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review, *Journal of Traumatic Stress*. 17(1): 11-21, 2004.
- 14- Al-Jauissy M. Health care needs of Jordanian caregivers of patients with cancer receiving chemotherapy on an outpatient basis. *Eastern Mediterranean Health Journal La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*. 10(16): 1091-97, 2010.
- 15- Tokgöz G, Yaluğ İ, Özdemir S, Yazıcı A, Uygun K, Aker T. Kanser Hastalarında Majör Depresyon Yaygınlığı ve İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 9: 59-66, 2008.
- 16- Tuncer A. Kanserın Ülkemiz ve Dünyada Önemi, Hastalık Yüğü ve Kanser Kontrol Politikaları, T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları. s.5-8, Ankara, 2009.
- 17- Altınova HH, Duyan V. Onkolojik Sosyal Hizmet, *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*. 7 (3): 40-45, 2013.
- 18- Globocan. Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. <http://globocan.iarc.fr>, Erişim tarihi: 14 Temmuz 2016.
- 19- Haydaroğlu A, Dubova S, Özsaran Z, Bölükbaşı Y, Yılmaz R, Kapkaç M, Özdedeli E. Ege Üniversitesi'nde Meme Kanserleri: 3897 Olgunun Değerlendirilmesi. *Meme Sağlığı Dergisi*. 1 (1): 6-11, 2005.
- 20- Karaoğuz H. Tıbbi Onkoloji. Antıp A.Ş. Yayınları. s.43-136, Ankara, 1997.
- 21- Saltık A. Kanser Epidemiyolojisi.  
[http://ahmetsaltik.net/arsiv/2013/10/Kanser\\_Epidemiyolojisi\\_Ahmet\\_SALTI\\_K.pdf](http://ahmetsaltik.net/arsiv/2013/10/Kanser_Epidemiyolojisi_Ahmet_SALTI_K.pdf), Erişim tarihi:13 Temmuz 2016.
- 22- Kılıçkap S, Abalı H, Barışta İ, Tekuzman G. Hacettepe Üniversitesi Onkoloji Enstitüsünde İzlenen 60 Yaş ve Üzeri Hodgkin Lenfomalı Hastalar. *Geriatric Dergisi*. 6 (1): 6-9, 2003.
- 23- Gültekin M. Türkiye'de Kanser Kontrolü. Sağlık Bakanlığı. s.16-58, Ankara, 2015.

- 24- Çetingöz R, Kentli S, Uruk Ö, Demirtaş E, Eyile F, Kınay M. Turkish People's Knowledge of Cancer and attitudes Toward Prevention and Treatment. *Journal of Cancer Education*. 17: 55-58, 2002.
- 25- Kutluk T, Kars A. *Kanser Konusunda Temel Bilgiler*, T.C. Sağlık Bakanlığı, s.14-46, Ankara, 2001.
- 26- Jemal A, Vineis P, Bray F, Torre L, Forman D. *Cancer Atlas. Kanser Atlası*, p.36-44, Lyon, 2014.
- 27- IARC- International Agency for Research on Cancer, W. H. *Cancer Research UK 2014*, [www.iarc.fr](http://www.iarc.fr), Erişim tarihi: 12 Temmuz 2016.
- 28- TÜİK, *Türkiye'de 65 Yaş Altı Ölümlerin %29'u Kanserden*, 41: 4-8, 2016.
- 29- Sağlık Bakanlığı. *Dünya ve Türkiye'de Kanser*.  
<http://www.saglik.gov.tr/SGGM/belge/1-15486/dunya-ve-turkiyede-kanser.html>, Erişim tarihi: 25 Ağustos 2016.
- 30- Steward B, Wild CP. *World Cancer Report 2014*. World Health Organization. p.54-69, Lyon, 2014.
- 31- Kutluk T. *Kanserle İlgili Bilgi ve Davranış Araştırması*. Türk Kanser Araştırma ve Savaş Kurumu Derneği. s.3-7, İstanbul, 2014.
- 32- Hacıkamiloğlu E, Karaca MZ, Gültekin M. *Türkiye'de Kanser Kontrolü. Onkoloji Hemşireliği*. Nobel Tıp Kitapevi. s.32- 86, İstanbul, 2014.
- 33- American Cancer Society. *Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition*. p.48-58, Atlanta, 2015.
- 34- Arpacı F, Öztürk M. *Onkolojik Hastalıklar. İç Hastalıkları*. Güneş Tıp Kitapevleri. s.12- 54, Ankara, 2012.
- 35- İçli F. *İç Hastalıklar*. Güneş Tıp Kitapevleri. s.1240-83, Ankara, 2012.
- 36- Ülger E, Alacacıoğlu A, Gülseren AŞ, Zencir G, Demir L, Tarhan MO. *D.E.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi*. 28(2): 85-92, 2014.
- 37- Aydoğan F, Uygun K. *Kanser Hastalarında Palyatif Tedaviler*. *Klinik Gelişim*. 24(3): 4-8, 2011.
- 38- Özkan S. *Psiko-Onkoloji. Form Reklam Hizmetleri*. s.52-129, İstanbul, 2007.
- 39- World Health Organization. *The World Health Report Changing History*, p.2-68, Geneva, 2004.

- 40- Terakye G. Kanserli Hasta Yakınlarıyla Etkileşim. DEÜ Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi. 4 (2): 78-82, 2011.
- 41- Türkoğlu N, Kılıç D. Effects of Care Burdens of Caregivers of Cancer Patients on their Quality of Life. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention. 13: 4141-45, 2012.
- 42- Bilge A, Ünal G. Kanserli Hastaların Yakınlarının Öfke ve Kaygı Düzeylerinin Belirlenmesi. EÜ Hemşirelik Yüksek Okulul Dergisi. 21 (2): 37-46, 2005.
- 43- Öz F. Hastalık Yaşatısında Belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi. 12(1): 61-68, 2001.
- 44- Arıkan K. Kanser Hastalarında Psikolojik Destek. Klinik Gelişim. 17: 77- 86, 2004.
- 45- Babaoğlu E, Öz F. Terminal Dönem Kanser Hastasına Bakım Veren Eşlerin Duygusal ve Sosyal Sorunları Arasındaki İlişki. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi. 5 (2): 24-33, 2003.
- 46- Yıldırım S, Engin E, Başkaya VA. İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin Yüğü ve yüğü Etkileyen Faktörler. 50: 169-74, 2013.
- 47- Köroğlu E. Dsm - 5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı. Hekimler Yayın Birliğı. s.21- 54, Ankara, 2015.
- 48- Saunders J. Families Living With Severe Mental Illness: A Literature Review. Issues in Mental Health Nursing. 24: 175-198, 2003.
- 49- Chien WT. Effectiveness of Psychoeducation and Mutual Support Group Program for Family Caregivers of Chinese People with Schizophrenia. The Open Nursing Journal. 2: 28-39, 2008.
- 50- Güleç C. Psikiyatrinin ABC'si. Say Yayınları. s.38- 126, İstanbul, 2009.
- 51- Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevi. s.128-246, Ankara, 2015.
- 52- Yıldız M. Şizofreni. Hastalığı Anlamak ve Onunla Yaşamayı Öğrenmek. Okyanus Yayınları. s.36-55, İstanbul, 2005.
- 53- Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve

- Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düzeylerine Olan Etkisi. A.M.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 10 (2): 3-10, 2009.
- 54- Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's Klinik Psikiyatri El Kitabı. Güneş Tıp Kitapevleri. s.24-67, Ankara, 2009.
- 55- Dülgerler Ş. Şizofrenik Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. İstanbul Tıp Kitapevi. s.411-46, İstanbul, 2014.
- 56- Binbay T, Ulaş H, Elbi H, Alptekin K. Türkiye'de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi. 22 (1): 40-52, 2011.
- 57- Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). Sağlık Bakanlığı. s.2-15, Ankara, 2011.
- 58- Kökrek Z, Balcıoğlu İ, Hüseyini M. Şizofreni ve Genetik, Düşünen Adam Dergisi. 9(3): 30-33, 1996.
- 59- Ulaş H, Taşlıca S, Alptekin K. Şizofrenide Nörofizyolojik ve Nörokognitif Genetik Belirleyicilerin (Endofenotip) Yeri. Klinik Psikiyatri. 11: 12-19, 2008.
- 60- Vereczkei A, Mirnics K. Genetic predisposition to schizophrenia: What Did We Learn and What Does the Future Hold?, Neuropsychopharmacologia Hungarica, XIII, 4: 205-10, 2011.
- 61- Jacobsan JL. Psikiyatrinin Sırları. Nobel Kitapevleri. s.302-09, Ankara, 2006.
- 62- Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. Anormal Psikoloji. Kaknüs Yayınları. s.1023-89, İstanbul, 2013.
- 63- Köroğlu E, Güleç C. Psikiyatri Temel Kitabı. s.185- 191, Ankara, 2007.
- 64- Yavuz R. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. 62: 49-58, 2008.
- 65- Wunderink A, Kaymaz N. Şizofreni, Nedenleri ve Tedavisi, Inmerc Publishing. p.43-8, Brüksel, 2002.
- 66- Mueser TK, Jeste VD. Clinical Handbook of Schizophrenia, The Guildford Press. p.45- 46, New York, 2008.
- 67- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of Pschiatry Tenth Edition. Wolters Kluwer. p.33-86, New York, 2007.

- 68- Ceylan ME, Çetin M. Şizofreni-I, Yerküre Tanıtım ve Yayıncılık. s.3-71, İstanbul, 2005.
- 69- Tamminga C. Schizophrenia and Other Psychotic Disorders, Comprehensive Textbook of Psychiatry Ninth Edition. p.41- 59, New York, 2009.
- 70- Belene E. Şizofreni’de Anksiyete Belirtilerinin, Pozitif, Negatif ve Depresif Belirtiler, İntihar Düşüncesi, İçgörü ve Yaşam Kalitesi Açısından İncelenmesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, s.48-77, İstanbul, 2009.
- 71- Gülseren L. Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler, Türk Psikiyatri Dergisi. 13 (2): 143-151, 2002.
- 72- Ergün U. Alzheimer Hastalığı Tedavisinde Neredeyiz? Türk Geriatri 2012 Kongresi. Türk Geriatri Dergisi. 15: 21-22, 2012.
- 73- Canpolat E, Yardımcı H. Alzheimer Hastalığı ve Koruyucu Besin Öğeleri. DÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi. 6 (2): 139-145, 2016.
- 74- Gilman S. Alzheimers disease. Perspect Biol Med. 40 (2): 230-45, 1997.
- 75- Lleo A, Greenberg SM, Growdon JH. Current Pharmacotherapy for Alzheimer's Disease, Annu Rev Med. 57: 517-33, 2006.
- 76- Özdemir L, Akdemir N. Hafif Alzheimer Hastalarına Uygulanan Çoklu Duygusal Uyarın Yönteminin Kognitif Durum, Depresyon ve Anksiyete Üzerine Etkisi. H.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 14(2): 1-11, 2007.
- 77- Köroğlu E. Dsm-IV-TR Tanı Ölçütleri. Hekimler Yayın Birliği. s.32-99, Ankara, 2002.
- 78- Akdemir A, Cangöz B, Örsel S, Selekler K. Hafif Kognitif Bozukluğu Olan Hastalarla Alzheimer Tipi Demans Hastalarının Örtük Bellek Performansı Açısından Karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi. 18 (2): 118-128, 2007.
- 79- Yavuz BB, Arıoğul S. Yaşlıda Demans, Risk Faktörleri ve Tedavisi, İç Hastalıkları Dergisi. 15 (1):14-23, 2008.
- 80- Sayılır S. Kalça Artroplastisi Nedenli Hastane Yatışında Ortaya Çıkan Alzheimer Hastalığı. Türk Osteoporoz Dergisi. 21: 153-154, 2015.
- 81- Selekler K. Alois Alzheimer ve Alzheimer Hastalığı. Türk Geriatri Dergisi. 13: (3), 2010.
- 82- Özkay ÜD, Öztürk Y, Can ÖD. Yaşlanan Dünyanın Hastalığı : Alzheimer Hastalığı. S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi. 18 (1): 35-42, 2011.

- 83- Öztürk M. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitapevleri, s.202-58, Ankara, 2001.
- 84- Eker E. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi. 62: 85-110, 2008.
- 85- Mitchell SL, Black S, Ersek M, Hanson LC, Miller SC, Sacks GA, Teno JM, Marrison RS. Advanced Dementia: State of the Art and Priorities for the Next Decade. Annals of Internal Medicine. 156: 45-51, 2012.
- 86- Yazıcı TG, Şahin HA. Alzheimer Hastalığı. Klinik Gelişim Dergisi. 23(1): 48-52, 2010.
- 87- Turan ÖF. Temel ve Klinik Nöroloji. Temel ve Klinik Nöroloji. Uludağ Üniversitesi Basımevi. s.98-144, Bursa, 1996.
- 88- Koçer B. Demans Epidemiyolojisi. Demans Dizisi. 1: 41-44, 1999.
- 89- Çelik T, Uzbay T. Alzheimer Hastalığının Farmakolojik Tedavisinde Yeni Gelişmeler. Demans Dergisi. 3: 48-58, 2003.
- 90- İnci F, Boztepe H. Travma Sonrası Büyüme: Öldürmeyen Acı Güçlendirir mi? Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 4 (2): 80-84, 2013.
- 91- Aker T, Önder ME. Psikolojik Travma ve Sonuçları. 5us Yayınları. İstanbul, s.65-77, 2003.
- 92- Fırat S, Baskak B. Gelişimsel Travmanın Uzun Dönem Etkileri ve Bunlara Aracılık Eden Nörobiyolojik Mekanizmalar. Kriz Dergisi. 20: 25-41, 2012.
- 93- Battal S, Özmenler N. Posttravmatik Stres Bozukluğu ve Akut Stres Bozukluğu. Psikiyatri Temel Kitabı. Hekim Yayın Birliği. s.48-102, Ankara , 1997.
- 94- Dürü Ç, Işıklı S, Özbaş R, Haksal P, Vural A. Genel Sıkıntı Düzeyinin Belirlenmesi Çalışması Raporu. 2-35, Ankara, 2006.
- 95- Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. 5US Yayınları, s.26-43, İstanbul, 2003.
- 96- Pedamed. Psikolojik Travma.  
<http://www.pedamed.com.tr/tr/icerik/27/psikolojik-travma>, Erişim tarihi: 20 Temmuz 2016.

- 97- Tedeschi RG, Park CL, Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis. *Personality and Clinical Psychology Series*. 9. s.36-78, London, 1998.
- 98- İnan FŞ, Üstün B. Breast Cancer and Posttraumatic Growth. *J Breast Health*. 10: 75-8, 2014.
- 99- Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*. 15 (1): 1-18, 2004.
- 100- Hefferon K, Boniwell I. *Theory, Research and Applications*. Nobel Akademik Yayıncılık. s.12- 98, Ankara, 2011.
- 101- Özdemir Ü, Taşçı S. Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*. 1 (1): 57-72, 2013.
- 102- Amerikan Psikiyatri Birliği. *DSM-IV Tanı Ölçütleri El Kitabı*. Hekimler Yayın Birliği. Ankara, s.64-155, 1994.
- 103- Epel SE, McEwen BS, Ickoviks JR. Embodying Psychological Thriving: Physical Thriving in Response to Stress. *Journal of Social Issues*. 54 (2): 301-22, 1998.
- 104- Karancı NA, Acartürk C. Post-traumatic Growth Among Marmara Earthquake Survivors Involved in Disaster Preparedness as Volunteers. *Traumatology*. 11 (4): 307-23, 2005.
- 105- Morrill EF, Brewer NT, O'neill SC, Lillie SE, Dees EC, Carey LA, Rimer BK. The Interaction of Post-traumatic Growth and Posttraumatic Stress Symptoms in Predicting Depressive Symptoms and Quality of Life. *Psycho-Oncology*. 948-53, 2007.
- 106- Abraido-Lanza AF, Guiger C, Colon RM. Psychological Thriving Among Latinas with Chronic Illness. *Journal of Social Issues*. 54 (2): 405-24, 1998.
- 107- Colville G, Cream P. Post-traumatic Growth in Parents After a Child's Admission to Intensive Care: Maybe Nietzsche Was Right?. *Journal of Intensive Care Medicine*. 35(5): 919-23, 2009.
- 108- Powell S, Rosner R, Buttolo W, Tedeschi RG, Calhoun LG. Posttraumatic Growth After War: A Study with Former Refugees and Displaced People in Sarajevo, *Journal of Clinical Psychology*. 59(1): 71-83, 2003.

- 109- Guo YJ, Chen CH, Lu ML, Tan HK, Lee HW, Wang TN. Posttraumatic Stress Disorder Among Professional and Nonprofessional Rescuers Involved in an Earthquake in Taiwan. *Psychiatry Research*. 127(1): 35-41, 2004.
- 110- Park CL. Stress-Related Growth and Thriving Through Coping: The Roles of Personality and Cognitive Processes. *Journal of Social Issues*. 54(2): 267-77, 1998.
- 111- Güllü İ, Zengin N. Kanserle Mücadelede Ulusal Kanser Danışma Kurulunun Rolü, T.C Sağlık Bakanlığı Yayınları. s.9-10, Ankara, 2009.
- 112- Arslan S, Fadıloğlu Ç. Kanserde Uyku Sorunlarının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*. 11 (2): 16-27, 2009.
- 113- Lechner CS, Zakowski GS, Angtoni HM, GreenHawt M, Block K, Block P. Do Sociodemographic and Disease- Related Variables Influence Benefit-Finding in Cancer Patients?. *Psycho Oncology*. 12: 491-99, 2003.
- 114- Carver CS, Antoni MH. Finding Benefit in Breast Cancer During the Year After Diagnosis Predicts Better Adjustment 5 to 8 Years After Diagnosis. *Health Psychology*. 23 (6): 595-98, 2004.
- 115- Widows RM, Jacobsen BP, Boot-Jones M, Fields KK. Predictors of Posttraumatic Growth Following Bone Marrow Transplantation for Cancer. *Health Psychology*. 24 (3): 266-73, 2005.
- 116- Özçetin ÜSY, Hiçdurmaz D. Kanser Deneyiminde Travma Sonrası Büyüme ve Psikolojik Sağlık, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 9(4): 388-97, 2017.
- 117- Brearley SG, Stamaki Z, Addington-Hall J, Foster C, Jarnett N, Richardson A, Scott I, Sharpe M, Stard D, Siller C, Ziegler L, Amir Z. The Physical and Practical Problems Experienced by Cancer Survivors: A Rapid Review and Synthesis of The Literature, *European Journal of Oncology Nursing*. 15(3): 204-12, 2011.
- 118- Petrie D, et al. Positive Effects of Illness Reported by Myocardial Infarction and Breast Cancer Patients. *Journal of Psychosomatic Research*. 47 (6): 1999.



- 119- Sevinçok L. Şizofreni Etiyolojisinde Psikososyal Nedenler. Şizofreni Dizisi. 1: 5-10, 2000.
- 120- Napoles MA, Chadiha L, Eversley R, Morene MJ. Developing Culturally Sensitive Dementia Caregiver Interventions: Are We There Yet?. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 25(5): 389- 406, 2010.
- 121- Lök N, Günbayı İ, Buldukoğlu K. Demansı Olan Birey ile Yaşamak: Olgubilim Çalışması. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi. 6(2): 91-99, 2015.
- 122- Dirik G. Posttraumatic Growth and Psychological Distress Among Rheumatoid Arthritis Patients: An Evaluation Within the Conservation of Resources Theory, Middle East Technical University The Graduate School of Social Sciences, Doktora Tezi, s.73-158, Ankara, 2006.
- 123- İnci FH, Erdem M. Bakım Verme Yükü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 11(4): 85-95, 2008.
- 124- Şahin ZA, Polat H, Ergüney S. Kemoterapi Alan Hastalara Bakım Verenlerin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 12(2): 1-9, 2009.
- 125- Bektaş HA, Özer ZC. Reliability and Validty of The Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) Scale in Turkish Cancer Caregivers. J Clin Nurs.18: 3003-12, 2009.
- 126- Uğur Ö, Fadiloğlu ZÇ. Kanser Hastasına Bakım verenlerde Uygulanan Planlı Eğitimin Bakım Veren Yükü Üzerine Etkisi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 53-58, 2012.
- 127- Bodur S, Cingil D. Aile İçi Bakım Vericileri Eğitimcinin Bağımlı Yaşlıların Evde Bakım Kalitesine Etkisi. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 22(4): 149-157, 2006.
- 128- Karabuğa H. Kanserli Hastalara Bakım Verenlerde Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.17- 55, İstanbul, 2009.
- 129- Türkoğlu N. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisi, A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.4-63, Erzurum, 2010.

- 130- Karaaslan A. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi, A.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.58-75, Ankara, 2013.
- 131- Belasco A, Sesso R. Burden and Quality of Life of Caregivers for Hemodialysis Patients. *Am J Kidney Dis.* 39 (4): 805-12, 2002.
- 132- Toptaş S. Kanser Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Yakınlarının Yaşam Kalitesi. H.Ü Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.21-57, Ankara, 2013.
- 133- Eşer AK, Bedük T. Kanserli Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Algıladıkları Sosyal Destek Düzeyi. 5.Türk Tıbbi Onkoloji Kongresi Kitabı. s.582-583, Antalya, 2014.
- 134- Nayak M, George A, Vidyasagar MS, Kamath A. Quality of Life Family Caregivers of Patients with Advanced Cancer. *Journal of Nursing and Health Science.* 3(2): 70-75, 2014.
- 135- Jadoon NA, Munir W, Shahzad MA, Chou SZ. Assessment of Depression and Anxiety in Adult Cancer Outpatients: A Cross-sectional Study, *Bio Med Central.* 10: 594, 2010.
- 136- Grov EK, Dahl AA, Moum T, Fossa SD. Anxiety, Depression, and Quality of Life in Caregivers of Patients with Cancer in Late Palliative Phase. *Annals of Oncology.* 16: 1185-91, 2005.
- 137- Vanderwerker CL, Laff ER, Kadan-Lottick NS, McColl S, Prigerson GH. Psychiatric Disorders and Mental Health Service Use Among Caregivers of Advanced Cancer Patients. *National Institutes of Health.* 23(28): 6899–6907, 2005.
- 138- Aydın A, Eker SS, Cangür Ş, Sarandöl A, Kırılı S. Şizofreni Hastalarında Bakım Veren Külfet Düzeyinin Sosyodemografik Değişkenler ve Hastalığın Özellikleri ile İlişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi* 46: 10-14, 2009.
- 139- Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 14: 19-26, 2013.

- 140- Gülseren L, Çam B, Karakoç B, Yiğit T, Danacı EA, Çubukoğlu Z, Taş C, Gülseren Ş, Mete L. Şizofrenide Ailenin Yükünü Etkileyen Etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi* 21: 1-8, 2010.
- 141- Türkmen NS, Dirgen Ö, Biçici Y, Uzun M. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Bakım Yükü ve Algılanan Sosyal Destek. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*. 5: 55-75, 2016.
- 142- Ak M, Yavuz F, Lapsekili N, Türkçapar HK. Kronik Psikiyatrik Bozukluğu Bulunan Hastaların ve Bakım Verenlerinin Bakım Yükü Açısından Değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 25: 330-37, 2012.
- 143- Kaya Y. Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.26-83, Ankara, 2013.
- 144- Özlü A, Yıldız M, Aker T. Şizofreni Hastalarının Bakımıyla İlgilenenlerde Yük ve İlişkili Özellikler. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*. 28: 147-153, 2015.
- 145- Yazıcı E, Karabulut Ü, Yıldız M, Tekeş BS, İnan E, Çakır U, Boşgelmez Ş, Turgut C. Şizofrenisi Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yükü ve İlişkili Etmenler. *Nöropsikiyatri Arşivi*. 53: 96-101, 2016.
- 146- Karayazgan S. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite, Aktivite Performansı ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.24-75, Ankara, 2013.
- 147- Roick C, Heider D, Bebbington EP, Angermeyer CM, Azorin JM, Brugha ST, Kilian R, Johnson S, Toumi M, Kornfeld A. Burden on Caregivers of People with Schizophrenia Comparison Between Germany and Britian. *British Journal of Psychiatry*. 190: 333-38, 2007.
- 148- Martens L, Addington J. The Psychological Being of Family Members of Individuals with Schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 36(3): 128-33, 2001.
- 149- Chan WS. Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*. 25(5): 339-349, 2011.

- 150- Magana MS, Garcia RJ, Hernandez GM, Cortez RBA. Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma, *Psychiatric Services*. 58(3): 378-84, 2007.
- 151- Küçükgüçlü Ö, Şentürk GS, Söylemez AB. Alzheimer Hastalığı Olan Bireye Bakım Veren Aile Üyelerinin Bakım Verme Sürecindeki Deneyimleri. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*. 10(3): 68- 78, 2017.
- 152- Selçuk TK, Avcı D. Kronik Hastalığa Sahip Yaşlılara Bakım Verenlerde Bakım Yükü ve Etkileyen Etmenler. *SDÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 7(1): 1-9, 2016.
- 153- Altın A, Avcı Aİ. Evde Alzheimer Hastasına Bakım Verenlerin Hasta Bakımına Yönelik Kullandıkları Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri. *TAF Prev Med Bull*. 15(5): 525-31, 2016.
- 154- Yacı, Ö. Çeşitli Evrelerdeki Alzheimer Hastalarına Bakım Veren Yakınlarındaki Bakıcı Yükü ve Depresyonun Karşılaştırılması, İ.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, s.56-82, İstanbul, 2011.
- 155- Çetinkaya F. Demanslı Hastaya Bakım Verenlerin Bakım Yükünün incelenmesi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.147-207, İzmir , 2008.
- 156- Esmeray N. Yaşlı Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Verme Yükü, Aldıkları Sosyal Destek ve Stres Durumlarının İncelenmesi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Entstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.75-131, İzmir, 2013.
- 157- Erkuran H. Alzheimerli Hastaya Bakım Veren Kişileri Bakım Yükünün Stresle Başetme Durumlarına Etkisi, O.M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.22-62, Samsun , 2015.
- 158- Pang FC, Chow TW, Cummings JL, Leung VP, Chiu HF, Lam LC, Chen QL, Tai CT, Chen LW, Wang SJ, Fuh JL. Effect of Neuropsychiatric Symptoms of Alzheimer's Disease on Chinese and American Caregivers. *Internation J. Geriatr Psychiatry*. 17(1): 29-34, 2002.
- 159- Marin D, Dugue M, Schmeidler J. The Caregiver activity survey (CAS): Longitudinal Validation of an Instrument That Measures Time Spent

Caregiving for Individuals with Alzheimer's Disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 15: 680-86, 2002.

- 160- Kekeç M. Hemodiyaliz Tedavisi Alanlara Bakım Veren Bireylerin Bakım Yükü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi, E.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, s.25-60, Kayseri, 2011.
- 161- Toseland RW, Smith G, McCallion P. Family Caregivers of The Frail Elderly, *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Populations*. Columbia University Press. 11-18, 2001.
- 162- Nenova M, Duhamel K., Zemon V, Rini C, William HR. Posttraumatic Growth, Social Support and Social Constraint in Hematopoietic Stem Cell Transplant Survivors. *National Institutes of Health*. 22(1): 195-202, 2013.
- 163- Haddock G, Barrowclough C, TARRIER N, Moring J, O'Brien R, Schofield N, Quinn J, Palmer S, Davies L, Lowens I, McGovern J, Lewis S. Cognitive-Behavioural Therapy and Motivational Intervention for Schizophrenia and Substance Misuse. *British Journal of Psychiatry*.183: 418-26, 2003.
- 164- O'Brien, P.M., Zinberg, L.J., Ho, L., Rudd, A., Kopelowicz, A., Daley, M., Bearden, E.C., Cannon, D.T. Family Problem Solving Interactions and 6-Month Symptomatic and Functional Outcomes in Youth at Ultra- High Risk for Psychosis andwith Recent Onset Psychotic Symptoms: A Longitudinal Study. *National Institutes of Health*, 107(2-3), 198-205, 2009.
- 165- Barakat PL, Alderfer AM, Kazak EA. Posttraumatic Growth in Adolescent Survivors of Cancer and Their Mothers and Fathers. *Journal of Pediatric Psychology*. 31(1): 413-19, 2006.

## 10. EKLER

### EK-1: BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

#### BİLGİLENDİRİLMİŞ OLUR FORMU

Ben, (gönüllü adı) ....., katılmam istenen “**Kanser, Şizofreni ve Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinde Travma Sonrası Gelişimin İncelenmesi**” isimli çalışmanın, kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllü Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Adresi (varsa Telefon No, Faks No):.....

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı:.....

İmzası:.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

## EK-2: ANKET FORMU

### Kanser, Şizofreni ve Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinde Travma Sonrası Gelişimin İncelenmesi

#### 1. Cinsiyetiniz:

- 1) Kadın 2) Erkek

#### 2. Yaşınız: .....

#### 3. Medeni durumunuz:

- 1) Evli 2) Bekâr 3)Eşi ölmüş/Boşanmış

#### 4. Eğitim Durumu :

1. Okuma yazma bilmiyor 2. İlköğretim 3.Lise 4. Önlisans  
5.Lisans 6. Lisans üstü

#### 5. Mesleğiniz:

1. Çalışıyor .....
2. Çalışmıyor .....

#### 6. Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

- 1) Kötü 2) Orta 3) İyi 4)Çok iyi

#### 7. Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

- 1- Var (Adı).....
- 2-Yok

#### 8. Hastaya yakınlık dereceniz nedir?

- 1) Eş 2) Anne 3) Baba 4)Kardeş 5) Kızı 6)Oğlu  
7)-Diğer.....

#### 9. Hastayla birlikte mi yaşıyorsunuz?

- 1) Hayır 2) Evet

#### 10) Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz: .....

#### 11) Günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz: .....

#### 12) Bakım/destek verdiğiniz alan nedir?

- a) Fiziksel ihtiyaçlarını karşılama
- b) Psikolojik destek sağlama
- c) Maddi destek sağlama
- d) Bütün ihtiyaçlarını karşılama
- e) Diğer.....

**13) Zorlandığınız bakım/destek alanı nedir?**

- a) Fiziksel ihtiyaçlarını karşılama
- b) Psikolojik destek sağlama
- c) Maddi destek sağlama
- d) Bütün ihtiyaçlarını karşılama
- e) Diğer.....

**14) Yakınınıza bakıyor olmanız sizi en çok hangi yönden etkiliyor ?**

- a) Fiziksel
- b) Psikolojik
- c) Sosyal
- d) Maddi
- e) Manevi
- f) Hepsi



### EK-3: TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ

#### TRAVMA SONRASI GELİŞİM ÖLÇEĞİ (TSGÖ)

Aşağıda hastanızın hastalığından dolayı yaşamınızda olabilecek bazı değişiklikler verilmektedir. Her cümleyi dikkatle okuyunuz ve belirtilen değişikliğin sizin için ne derece gerçekleştiğini aşağıdaki ölçeği kullanarak belirtiniz.

- 0-Yakınımın hastalığından dolayı böyle bir değişiklik yaşamadım.
- 1-Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği çok az derecede yaşadım.
- 2-Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği az derecede yaşadım.
- 3-Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği orta derecede yaşadım.
- 4-Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği oldukça fazla derecede yaşadım.
- 5-Yakınımın hastalığından dolayı bu değişikliği aşırı derecede yaşadım.

	Yaşamadım	Çok az yaşadım	Biraz yaşadım	Orta düzeyde yaşadım	Fazla yaşadım	Çok fazla yaşadım
1. Hayatıma verdiğim değer arttı.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
2. Hayatımın kıymetini anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
3. Yeni ilgi alanları geliştirdim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
4. Kendime güvenim arttı.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
5. Manevi konuları daha iyi anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
6. Zor zamanlarda başkalarına güvенеbileceğimi anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
7. Hayatıma yeni bir yön verdim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
8. Kendimi diğer insanlara daha yakın hissetmeye başladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
9. Duygularımı ifade etme isteğim arttı.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
10. Zorluklarla başa çıkabileceğimi anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
11. Hayatımı daha iyi şeyler yaparak geçirebileceğimi	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

anladım.						
12. Olayları olduğu gibi kabullenmeyi öğrendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
13. Yaşadığım her günün değerinin anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
14. Yakınımın hastalığından sonra benim için yeni fırsatlar doğdu.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
15. Başkalarına karşı şefkat hislerim arttı.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
16. İnsanlarla ilişkilerimde daha fazla gayret göstermeye başladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
17. Değişmesi gereken şeyleri değiştirmek için daha fazla gayret göstermeye başladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
18. Dini inancım daha da güçlendi.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
19. Düşündüğümde daha güçlü olduğumu anladım.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
20. İnsanların ne kadar iyi olduğu konusunda çok şey öğrendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
21. Başkalarına ihtiyacım olabileceğini kabul etmeyi öğrendim.	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

## EK-4: ARAŞTIRMA İZİNİ



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Sağlık, Uygulama ve Araştırma Hastanesi

Sayı : 31568761-804.01-2732-4657  
Konu : Araştırma İzni Hk.

06.09.2016

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ'NE  
Kavacık Mah.Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810  
Beykoz / İSTANBUL

**İlgi:** 28/07/2016 tarih ve 31034136-302.08.01-E.1191 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği, Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sema TOKER'in "Kanser, Şizofreni ve Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinde Travma Sonrası Gelişimin İncelenmesi" konulu tez çalışması kapsamındaki araştırmalarını hastanemizde uygulama talebi hakkındaki hastanemiz İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığının 31/08/2016 tarih ve 709 sayılı yazısı ekinde alınan; Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanlığı'nın 29/08/2016 tarih ve 514 sayılı yazısı, Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 08/08/2016 tarih ve 596 sayılı yazısı ile Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 08/08/2016 tarih ve 130 sayılı yazısı yazımız ekinde sunulmuştur. Bilgilerinize rica ederim.

Doc.Dr. Mahmut ÖZDEMİR  
Başhekim a.  
Başhekim Yardımcısı

**EKİ:**  
Yazı Fotokopisi ( 4 Sayfa)

## EK-5: ARAŞTIRMA İZİNİ



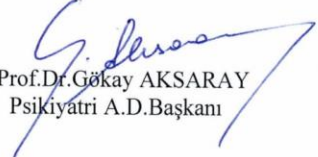
T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanlığı

SAYI: Psk/ 596  
KONU:

08.08.2016

### OGÜ EĞİTİM, UYGULAMA ve ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

**İlgi:** 04.08.2016 tarih ve 2391-4012 sayılı yazınız  
İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi Sema TOKER'in "Kanser, Şizofreni ve Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinde Travma Sonrası Gelişimin İncelenmesi" adlı tez çalışması kapsamındaki araştırmalarının bir kısmını bölümümüzde yapması uygundur.  
Bilgilerinize arz ederim.

  
Prof. Dr. Gökay AKSARAY  
Psikiyatri A.D. Başkanı

## EK-6: ARAŞTIRMA İZİNİ

4021/1561



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
SAĞLIK, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
RADYASYON ONKOLOJİSİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI

SAYI: 244-23686/130  
Konu:

08.08.2016

### SAĞLIK, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlgi: 31568761-804.01-2390-4012 sayı ve 04.08.2016 tarihli yazımız gereği;

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'nün Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli yüksek Lisans Programı öğrencisi Sema TOKER'in "Kanser, Şizofreni ve Alzheimer Hastalarını Bakım Vericilerinde Travma Sonrası Gelişimin İncelenmesi" adlı tez çalışması Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı'nın iş yükünün yoğunluğu nedeniyle uygun görülmemiştir.

Durum bilgilerinize saygı ile sunulur.

Prof.Dr.Durmuş ETİZ  
Radyasyon Onkolojisi ABD Bşk.

Yazın  
10.08.16

ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
BAŞHEKİMLİĞİ
09 Ağustos 2016
14:25
1368 no 4503

## EK-7: ARAŞTIRMA İZİNİ



T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ  
Tıp Fakültesi  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayı: 32272154/709  
Konu: Sema TOKER  
Araştırma İzni Hk.

31.08.2016

T.C.  
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ  
BAŞHEKİMLİĞİ'NE

İlg: 31568761-804.01-2602 – 4395 sayılı ve 22.08.2016 tarihli yazınıza istinaden;  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı / Tıbbi Onkoloji Bilim Dalının konuyla ilgili dilekçesi  
ilişikte gönderilmiştir.  
Bilgilerinize saygı ile arz ederim.

Prof. Dr. Aysen AKALIN  
İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Ek: 1 adet yazı

*Sema Toker*  
01.09.2016

T.C.	
ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ	
EĞİTİM UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANE	
BAŞHEKİMLİĞİ	
GELEN EVRAKIN	
Gönderen Tarih:	01 Eylül 2016
Gönderen Saat:	10:00
Gönderen No:	4952
Eki:	1 Adet

Adres : Meşelik Yerleşkesi  
26040 Eskişehir

Tel : 0 (222) 239 52 82  
e-posta: [bidb@ogu.edu.tr](mailto:bidb@ogu.edu.tr)

## EK-8: ARAŞTIRMA İZNİ

T.C  
ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ  
EĞİTİM, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA  
HASTANESİ  
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı

Sayı :  
Konu:

Tarih: 29.08.2016

### İÇ HASTALIKLARI ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

22.08.2016 tarih ve 2602-4395sayılı yazınıza istinaden ;

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü M¼d¼rl¼ė¼n¼n Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Y¼ksek Lisans Programı ¼ėrencisi Sema TOKER 'in "Kanser Şizofreni ve Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinin Travma sonrası Gelişimin İncelenmesi" adlı tez çalışması b¼l¼m¼m¼zde yapılması uygundur.

Prof.Dr.Murat DİNCER  
Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı Başkanı



## 11. ETİK KURULU ONAYI



T.C.  
**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ**  
**Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı**

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.11450  
Konu : Etik Kurulu Kararı

22/07/2016

**Sayın Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan**

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz "Kanser, Şizofreni ve Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinde Travma Sonrası Gelişimin İncelenmesi" isimli başvurunuz incelenmiş olup, etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK  
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar  
Etik Kurulu Başkanı

EK:  
-Karar Formu (2 sayfa)

Bu belge 5070 sayılı e-İmza Kanununa göre Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK tarafından 22.07.2016 tarihinde e-imzalanmıştır. Evrağımızı <https://ebys.medipol.edu.tr/e-imza> linkinden 753E8668XD kodu ile doğrulayabilirsiniz.

**İstanbul Medipol Üniversitesi**

Kavacık Mah. Ekinciler Cad.No:19 Kavacık Kavşağı 34810  
Beykoz/İSTANBUL

Tel: 444 85 44  
İnternet: [www.medipol.edu.tr](http://www.medipol.edu.tr)  
Ayrıntılı Bilgi İçin : [bilgi@medipol.edu.tr](mailto:bilgi@medipol.edu.tr)



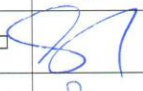


İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kanser, Şizofreni ve Alzheimer Hastalarının Bakım Vericilerinde Travma Sonrası Gelişimin İncelenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Yrd. Doç. Dr. Sibel Doğan			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psiko-onkoloji			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI	19.07.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	19.07.2016		Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 386</b>	<b>Tarih: 21/07/2016</b>		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekeçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI	Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Şeref DEMİRAYAK	Eczacılık	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Doç. Dr. Hanefi ÖZBEK	Farmakoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. Sibel DOĞAN	Psiko-onkoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. Devrim TARAKCI	Ergoterapi	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>		
Yrd. Doç. Dr. İlknur KESKİN	Histoloji ve Embriyoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		
Öğr. Gör. Dr. Mehmet Hikmet ÜÇİŞİK	Biyoteknoloji	İstanbul Medipol Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>		

\* :Toplantıda Bulunma

## 12.ÖZGEÇMİŞ

### Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Sema	<b>Soyadı:</b>	Toker
<b>Doğum Yeri:</b>	Elazığ	<b>Doğum Tarihi:</b>	19/05/1986
<b>Uyruğu:</b>	TC	<b>TC Kimlik No:</b>	_____
<b>E-mail:</b>	sematoker@hotmail.com	<b>Tel No:</b>	_____

### Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurum Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
Lisans	Kafkas Üniversitesi	2010
Lise	Antalya Muratpaşa Lisesi	2003

### Mesleki Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralanmıştır)

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Servis</b>	<b>Süre/Yıl</b>
Hemşire	Bilecik Bozüyük İlçe Devlet Hastanesi	Palyatif Servisi	<b>1</b>
Hemşire	Zonguldak Gökçebey İlçe Devlet Hastanesi	Acil Servis	<b>3</b>
Hemşire	Ankara Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi	Yoğun Bakım Servisi	<b>2</b>
Hemşire	Akdeniz Üniversitesi Hastanesi	Dahiliye Servisi	<b>1</b>

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>Ales Puanı</b>	71,85577	69,99592	61,05374

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama</b>	<b>Konuşma</b>	<b>Yazma</b>
İngilizce	Orta	Orta	Orta