



**PSİKIYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN
YAKINLARININ HASTALIĞA İLİŞKİN
GÖRÜŞLERİ VE YAŞAM KALİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

**2020
YÜKSEK LİSANS TEZİ
HEMŞİRELİK BİLİMİ**

Ersin AYAN

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN**

**PSIKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN YAKINLARININ
HASTALIĞA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ VE YAŞAM KALİTELERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Ersin AYAN

**T.C.
Karabük Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında
Yüksek Lisans Tezi
Olarak Hazırlanmıştır**

**Tez Danışmanı
Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN**

**KARABÜK
Ocak 2020**

Ersin AYAN tarafından hazırlanan “PSİKİYATRİ KLİNİĞİNDE YATAN HASTALARIN YAKINLARININ HASTALIĞA İLİŞKİN GÖRÜŞLERİ VE YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ” başlıklı bu tezin Yüksek Lisans Tezi olarak uygun olduğunu onaylarım.

Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN

Tez Danışmanı, Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalı



KABUL

Bu çalışma, jürimiz tarafından Oy Birliği ile Hemşirelik Bilimi Anabilim Dalında Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir. 24/01/2020

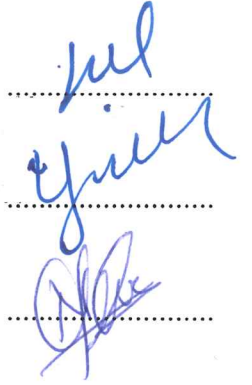
Ünvanı, Adı SOYADI (Kurumu)

İmzası

Başkan : Doç. Dr. Işıl IŞIK ANDSOY (KBÜ)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Yüksel CAN ÖZ (KOÜ)

Üye : Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN (KBÜ)



KBÜ Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu, bu tez ile, Yüksek Lisans derecesini onamıştır.

Prof. Dr. Hasan SOLMAZ

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü



BEYAN

Karabük Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kurallarına göre hazırladığım bu tez çalışmasında;

- Tez içerisinde yer alan tüm bilgi ve belgeleri akademik kurallara uygun şekilde elde ettiğimi,
- Elde ettiğim tüm bilgi ve sonuçları etik kurallara uygun şekilde sunduğumu,
- Yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun şekilde atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum tüm eserleri kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan bilgi ve verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversitede veya farklı bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı beyan ederim.

Ersin AYAN

24/01/2020

TEŞEKKÜR

Araştırmamın planlanma aşamasından yazım aşamasına kadar fedakârlığını esirgemeyen, gelişimimde en büyük desteği sağlayan değerli danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Nevin ONAN'a,

Araştırmanın uygulama aşamasının yapıldığı Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi yöneticilerine, çalışanlarına ve araştırmaya katılmayı kabul eden hasta yakınlarına,

Hayatım boyunca hep yanımda olan, sevgilerini ve desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen tez boyunca gösterdikleri sabır ve hoşgörü için sevgili eşim Bahar Ayan'a ve varlığıyla hayatıma anlam katan biricik oğlum Emir'e,

Bugünlere gelmemde en büyük katkıyı veren varlıklarıyla hayatıma anlam katan büyükbabam, büyükannem, babam, annem ve kardeşlerime,

Veri toplama sürecimde emeği geçen Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi psikiyatri kliniği hemşiresi değerli dostum İbrahim Etişken'e,

Her daim desteği ve paylaşımlarıyla bu süreçte katkısı bulunan yüksek lisans arkadaşlarım Nezihe Kara ve Hicret Kanat'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ersin AYAN

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
TEZ ONAYI	ii
BEYAN FORMU	iii
TEŞEKKÜR	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
TABLolar DİZİNİ	vii
EKLER DİZİNİ.....	x
KISALTMALAR DİZİNİ	xi
ÖZET	xii
ABSTRACT.....	xiv
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. Ruh Sağlığı.....	4
2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar	5
2.3. Yaşam Kalitesi.....	7
2.4. Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Yaşam Kalitesi	8
2.5. Psikiyatri Hemşireliği.....	9
3. GEREÇ VE YÖNTEM	12
3.1. Araştırmanın Tipi	12
3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi	12
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	12
3.4. Veri Toplama Araçları	13
3.5. Verilerin Toplanması	16
3.6. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler.....	16
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	17

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar	17
4. BULGULAR	18
4.1. Hasta Yakınlarına ve Hastaya Ait Tanımlayıcı Özelliklere Yönelik Bulgular	18
4.2. RHiÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik Bulgular	21
4.3. YKÖ-KF Alt Boyutlarına Yönelik Bulgular	37
4.4. RHiÖ ve YKÖ-KF Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular	54
5. TARTIŞMA.....	56
5.1. RHiÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması	56
5.2. YKÖ-KF ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması	62
5.3. RHiÖ ve YKÖ-KF Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışılması.....	68
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	71
6.1. Sonuçlar	71
6.2. Öneriler.....	73
7. KAYNAKLAR	74
8. EKLER	80
EK-1 Katılımcı Bilgi Formu	80
EK-2 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	82
EK-3 Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu	84
EK-4 Etik Kurul İzni	89
EK-5 Kurum İzni	91
EK-6 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....	92
EK-7 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Kullanım İzni	94
EK-8 Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Kullanım İzni	95
9. ÖZGEÇMİŞ	96

TABLolar DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1. RHİÖ Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Güvenirlik Analiz Bulguları.....	14
Tablo 2. YKÖ-KF Alt Boyutlarına İlişkin Güvenirlik Analiz Bulguları	16
Tablo 3. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı.....	19
Tablo 4. Hastanın Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı	20
Tablo 5. RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	21
Tablo 6. Hasta Yakınlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	22
Tablo 7. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	23
Tablo 8. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre RHİÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	24
Tablo 9. Hasta Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	25
Tablo 10. Hasta Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	26
Tablo 11. Hasta Yakınlarının Medeni Durumuna Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	27
Tablo 12. Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	28
Tablo 13. Hasta Yakınlarının Gelir Durumuna Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	29
Tablo 14. Hasta Yakınlarının Gelir Durumlarına Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	29
Tablo 15. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	30
Tablo 16. Hastanın Yaşına Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	31

Tablo 17. Hasta Yakınlarının Hastalarının Yaş Gruplarına Göre RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	32
Tablo 18. Hastanın Yatış Sayısına Göre RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	34
Tablo 19. Hasta Yakınlarının Hastanın Tanısına Göre RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	35
Tablo 20. Hasta Yakınlarının Hastanın Tanısına Göre RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	36
Tablo 21. YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	37
Tablo 22. Hasta Yakınlarının Sağlık Memnuniyet Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Düzeyi ile YKÖ-KF Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar	37
Tablo 23. Hasta Yakınlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	38
Tablo 24. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	39
Tablo 25. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	40
Tablo 26. Hasta Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	41
Tablo 27. Hasta Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	42
Tablo 28. Hasta Yakınlarının Medeni Durumuna Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	42
Tablo 29. Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	43
Tablo 30. Hasta Yakınlarının Gelir Durumuna Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	44
Tablo 31. Hasta Yakınlarının Gelir Durumlarına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	45

Tablo 32. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	46
Tablo 33. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	47
Tablo 34. Hastanın Yaşına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	48
Tablo 35. Hasta Yakınlarının Hastalarının Yaş Gruplarına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	49
Tablo 36. Hastanın Yatış Sayısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı	50
Tablo 37. Hastanın Yatış Sayısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı.....	51
Tablo 38. Hastanın Tanısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı.....	52
Tablo 39. Hastanın Tanısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı	53
Tablo 40. YKÖ-KF Alt Boyutları ile RHİÖ ve Alt Boyutlarının Korelasyonu	54
Tablo 41. Hasta Yakınlarının Sağlık Memnuniyet ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri ile RHİÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Korelasyonu.....	55

EKLER DİZİNİ

Ek-1. Katılımcı Bilgi Formu

Ek-2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

Ek-3. Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu

Ek-4. Etik Kurul İzni

Ek-5. Kurum İzni

Ek-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Ek-7. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Kullanım İzni

Ek-8. Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Kullanım İzni

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
RHIÖ	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği
YKÖ-KF	Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu
TR	Türkiye

ÖZET

Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Yakınlarının Hastalığa İlişkin Görüşleri ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi

Bu araştırma; psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınlarının hastalığa ilişkin görüşleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirildi. Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Servisinde yatan hasta yakınlarından 186 kişi araştırma kapsamına alındı. Araştırmada veriler Katılımcı Bilgi Formu, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) ve Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (YKÖ-KF) kullanılarak toplandı. Verilerin değerlendirilmesinde istatistiksel yöntemler olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, Pearson Korelasyon analizi, İndependent t-testi ve Tek yönlü (One way) Anova testi kullanıldı. Katılımcıların yaş ortalaması $40,61 \pm 12,53$ olup, %50,5'i kadındı. RHİÖ toplam puan ortalaması $47,16 \pm 20,96$, alt boyut puan ortalamaları tehlikeli alan için $20,30 \pm 8,40$, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alanı için $24,87 \pm 12,65$, utanma alanı için ise $1,97 \pm 2,55$ olarak bulundu. Bu puanlara göre hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarının ortalama bir değerde olduğu görüldü. YKÖ-KF alt boyut puan ortalaması bedensel alan $24,57 \pm 5,33$, ruhsal alan $20,48 \pm 4,45$, sosyal ilişkiler alanı $10,05 \pm 2,75$, çevre(TR) alanı $29,59 \pm 5,69$ 'dur. Bütün alt boyutlardan elde edilen puanların ortalamasının biraz üzerinde olduğu görüldü ve hasta yakınlarının yaşam kalitesi olumlu olarak değerlendirildi. Bedensel alan alt boyutu ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutu arasında ters yönlü düşük bir ilişkinin varlığı tespit edildi ($r = -0,149$ $p = 0,042$). YKÖ-KF çevre alanı alt boyutu ile RHİÖ utanma alanı alt boyutu arasında ($r = -0,160$ $p = 0,029$) ve YKÖ-KF bedensel alan alt boyutu ile RHİÖ utanma alt boyutu arasında ($r = -0,152$ $p = 0,038$) ters yönlü düşük bir ilişkinin varlığı tespit edildi. Sonuç olarak; ruhsal hastası olan ailelerin hastalığa bakışının olumsuz olması yaşam kalitelerini de olumsuz etkilemektedir.

Anahtar Sözcükler: Hasta Yakını, Hastalık Görüşü, Psikiyatri, Yaşam Kalitesi.
Bilim Kodu: 1032

ABSTRACT

The Views of Relatives of the Inpatients in Psychiatry Clinic About the Disease and Evaluation of Quality of Life

This study was conducted as a descriptive and relationship seeker in order to evaluate the views and quality of life of the relatives of the patients in the psychiatry clinic. 186 of the relatives of the patients hospitalized in Bülent Ecevit University Health Application and Research Center Psychiatric Service were included in the study. Data were collected by using Participant Information Form, Beliefs Toward Mental Illness Scale (BMI) and Quality of Life Scale-Short Form (WHOQOL-BREF(TR))-SF. Number, percentage, mean, standard deviation, Pearson Correlation analysis, Independent t-test and One way Anova test were used as statistical methods. The mean age of the participants was 40.61 ± 12.53 and 50.5% were female. The mean total score of the BMI was 47.16 ± 20.96 , the mean subscale score was 20.30 ± 8.40 for the hazardous area, 24.87 ± 12.65 for the area of helplessness and interpersonal relations, and 1.97 ± 2.55 for the area of shame. According to these scores, the beliefs of the relatives of the patients about mental illness were found to be of average value. The mean quality of life-short form subscale score was 24.57 ± 5.33 in the physical area, 20.48 ± 4.45 in the mental area, 10.05 ± 2.75 in the social relations area, 29.59 ± 5.69 in the environment(TR) area. The scores obtained from all sub-dimensions were found to be slightly above average and the quality of life of the patients' relatives was evaluated as positive. There was a negative inverse relationship between the physical domain subscale and helplessness and interpersonal relationships sub-dimension ($r = -0.149$ $p = 0.042$). A negative inverse relationship was detected between the WHOQOL-BREF(TR)-SF environmental area sub-dimension and the BMI-embarrassment sub-dimension ($r = -0.160$ $p = 0.029$) and the WHOQOL-BREF(TR)-SF somatic area sub-dimension and the BMI-shame sub-dimension ($r = -0.152$ $p = 0.038$). As a result; The fact that families with mental illness have a negative view of the disease affects their quality of life negatively.

Keywords: Illness View, Patient Relative, Psychiatry, Quality of Life.

Science Code: 1032

1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Araştırmanın Konusu ve Önemi

Genel anlamda sağlık, literatürde sadece hastalık durumu değil beden, ruhen ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olarak tanımlanmaktadır (Top vd 2003). Fiziksel ve ruhsal sağlık birbiri ile bağlantılıdır, birinde ki olumsuz değişim diğerinin bozulma riskini arttırmaktadır (Gültekin 2010). Ruhsal hastalıklar bireyin fiziksel sağlığını, sosyal ve ekonomik iyilik halini dolayısıyla yaşam kalitesini önemli derecede etkiler (Lawrence et al. 2010). Ruh sağlığının korunmasında ve gerekli olan iyileşmenin sağlanmasında sosyal, kültürel, politik, ekonomik ve çevresel müdahalelerin gerekliliği ve önemi giderek artmaktadır (Yeşil ve Han Almış 2016). Ruhsal sorunlarla ilgili öngörülebilir riskli durumların azaltılması ve toplumu risk faktörlerinden uzakta tutacak önleyici müdahaleler ön plana çıkmıştır (Gültekin 2010). Psikiyatrik hastalıkların görülme sıklığı azımsanmayacak derecede fazla olması sebebiyle kişilerin ve toplumun ruhsal hastalıklara yönelik bilgi, bakış ve davranışları daha fazla önem kazanmıştır (Sarıköç vd. 2015).

Sağlıkta inanç modeline göre, tıbbi tedaviye adaptasyon sağlamada bireylerin hastalığı algılama biçimleri ve hastalığa bakış açıları önem arz etmektedir (Sağduyu vd. 2003). Ruh sağlığı profesyonellerinden önce kişinin ailesi, yakın çevresi ve elbette kendisi ruhsal bozukluğun ilk belirtileriyle yüzleşir ve nasıl bir yol izleyeceğine karar verir (Özbaş vd. 2008). Ruhsal bozuklukların tanınmasında, tedavi ve rehabilitasyonunda, başta hasta yakınları olmak üzere, toplumun hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının bilinmesi önemlidir. Toplumda ruhsal hastalıkların tam düzelmeyeceği ve prognozlarının kötü seyirli olacağı yönünde bir inanç vardır (Taşkın vd. 2006). Prognoz konusundaki bu karamsarlık hastaların damgalanması ve dışlanması konusunda oldukça etkilidir. Ruhsal hastalığı olanların başkaları için tehlikeli olduğu inancı toplumda endişe oluşturmakta ve ruhsal

hastalığı olan kişilere karşı olumsuz ve dışlayıcı tutumlara neden olabilmektedir (Taşkın vd. 2006). Yapılan bir araştırmada, katılımcıların yarısı şizofreni hastalarının saldırgan olabileceği nedeni ile hastalara karşı olumsuz düşünce ve tutum sergilemişlerdir (Seyfe Şen vd. 2003). Eğitim düzeyi artması ile paralel olarak ruhsal bozukluklara yönelik tutumun olumlu yönde değiştiği ve hastalıklarla ilgili bilgi ve dolayısıyla farkındalığın arttığı vurgulanmaktadır (Özbaş vd. 2008). Son yıllarda gerek tedavi gerekse bakım ve uygulamaların değişmesi sonucunda özellikle kronik hastalıklarda bakım sorumluluğunun aile üyeleri tarafından üstlenildiği gözlenmektedir. Kronik hastalıkların yaygınlaşması aileye farklı sorumluluklar getirmekte dolayısıyla bakım verenlere ve ailelere gerekli destekleyici hizmetlerin sunulması önem kazanmıştır (Akyar ve Akdemir 2009). Aile üyelerinden birinin ruhsal hastalığa sahip olması aile içinde iletişim ve bütme problemleri ve bakım yükü oluşturabilmektedir (Gülseren 2002, Duman ve Bademli 2013, Bee et al. 2014). Aile işlevleri açısından değerlendirildiğinde genellikle aile ile beraber yaşayan kronik psikiyatri hastalarında ailelerin bakım verme rolünü gerçekleştirirken gerekli desteği alamadıkları belirtilmektedir (Pickett Schenk et al. 2008). Bu duruma bağlı olarak aile üyeleri çeşitli zorluklarla karşı karşıya kalmakta ve yoğun stres ve anksiyete deneyimleyebilmekte, depresyon, suçluluk, utanç, korku, çaresizlik ve umutsuzluk gibi duygular yaşayabilmekte ve aile üyelerinin yaşam kalitelerinde bozulmalar görülmektedir (Magana et al. 2007, Duman ve Bademli 2013).

Sağlık alanında iyilik halinin ölçülebilmesinde yaşam kalitesi kavramı önemli bir yer tutmaktadır ve bu amaçla geliştirilmiştir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011). Yaşam kalitesi kişinin fiziksel işlevlerinin yanı sıra ruhsal durumunu, toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenme durumunu kapsar. Bu alanlarda bireyin işlevselliğinin nasıl etkilendiğini gösterir (Testa and Simonson 1996). Psikiyatrik hastaların tedaviye uyumunun yaşadığı çevre ile yakından ilişkili olduğu düşünüldüğünde hasta yakınının da yaşam kalitesinin önemi dikkate alınması gereken bir husustur (Arslantaş ve Adana 2011, Balaban vd. 2016, Yeşil vd. 2016, Karaağaç ve Çalık 2019, Ersoy Quadır vd. 2019). Yapılan çalışmalarda genellikle hastaların yaşam kalitesini ve etkileyen faktörleri belirlemeye yönelik çalışmalar bulunmakta (Arguvanlı Çoban vd. 2013, Çetin vd. 2013) birlikte ruhsal bozukluklarda hasta

ailelerinin yaşam kalitelerini değerlendiren sınırlı sayıda çalışmaya rastlanılmıştır (Akyar ve Akdemir 2009, Balaban vd 2016, Karaağaç ve Çalık Var 2019).

Hastaya kaliteli bir bakım verebilmek için ailelerin sağlık durumlarının korunarak tedaviye daha etkili bir şekilde katılımını sağlamak önemli bir husustur (Özbaş vd 2008). Hastaların biyopsikososyal yönden nitelikli bir bakım alabilmesinde kronik psikiyatri hastalarının ailelerinin durumunun değerlendirilmesi, ailelerin gereksinimlerinin, yaşadıkları güçlüklerin, baş etme ve işlevsellikle ilgili yaşadıkları sorunların saptanması önemlidir. Hasta yakınının ruhsal hastalığa bakış açısı, ruhsal durumu, yaşanan bu sorunların yaşanma biçimini ve dolayısı ile yaşam kalitesini etkileyebilmektedir. Ruhsal bozukluğa sahip bireyleri ailesi ile birlikte bütüncül olarak ele almak hem bireyin hem de ailenin sosyal destek kaynaklarının işler hale getirilmesinde, etkin başetme becerilerinin kullanılmasında ve buna bağlı olarak yaşam kalitesinin artmasında kilit rol oynayacaktır (Tel vd. 2010). Bu açılardan düşünüldüğünde psikiyatri hemşirelerinin hem hastanın iyileştirilmesinde hem de hasta yakınlarının baş etme becerilerinin ve yaşam kalitelerinin artırılmasında hizmet sunmasının önemi açığa çıkmaktadır. Ayrıca toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin tutumlarının özellikle hasta yakınlarında ki mevcut durumun ve tutumların ilişkili olduğu faktörlerin belirlenmesinin yanı sıra ruhsal hastalığa yönelik inançların hasta yakınlarının yaşamlarını nasıl etkilediğinin araştırılmasının önemli olabileceği söylenebilir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınlarının hastalığa ilişkin görüşlerinin ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesidir. Bu amaç doğrultusunda şu sorulara yanıt aranmıştır:

1. Hasta yakınlarının ruhsal hastalığa ilişkin görüşleri nasıldır?
2. Hasta yakınların yaşam kalitesi ne düzeydedir?
3. Hasta yakınlarının hastalığa bakışı ile yaşam kaliteleri ilişkili midir?
4. Hasta yakınlarının/hastaların sosyodemografik ve hastalıkla ilgili özelliklerine göre ruhsal hastalığa ilişkin görüşleri ve yaşam kaliteleri farklılık göstermekte midir?

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Ruh Sağlığı

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sağlığı, sadece hastalık ve sakatlıkların olmaması değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlayan çağdaş sağlık anlayışı, sağlığın çok boyutlu özelliğini ortaya koyan temel kavramlardan biridir (Gültekin 2010). DSÖ'ne kişinin kendisi ve çevresiyle uyum halinde olması ruh sağlığının normal olması demektir (Yapıcı 2011). Genel anlamda bireyin psikolojik yönden iyi olması ruh sağlığı olarak adlandırılır (Koç 2005). Ruh sağlığı, gündelik hayatta nasıl düşündüğümüz, olaylar karşısında neler hissettiğimiz, kendimizi, yaşamımızı, çevremizdeki insanları nasıl gördüğümüz, olaylardan ne algıladığımız ve duyu ve düşüncelerimizi aktarım biçimimizle ilgilidir.

Bireylerin yaşam kalitesini olumsuz etkileyen ve insanlarda yeti kaybına neden olan ruhsal sorunlar sağlık problemlerinin %8.1'ini oluşturmaktadır (Taşdemir 2014). DSÖ tarafından dünyada ruh sağlığı bozukluk sıklığı %18-36 olarak bulunmuş olup 2017 yılı verilerinin dünyada 300 milyon kişinin depresyon, 60 milyon insanın bipolar bozukluk, 21 milyon kişinin de psikotik bozukluklar yaşadığını göstermektedir (Kessler et al. 2009). Ruhsal bozukluklar başta depresyon olmak üzere tüm diğer hastalıklar arasında dünyada %7.4 ile beşinci sırada bulunmaktadır. DSÖ verilerine göre dünyada yaklaşık 450 milyon kişide ruhsal bozukluklar bulunduğu düşünüldüğünde ve bunun göz ardı edilemeyecek kadar yüksek bir oranda olması bu hastalıkların tedavisine yönelik toplumun ve bireylerin hastalığa karşı nasıl bir tutum ve davranış sergileyeceği büyük önem arz etmektedir (Sarikoç vd. 2015).

1998 yılında ülkemizin ruh sağlığını değerlendiren bir çalışmada ruh sağlığı bozukluğu sıklığı en az bir kez ruhsal hastalık geçirmiş olmak üzere erişkinlerde %

18; klinik olarak sorunlu bir davranış göstermiş olmak şartıyla çocuk ve ergenlerde % 11 olarak belirtilmiştir (Göktaş vd. 2018).

2.2. Ruh Sağlığına Yönelik İnançlar

İnanç, bireylerin kendi dünyalarını bir yönü ile ilgili algıları ve tanımların oluşturduğu sürekli duygular ağıdır. Bir başka tanım ise; bireyin kendi dünyasının herhangi bir yönüne ilişkin algı ve bilişlerinin, tek boyutlu olarak örgütlenmesi ya da bir savın, olaylar bütününe olduğu gibi irdelenmeksizin kabul edilmesidir. Özetle inanç bireyin bir konu ile ilgili bilişlerinin tümüdür (Sarıköç vd. 2015).

Ruhsal hastalıklara yönelik farklı tutumlar ve inançlar, geçmişten günümüze gelmekte ve etkisini göstermektedir. Toplumdaki bireyler arasında ruhsal bozukluklara ilişkin tutum ve inançlar arasında da farklılıklar bulunmaktadır (Malas 2019). Belirgin ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum tarafından kolayca fark edilir ve bu kişilere karşı tedirgin ve temkinli bir tutum sergilenir. Eğitim çevrelerinde bile ruhsal bozukluklar hakkında çok az bilgiye sahip bireyler varken özellikle eğitim seviyesi düşük kırsal kesimde yaşayan insanlar tıbbi tedavi dışında başka yöntemlere başvurabilirler (Arkan vd. 2011).

Psikiyatrik hastalıkların görülme oranlarının artması sonucunda toplumun ruhsal hastalıklara yönelik nasıl bir tutum ve davranış sergileyeceği de önem kazanmıştır (Sarıköç vd. 2015). Ruhsal hastalıklar bireyin aile ve sosyal çevresi ya da toplum tarafından damgalamaya maruz bırakılabilecek hastalıkların başında bulunmaktadır (Öztürk vd. 2015, Günay vd. 2016).

Aynı zamanda ruhsal hastalıklar toplumun genelinde, aile ve arkadaş çevresinde, sağlık çalışanları arasında ve hatta kendi içlerinde bile sıklıkla damgalamaya maruz kalan hastalık gruplarının başında yer almaktadır (Öztürk vd. 2015, Günay vd 2016). Toplumun ileri gelen insanları, ruhsal hastalıklara yönelik damgalama ile mücadele konusunda eğitilmelidir (Bilge ve Çam 2010).

Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanç ve damgalanmanın sıklığı ve hastalığın nasıl deneyimlendiği farklılaşsa da neredeyse her kültürde ve her toplumda mevcut olan bir olgu olduğu kabul edilmektedir (Corrigan et al. 2011). Arslantaş vd. (2010) çalışmalarında psikiyatri polikliniğine başvuran bireylerin hem damgalayıcı tutumlara hem de damgalanma kaygısına sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Özbaş vd. (2008) çalışmalarında ruhsal hastalıklara karşı tutumun eğitim düzeyi, hastalığın akraba, arkadaş çevresi ve komşular tarafından bilinmesi durumu ile ilişkili olduğunu belirlemişlerdir. Hastalığı akraba, arkadaş ve komşuları tarafından bilinen hastaların yakınlarının ruhsal bozukluğa sahip bireylerin normal insanlardan farklı, değersiz olduğu ve hastalığın özellikle olumsuz anne baba ve çocuk ilişkisinden kaynaklandığı görüş ve tutum eğilimi gösterdikleri düşünülmektedir.

Toplumda olduğu kadar ruhsal hastalıklarla mücadele eden ruh sağlığı çalışanları da ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlar sergileyebilirler (Küçükkaraca ve Akçay 2017). Meslekte bu tür hastalarla karşılaşan sağlık profesyonellerinin ruhsal hastalığa sahip bireylerle ilgili düşünceleri, onların bu hastalara karşı tutum ve davranışlarını yansıtmaları açısından önemlidir (Bilge ve Çam 2010). Araştırmalar sağlık çalışanlarının ve sağlık alanında çalışacak olan öğrencilerin, ruhsal bozukluğu olanlara karşı yaklaşımlarında olumsuz önyargıları olduğunu göstermektedir (Kuş Saillard 2010, Öztürk vd. 2015). Bağ ve Ekinci'nin (2006) yaptıkları çalışmada sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik özellikle de şizofreni hastalarına yönelik olumsuz tutum ve davranışlar sergilediğini belirtmişlerdir. Kuş Saillard (2010) çalışmasında psikiyatristlerin çoğunluğunun ve psikiyatri dışı hekimlerin ruhsal hastalığı olan bireylere yönelik damgalayıcı tutumlara sahip olduğunu belirtmişlerdir. Akgün Çıtak vd. (2010) çalışmalarında hemşirelik öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının olumlu olduğu, Çam ve Arabacı'nın (2014) yaptıkları çalışmada da ülkemizde ruh sağlığı ve hastalıkları hastanelerinde çalışan hemşirelerin ruhsal hastalılara yönelik inançlarının olumsuz olduğu belirtilmiştir. Öztürk vd. (2015) yaptıkları çalışmalarında ise öğrencilerin genel olarak ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inançlara sahip olduklarını belirtmişlerdir.

2.3. Yaşam Kalitesi

“Yaşam Kalitesi” kavramının tarihi hem sosyolojik hem de tıbbi açıdan çok eski zamanlara kadar dayanmaktadır (Müezzinoğlu 2005). Yaşam kalitesinin farklı bilimler açısından kabul görece tek bir tanımı bulunmamaktadır (Bilir vd. 2005). Sağlık alanında iyilik halinin ölçülebilmesi için yaşam kalitesi kavramı geliştirilmiştir. DSÖ’ne göre yaşam kalitesi bireyin yaşamını kültür ve değer sistemi içinde amaç, beklenti, standart ve çıkarlarına göre algılaması olarak tanımlanmıştır. Tanıma göre bireyin hedeflediği yaşam kalitesine ulaşmak için temel olan standartların çevresel faktörlerin etkisinden arındırılmış olarak kişinin hayatını tamamen kendisinin değerlendirmesi ve değerlendirmenin devamlılığının sürdürülebilir olması önemlidir (Top vd 2003, Bilir vd 2005, Özer ve Bölüktaş 2017). Yaşam kalitesi kişinin fiziksel işlevlerini, ruhsal durumunu, aile içindeki ve dışındaki toplumsal ilişkilerini, çevreden etkilenmişlik seviyelerini kapsar ve bu durumlardan bireyin işlevselliğinin ne derece etkilendiğini gösterir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011).

Tıptaki ilerlemeler doğrultusunda hastalıkların ortadan kaldırılması ve bireylerin yaşam kalitelerinin artırılması hedeflenmektedir. Bu nedenle DSÖ 1980’den beri iyilik hali ve yaşam kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi konusunda çalışmalar yapmaktadır (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011).

Kişilerin beden sağlığı, ruhsal durumu, sosyal ilişkileri, bağımsızlık düzeyi, inançları ve çevresiyle olan ilişkileri yaşam kalitesini etkileyen faktörlerdir (Top vd. 2003). Yaşam kalitesindeki değişimler ile birçok ruhsal bozukluk arasında yakın ilişki bulunmaktadır (Katschnig 2006, Aydemir vd. 2009, Ishak vd. 2012). Yaşam kalitesi araştırmalarının başladığı 90’lı yıllardan beri psikiyatrik hastalıklarda yaşam kalitesini etkileyen faktörleri araştıran ve yaşam kalitesini artırmaya yönelik müdahaleler öneren birçok çalışma bulunmaktadır (Aydemir vd. 2009, Atagün vd. 2011, Duman ve Bademli 2013, Yeşil vd. 2016, Karaağaç Özçelik ve Yıldırım 2018).

2.4. Psikiyatrik Hastaların Yakınlarında Yaşam Kalitesi

Aile ortamının diğer sosyal ortamlar gibi ailede yaşayan bireyler üzerine etkisi olduğu bilinmektedir (Tüzer vd. 2003). Kronik ruhsal hastalıklar hasta ile birlikte yakınlarının da sağlığını etkileyen bir stres kaynağı olabilmektedir. Hastalık sebebiyle fiziksel, emosyonel ve ekonomik streslerle karşılaşan bakım verenlerin, sosyal rollerinin azaldığı ve yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği bilinmektedir (Caqueo-Urizar et al. 2009, Zamzam et al. 2011). Bu zorlu süreçle baş etmeye çalışan hasta yakınları hem hastalarına yeterince destek olmakta zorlanmakta hem de kendilerinin yardım ihtiyaçları artmaktadır (Tel and Terakye 2000). Bu noktada bireyin sağlık ihtiyaçlarından biri olan yaşam kalitesinin değerlendirilmesi önemlidir (Karayazgan 2013). Lueboonthavatchai et al. (2006) şizofreni hastasına bakım verenlerin yaşam kalitesini değerlendirmek üzerine yapmış oldukları araştırmada, bakım verenlerin %66,67'sinin yaşam kalitelerinde azalma olduğunu bulmuşlardır. Yapılan çalışmalarda; şizofreni hastaları bakım verenlerinde nesnel desteğin ve bakım veren yükünün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde ise bakım yükünün depresyon gelişiminde güçlü bir öngörücü faktör olduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (Perlick et al. 2016, Zeng et al. 2016). Başka bir araştırmada da psikiyatrik bozukluğu olan hastaların ailelerinde bakım yükü arttıkça yaşam kalitesinin azalmakta olduğu bildirilmiştir (Pompili 2014). Aslantaş ve Adana (2011) yaptığı bir çalışmada şizofreni hastasının bakım vereninin yaşam kalitesinin azaldığını, sağlığının ve işlevselliğinin olumsuz etkilendiğini bulmuştur.

Eğitim düzeyi yaşam kalitesinde önemli bir faktördür. Eğitim düzeyi arttıkça birey çevresel etkenlerden daha az etkilenir ve buna bağlı olarak yaşam kalitesi artar (Meeks et al. 2001). Arslantaş ve Adana (2011)'nin çalışmalarında sağlanan bakım sırasında bakım verenin zaman ve enerji harcaması nedeniyle yaşam kalitesinde azalma olduğu, bununla birlikte bakım verenlerin hastanın hastalığı hakkında ayrıntılı bir bilgiye sahip olması durumunda yaşam kalitesinin pozitif etkilendiğine yer verilmiştir. Ersoy Quadır vd. (2019) yaptıkları çalışmada Alzheimer hastasına bakım veren yakınların eğitim düzeyleri arttıkça bedensel ve psikolojik alandaki yaşam kalitesinin yükseldiği belirlenmiştir. Aynı çalışmada bakım verenin evli

olması durumunda sosyal ve çevresel alandaki yaşam kalitelerinin düşük olduğu, bakımda yardımcı başka bir bireyin olması durumunda ise psikolojik anlamda hasta yakınlarının yaşam kalitelerinde artış görüldüğü bildirilmiştir. Başka bir çalışmada eğitim seviyesi arttıkça bakım verenin daha yüksek gelir, daha iyi fiziksel sağlık ve psikolojik işlev gösterdiği bulunmuştur (Aslantaş ve Adana 2011).

Heru et al. (2004) yaptıkları çalışmalarında arkadaş ve ailelerden gelen sosyal desteğin bakım veren yükünü azalttığı bilinmekle beraber psiko-eğitim gruplarına katılan aile üyeleri de katılmayanlara kıyasla daha az yük bildirdikleri sonucuna ulaşmışlardır. Balaban vd. (2016) çalışmalarında da özellikle arkadaşlardan algılanan sosyal desteğin yaşam kalitesi için öngörücü bir faktör olduğu sonucuna ulaşmışlardır. Aslantaş ve Adana (2011) ailedeki bireylerin sayısı ile bakım verenin fiziksel sağlığı arasında pozitif bir ilişki bulmuştur. Ailede yaşayan kişi sayısının çok olması, hastanın bakımında aile üyelerinin yardımlaşmasına imkan oluşturmakta bu sayede bakım verenlerin yaşam kalitesi daha az etkilenmektedir.

2.5. Psikiyatri Hemşireliği

Hemşireler, hasta ve hasta yakınlarının her türlü sorun ve ihtiyaçlarında ilk başvurduğu, hasta ve bakım veren kişilerle en uzun süre birlikte olan ve sağlık ekibi içinde iletişimi sağlayarak bu konuda önemli rol oynayan sağlık profesyonelleridir (Yıldırım ve Hacıhasanoğlu 2011). Kaliteli bakım hizmeti, hemşirelerin çağın gerektirdiği bilgi ve becerilere sahip olması, bakımın insani ve etik yönü konusunda duyarlı olması, mesleki yeterliliklerini sürekli geliştirmesi ve meslek eğitimine uygun hizmet sunması ile sağlanabilir (Arslantaş 2015). Sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte hemşirelerin rollerinde önceki yıllara göre büyük değişiklikler ve gelişmeler söz konusudur. Eğitim ve uygulama alanındaki gelişmeler, yaşanan sosyal olaylar ve teknolojik ilerlemeler hemşirelikte uzmanlık alanlarının ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu uzmanlık alanlarından birisi de psikiyatri hemşireliğidir (Özbaş ve Buzlu 2011).

Psikiyatri hemşireliği hemşirelik mesleğinin özel alanlarından biri olup ruhsal hastalığı olan bireylere hizmet verirken hemşirelerin profesyonel davranışlar

sergilemesi (Demir ve Yıldırım 2014) ve bu davranışlarını geliştirmesi, verilen bakımın kalitesinin artması açısından önemlidir (Boling 2003). Amerikan Hemşireler Birliği 2007 yılında, “Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşiresini; sanat olarak kendiliğin amaçlı kullanımı, bilim olarak ise psikososyal ve nörobiyolojik kuramların, araştırma bulgularının ve hemşireliğin çeşitli rollerinin kullanımı ile hizmet veren bir ruh sağlığı profesyoneli” olarak tanımlamıştır (Taş vd. 2019).

Türkiye’de psikiyatri hemşireliği alanındaki ilerlemeler gelişmiş ülkelere kıyasla daha yavaş gerçekleşmektedir (Ünsal vd. 2012). Ülkemizde Psikiyatri Hemşireliği dersleri 1969’da ilk psikiyatri hemşireliği ders notları geliştirilerek verilmeye başlanmıştır (Tanıç 1996). Hemşireler 1970’li yıllardan itibaren psikiyatri kongrelerine katılmaya başlamışlar ve 1980’li yıllarda psikiyatri ile ilgili bilimsel çalışmalar ve araştırmalar gittikçe artmıştır. Son yıllarda lisansüstü eğitim almış psikiyatri hemşirelerinin artmasıyla birlikte psikiyatri hemşireliği uygulamalarında gelişmeler kaydedilmiştir.

Psikiyatri klinik hemşireliğinin başlıca görev ve sorumlulukları şunlardır:

- Hastayla biyo-psiko-sosyal bir bütünlük içerisinde, terapötik iletişim tekniklerini ve kanıta dayalı değerlendirme araçlarını kullanarak sürekli ve sistematik biçimde veri toplar.
- Riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alır, risk düzeyini değerlendirir.
- Hastaların öz bakımını yapması için teşvik eder, destekler, gerektiğinde yapar.
- Hastanın sosyal güvencelerini takip eder, sosyal güvencesi olmayan hastaların sosyalgüvencelerinin temini için ilgili birimlerle irtibata geçer.
- Hastanın bakım gereksinimlerini ve sorunlarını belirler, hasta bakımında hemşirelik süreci sistemini kullanır.
- Hemşirelik hizmetleri için gerekli olan araç, gereç ve malzemelerin tespit ve teminini sağlar.
- Hastaların güvenli bir biçimde tedavi ve hizmet almalarına yardımcı olur.

- Hastaların ruhsal ve fiziksel sağlığının değerlendirildiği, planlanan hemşirelik uygulamaları doğrultusunda hasta sorunlarının ele alındığı planlı ve düzenli görüşmeler yapar.
- Hastanın kendine ya da çevresine zarar verme riskini gösteren belirtileri takip eder, kriz ve acil durum oluşmasını engelleyici, önleyici yaklaşımlar uygular.
- Tedaviyle ilgili gözlemleri doğrultusunda ekibe tıbbi tedaviye ilişkin gerekli önerilerde bulunur.
- Ruh sağlığı ekibinin önemli bir üyesi olarak grup terapisi görüşmelerine katılabilir.
- Ruh sağlığı hizmetinin etkinliği için gerekirse başka birimlerden ya da disiplinlerden danışmanlık alır, danışmanlık alması için bireyi/aileyi yönlendirir.
- Yararlı ve kullanabileceği destek sistemlerini ve toplum kaynaklarını değerlendirir, bireyi/aileyi yönlendirir.
- Hastanın ve hasta yakınının gelişim düzeyi, öğrenme istekliliği, bilgilenme ihtiyacı, kültürel yapısı ve inançlarını göz önüne alarak sağlık eğitimini ve hasta eğitimini planlar.
- Hastayı ve aileyi desteklemede stresle baş etme, stigmatizasyon, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psiko-eğitim programlarını planlar ve uygular.
- Hasta ve ailesine; ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular, eğitimin etkinliğini değerlendirir.
- Klinikte çalışan destek hizmet personeline hasta ve yakınlarıyla iletişim ve yaklaşımlar konusunda eğitim ve danışmanlık sağlar.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Tarihi

Araştırma, Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Servisinde Eylül 2018- Şubat 2019 tarihleri arasında yapıldı.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi bilgi işlem birimi kayıtlarından edinilen bilgiler doğrultusunda aylık ortalama hasta sayısının 52 olduğu belirlendi. Araştırmanın yapıldığı tarihler arasında aylık ortalama hasta sayısı baz alınarak hasta yakını sayısı hesaplandı. Çalışmaya her hastanın bir yakını alınacağından evren sayısı da 312 olarak belirlendi.

Araştırmada ulaşılması gereken örneklem sayısı evren büyüklüğü belli olduğu için $n = Nt^2pq / d^2(N - 1) + t^2pq$ formülü kullanılarak hesaplanmıştır (Sümbüloğlu ve Sümbüloğlu 2002).

Bu formül doğrultusunda evreni bilinen örneklem hesabı ile %95 güven aralığında 0.05 hata payı yapılan güç analizinde örneklem büyüklüğü 173 kişi olarak bulundu. Çalışma araştırmaya dâhil edilme kriterleri doğrultusunda 186 kişi ile gerçekleştirildi.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri;

- Katılımcının hasta yakını olması,
- Okur-yazar olması,
- 18 yaş ve üzeri olması,
- İletişim engeli bulunmaması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmesi,
- Katılımcının kendi ifadesi doğrultusunda psikiyatrik bir tanı ve tedavi almamış olmasıdır.

3.4. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanmasında; Katılımcı Bilgi Formu (Ek-1), Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (Ek-2), Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (Ek-3) kullanıldı.

Katılımcı Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Taşkın vd. 2006, Bilge ve Çam 2010, Akgün Çıtak vd. 2010, Durat vd. 2011, Yüksel vd. 2015, Tümer vd. 2019) hazırlanan Katılımcı bilgi formu; hasta yakınının ve aile üyelerinin sosyodemografik özelliklerini içeren toplam 25 sorudan oluşmaktadır. Formda yer alan 25 sorunun 20'si çoktan seçmeli, 5'i açık uçlu sorudur.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHiÖ)

RHiÖ Hirai ve Clum (2000) tarafından ruhsal hastalığa yönelik farklı kültürel özelliklere sahip kişilerin olumlu ve olumsuz inançlarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek 21 madde olup tehlikelilik, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma ve utanma alt ölçeklerinden oluşmaktadır. Ölçeğin Türk toplumu için geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış, geçerli ve güvenilir bulunmuştur (Bilge 2006).

Ölçek; Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5 şeklinde puanlanmakta olup 6 likert'e sahiptir. Ölçeğin yorumlanması hem toplam puan üzerinden hem de alt ölçekler üzerinden yapılmaktadır (Bilge 2006). Ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir. Ölçek çeşitli çalışmalarda kullanılmıştır (Oban ve Küçük 2011, Öztürk vd. 2015, Günay vd. 2016, Büyükbayram vd. 2017, Küçükkaraca ve Akçay 2017, Arslantaş vd. 2019).

Tehlikeli Alt Ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğuna yönelik inançları sorgulayan 8 maddeden oluşur. Alt ölçek 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7. ve 13. maddeleri içermektedir. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-40 arasındadır.

Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarından bahseder ve 11 maddeden oluşur. Bireyin özellikle duygusal etkilenmesinden dolayı, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişki sürecinde kendini engellemesini ve çaresizlik yaşadığını ifade eder. Alt ölçek 8., 9., 10., 11., 14., 16., 17., 18., 19., 20. ve 21. maddeleri içermektedir. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-55 arasındadır.

Utanma Alt Ölçeği: Bu alt ölçek bireylerin ruhsal hastalığa yönelik utanma duygusu yaşadığını ifade eden 2 maddeden oluşur. Alt ölçek 12. ve 15. maddeleri içermektedir. Bu alt ölçekten alınabilecek puan 0-10 arasındadır. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması ve bu çalışma için cronbach alfa değerleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. RHİÖ Toplam ve Alt Boyutlarına İlişkin Güvenirlik Analiz Bulguları

Alt Boyutlar	Çalışma Cronbach Alpha	Geçerlilik Güvenirlik Cronbach Alpha
Tehlikeli	0,80	0,71
Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma	0,88	0,80
Utanma	0,77	0,69
RHİÖ toplam	0,74	0,82

Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu (YKÖ-KF)

DSÖ tarafından yaşam kalitesinin öznel olarak değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiş bir değerlendirme aracıdır. Bireyin yaşam kalitesini ve sağlık durumunu genel anlamda değerlendirdiği iki soru yanında, fiziksel sağlık, psikolojik durum, sosyal ilişkiler ve çevre olmak üzere 4 alt alandaki iyilik hallerini ölçer ve orijinal versiyonu 26 maddeden Türkçe versiyonu ise 27 maddeden oluşur. Ölçeğin toplam puanı yoktur. Her bir alan maksimum 20 puan veya 100 puan üzerinden skor alır. Bu skorlamalardan hangisinin kullanılacağı araştırmacının tercihidir. Ancak genel olarak ülkemizde 20 puan üzerinden olan skorlamalar daha yaygın bir uygulamadır. 27 soruluk Türkiye sürümü (27. soru ulusal sorudur) kullanıldığında Çevre alan skoru çevre(TR) olarak adlandırılır. Bu durumda Çevre (TR) alan skoru çevre skoru yerine kullanılır. Yüksek puan daha iyi yaşam kalitesini ifade eder. Değerlendirmede negatif puanlamaya sahip 3, 4 ve 26 nolu sorular 1= 5, 2= 4, 3= 3, 4= 2 ve 5= 1 olacak şekilde pozitif hale getirilerek tersine çevrilir. Örneğin; ölçekteki soruya “Hiç yanıtı verildiyse, bu yanıtın puanı “5” olacaktır. Ölçekteki yaşam kalitesi ve genel sağlık sorularını içeren ilk iki soru genel sorudur; bu soruların puanları alt boyut puanlarına katılmamakta, ayrı olarak değerlendirilmektedir. Sorular 5’li likert tipi ordinal yanıt ölçeğine sahiptir. Her maddede 1-5 arası puanlama yapılmaktadır. Buna göre; Hiç(1), Çok az(2), Orta derecede(3), Çokça(4), Tamamen(5) olarak puanlanmıştır. Türkçe formunda her bir alanın alt puanı 4-20 arasında değişmektedir. Ölçeğin alt boyutlar ve hangi sorulara karşılık geldiği aşağıda gösterilmiştir.

Bedensel alan: 3,4,10,15,16,17,18

Ruhsal alan: 5,6,7,11,19,26

Sosyal ilişkiler alanı: 20,21,22

Çevre (TR) alanı: 8,9,12,13,14,23,24,25,27

Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği Eser vd. (1999) tarafından yapılmıştır. Bu çalışma için cronbach alfa değerleri aşağıda gösterilmiştir.

Tablo 2. YKÖ-KF Alt Boyutlarına İlişkin Güvenirlik Analiz Bulguları

Alt Boyutlar	Çalışma Cronchbach Alpha	Geçerlilik Güvenilirlik Cronchbach Alpha
Bedensel alan	0,82	0,83
Ruhsal alan	0,81	0,66
Sosyal ilişkiler alanı	0,79	0,53
Çevre (TR) alanı	0,81	0,73

3.5. Verilerin toplanması

Araştırmacı tarafından hasta yakınlarına araştırmanın nedeni ve nasıl yapılacağı, araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları ve riskleri hakkında tüm bilgiler verilmiş, gönüllülük esasına dayalı olarak katılmayı kabul eden hasta yakınlarının onamları alınmıştır. Hasta yakınlarına alınan kimlik bilgilerinin tamamen gizli tutulacağı, bilgilerin sadece bilimsel araştırmada kullanılmak amacıyla toplandığı hakkında açıklama yapılmıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterlerine göre çalışmaya alınan psikiyatri hasta yakınlarına hastanın klinikte kaldığı süre içerisinde herhangi bir zaman diliminde “Katılımcı Bilgi Formu”, “Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançlar Ölçeği” ve “Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu” araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Katılımcı Bilgi Formu ve Ölçeklerin uygulanmasında; hasta yakınlarına formların verilerek doldurulması ve araştırmacı tarafından soruların okunarak cevapların işaretlenmesi şeklinde iki yöntem kullanılmıştır. Toplanan veriler bilgisayar ortamına aktarılmıştır.

3.6. Verilerin Değerlendirilmesinde Kullanılan Yöntemler

Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Çalışmada kullanılan örneklem hacminin genişliği ($n=186>30$) ve düzenlenen veri setinin normal dağılımdan geldiğini gösteren çarpıklık(skewness) ve basıklık(kurtosis)

katsayılarının istenilen sınırlar arasında olması (-1.5 ve 1.5), gerekli analizlerde parametrik test yöntemlerinin kullanılmasının uygun olduğunu ifade etmektedir (Can 2014). Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Değişkenlerin aralarındaki ilişkileri ölçmek için Pearson Korelasyon analizi, iki bağımsız grup arasında yapılan karşılaştırmalarda Independent sample t-testi ve ikiden fazla bağımsız grup arasında yapılan karşılaştırmalarda ise Tek yönlü (One way) Anova testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi 0.05 olarak alınmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacı ile Karabük Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı'ndan etik onayı alındı (02.05.2018 tarih ve 5-11 nolu karar) (Ek-4). Araştırmanın Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde yürütülebilmesi için 16734702/622.03 sayılı kurum izni alındı (Ek-5). Araştırmada kullanılan RHİÖ'nin kullanım izni (Ek-7) Prof. Dr. Ayşegül Bilge'den, YKÖ-KF'nun kullanım izni (Ek-8) ise Dr. Sultan Eser'den e-posta yolu ile alındı. Araştırma öncesi psikiyatri hasta yakınlarına araştırma hakkında bilgi verilerek ve gönüllülük esasına dayalı olarak araştırmaya katılmayı kabul edenlerden sözlü ve yazılı onamları alındı (Ek-6). Çalışmaya katılan hasta yakınlarına istedikleri zamanda çalışmadan çekilebilecekleri belirtildi. "Özerklik İlkesi", bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra başka bir yer veya kurumla paylaşılmayacağı belirtilerek "Gizliliğin Korunma İlkesi" yerine getirildi.

3.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Durumlar

Araştırma, BEÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınları, RHİÖ ve YKÖ-KF'nun ölçtüğü nitelikler ile sınırlıdır. Araştırma kapsamında ulaşılması gereken bireylerin hasta yakını olması sebebiyle bireylere ulaşım için ziyaret saatleri beklendi. Veri toplama araçlarındaki soru sayısının çokluğu hasta yakınlarının çalışmaya katılma hususunda istek durumlarını etkiledi.

4. BULGULAR

Bu bölümde psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınlarının hastalığa ilişkin görüşleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi amacıyla tanımlayıcı ve ilişki arayıcı olarak gerçekleştirilen çalışmadan elde edilen bulgular istatistiksel analizleri yapılarak tablolar halinde sunuldu. Çalışmadan elde edilen bulgular aşağıdaki başlıklar altında verildi.

1. Hasta Yakınlarına ve Hastaya Ait Tanımlayıcı Özelliklere Yönelik Bulgular,
2. RHIÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik Bulgular,
3. YKÖ-KF Alt Boyutlarına Yönelik Bulgular,
4. RHIÖ ve YKÖ-KF Arasındaki İlişkiye Yönelik Bulgular,

4.1. Hasta Yakınlarına ve Hastaya Ait Tanımlayıcı Özelliklere Yönelik Bulgular

Bu bölümde, çalışmada yer alan hasta ve yakınlarının tanımlayıcı özelliklerine ait bulgular tablolar halinde incelendi.

Tablo 3. Hasta Yakınlarının Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı (n=186)

Bağımsız Değişkenler	Ortalama± Ss	Min-Max	N	%
Yaş	40,61±12,53	18-70		
Yaş Grupları				
20 ve altı			7	3,8
21-30 arası			31	16,7
31-45 arası			90	48,4
45 üstü			58	31,1
Cinsiyet				
Erkek			92	49,5
Kadın			94	50,5
Eğitim Durumu				
İlkokul			61	32,8
Ortaokul			41	22,0
Lise			39	21,0
Üniversite			45	24,2
Çalışma Durumu				
Çalışıyor			79	42,5
Çalışmıyor			107	57,5
Yakınlık Derecesi				
Annesi			30	16,1
Babası			21	11,3
Kardeşi			37	19,9
Eşi			46	24,7
Çocuğu			17	9,1
Diğer			35	18,8
Hasta İle Geçirilen Zaman				
1-11 Saat			78	41,9
12 Ve Üstü			72	38,7
Diğer(Belli Düzeni Olmayan)			36	19,4
Koşullardan Etkilenme				
Her Zaman			13	7,0
Hiçbir Zaman			51	27,4
Bazen			97	52,2
Çoğu Zaman			25	13,4

Araştırmaya katılan hasta yakınlarının yaş ortalaması 40,61 olup en küçük yaş 18 en büyük yaş 70 olarak bulundu. Araştırmaya katılan kişi yüzdesi en düşük yaş grubu % 3,8 (7) ile 20 yaş ve altı, en yüksek yüzde ise %48,4 (90) ile 31-45 yaş arası olarak belirlendi. Araştırmada katılımcıların % 49,5'ini (92) erkekler, % 50,5'ini (94) kadınlar oluşturdu. Hasta yakınlarının eğitim düzeyi en yüksek (% 32,8) ilkokul mezunu olup en düşük (% 21) lise mezunu olarak bulundu. Katılımcıların % 57,5'i (107) bir işte çalışmadığını ve % 50,5'i (94) gelirinin giderine eşit olduğunu belirtti. Katılımcıların hasta ile yakınlık derecesi incelendiğinde; % 9,1'inin (17) hastanın çocuğu, % 24,7'sinin (46) hastanın eşi olduğu saptanmış olup, % 62,9'u (118) hasta

ile aynı evde yaşamaktadır. Hasta yakınları % 41,9 (78) oranında hastası ile günde 1-11 saat arası beraber vakit geçirmekte, % 38,7 (72) oranında ise 12 saat ve üzeri vakit geçirmektedir. Hastanın bakımının günlük rutin işleri ve sosyal aktiviteleri gerçekleştirmeyi etkileme durumuna bakıldığında; katılımcılar en yüksek oranda (% 52,2 (97)) bazen etkilediğini, en düşük oranda ise (% 7 (13)) her zaman etkilediği cevabını vermişlerdir (Tablo 3).

Tablo 4. Hastanın Sosyodemografik ve Hastalıkla İlgili Özelliklerinin Dağılımı

	Ortalama±SS	Min-Max	n	%
Hasta Yaşı	38,280±14,074	76-13		
Yaş Grupları				
20 ve altı			21	11,3
21-30 arası			35	18,8
31-45 arası			79	42,5
45 üstü			51	27,4
Eğitim Durumu				
Okur-yazar			21	11,3
İlkokul			61	32,8
Ortaokul			21	11,3
Lise			58	31,2
Üniversite			23	12,4
Lisansüstü			2	1,1
Bedensel Engel Durumu				
Evet			5	2,7
Hayır			181	97,3
Başka Kronik Hastalık Durumu				
Evet			50	26,9
Hayır			136	73,1
Hastalık Tanısı				
Psikoz			22	11,8
Duygu durum bozukluğu			77	41,5
Anksiyete			27	14,5
Madde bağımlılığı			6	3,2
Diğer			54	30,0

Hastaların yaş ortalaması 38±14,07 olup en küçük yaş 13 en büyük yaş 76 olarak bulundu. Hastaların % 42,5'i (79) 31-45 yaş grubunda olup en yüksek oranda bulundu. 20 yaş ve altında olan hastaların oranı % 11,3 (21) olarak belirlendi (Tablo 4).

Hastaların eğitim düzeyleri incelendiğinde en yüksek oran %32,8 (61) ilkokul mezunu en düşük ise % 1,1 (2) lisanüstü olarak bulundu. Hastaların % 2,7'si (5)

bedensel engele sahip olup % 26,9'nda (50) başka bir kronik hastalık mevcuttur. Hastaların % 41,5'inde (77) duygudurum bozuklukları tanısı, %3,2'sinde (6) madde bağımlılığı tanısı saptandı (Tablo 4).

4.2. RHIÖ ve Alt Boyutlarına Yönelik Bulgular

Tablo 5. RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

RHIÖ ve Alt Boyutlar	Soru Sayısı	Ortalama±Ss	Orijinal Ölçek Min-Max	Çalışmanın Min-Max
Tehlikeli	8	20,30±8,40	5-40	0-40
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	11	24,87±12,65	5-55	0-55
Utanma	2	1,97±2,55	0-10	0-10
RHIÖ Toplam	21	47,16±20,96	20-98	0-103

Hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inanç durumları incelendi ve ölçek puan ortalamaları Tablo 5' de sunuldu. Hasta yakınlarının RHIÖ Toplam puan ortalaması 47,16±20,96, tehlikeli alt boyutu 20,30±8,40, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma için 24,87±12,65 ve utanma alt boyutunda 1,97±2,55 olduğu görüldü.

Tablo 6. Hasta Yakınlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre RİHÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=186)

		Tehlikelilik	Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	Utandırma	RİHÖ Toplam
	n	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Cinsiyet					
Kadın	92	2,55±1,03	2,26±1,15	,88±1,23	47,14±20,60
Erkek	94	2,51±1,06	2,25±1,15	1,09±1,31	47,17±21,41
	t	,258	,062	-1,091	0,008
	p	,797	,951	,277	0,994
İkamet					
Kentsel	124	2,62±,99	2,29±1,12	,93±1,28	48,12±20,10
Kırsal	59	2,36±1,10	2,20±1,19	1,08±1,26	45,42±22,17
	t	1,583	,469	-,756	,820
	p	,115	,640	,450	,413
Çalışma Durumu					
Evet	79	2,35±1,00	2,07±1,12	,94±1,17	43,53±20,52
Hayır	107	2,67±1,07	2,40±1,15	1,01±1,35	49,84±20,97
	t	-2,052	-1,952	-,365	2,046
	p	0,042	0,052	0,716	0,042
Berber Yaşama					
Evet	117	2,48±1,00	2,26±1,12	,94±1,29	46,64±20,40
Hayır	67	2,62±1,13	2,30±1,19	1,08±1,27	48,55±22,13
	t	-,874	-,248	-,758	-,593
	p	,383	,805	,449	,554
Aile de başka psikiyatri hastası olma durumu					
Evet	51	2,91±,74	2,63±,98	1,00±1,25	54,2±16,99
Hayır	135	2,39±1,11	2,12±1,17	,98±1,29	44,48±21,74
	t	3,047	2,740	,070	2,884
	p	,003	,007	,944	,004

Hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarının cinsiyet, ikamet durumu ve hastayla beraber yaşama değişkenlerine göre farklılaşmadığı saptandı (her biri için $p>0.05$). Çalışma durumuna göre RİHÖ toplam puan ($t= 2,046$; $p= 0,042$) ve tehlikelilik alt boyutunda ($t= -2,052$; $p= 0,042$) gruplar arası farkın anlamlı olduğu saptandı. Ailede başka psikiyatri hastası olma durumuna göre RİHÖ toplam puan ($t= 2,884$; $p=0,004$), çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma ($t= 2,740$; $p= 0,007$)

ve tehlikelilik alt boyutunda ($t=3,047$; $p=0,003$) gruplar arası farkın anlamlı olduğu saptandı (Tablo 6).

Tablo 7. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyut	Gruplar	n	Ortalama	S.s	F	P
Tehlikeli	20 yaş ve altı	7	1,25	1,34	4,219	,007
	21-30 yaş arası	31	2,43	,84		
	31-45 yaş arası	90	2,58	,97		
	45 üstü	58	2,67	1,13		
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	20 yaş ve altı	7	,88	1,12	5,311	,002
	21-30 yaş arası	31	1,96	,98		
	31-45 yaş arası	90	2,31	1,18		
	45 üstü	58	2,50	1,05		
Utarma	20 yaş ve altı	7	,14	,37	2,619	,052
	21-30 yaş arası	31	,69	1,03		
	31-45 yaş arası	90	,97	1,25		
	45 üstü	58	1,27	1,43		
RHIÖ Toplam	20 yaş ve altı	7	20,00	23,47	2,619	,001
	21-30 yaş arası	31	42,42	17,63		
	31-45 yaş arası	90	48,13	20,98		
	45 üstü	58	51,46	19,84		

Hasta yakınlarının ruh sağlığına ilişkin görüşleri hasta yakınlarının yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirildi ve Tablo 7’de sunuldu. RHIÖ toplam puan ($F= 2,619$; $p=0,001$), tehlikeli ($F= 4,219$; $p=0,007$) ve çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ($F= 5,311$; $p=0,002$) alt alanlarında hasta yakınlarının yaş gruplarına göre inançlarının farklılaştığı görüldü. Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 8’da sunuldu.

Tablo 8. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyutlar	(I) YAŞ	(J) YAŞ	Mean		p
			Difference (I-J)	Std. Error	
Tehlikeli	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	-1,18145(*)	,42845	,032
		31-45 yaş arası	-1,33750(*)	,40175	,006
		45 üstü	-1,42457(*)	,40967	,004
	21-30 yaş arası	31-45 yaş arası	-,15605	,21322	,884
		45 üstü	-,24312	,22779	,710
		20 yaş ve altı	1,33750(*)	,40175	,006
	31-45 yaş arası	21-30 yaş arası	,15605	,21322	,884
		45 üstü	-,08707	,17240	,958
		20 yaş ve altı	1,42457(*)	,40967	,004
	45 üstü	21-30 yaş arası	,24312	,22779	,710
		31-45 yaş arası	,08707	,17240	,958
		20 yaş ve altı	-1,07876	,46534	,098
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	-1,07876	,46534	,098
		31-45 yaş arası	-1,43405(*)	,43634	,007
		45 üstü	-1,61845(*)	,44494	,002
	21-30 yaş arası	20 yaş ve altı	1,07876	,46534	,098
		31-45 yaş arası	-,35529	,23158	,419
		45 üstü	-,53969	,24741	,132
	31-45 yaş arası	20 yaş ve altı	1,43405(*)	,43634	,007
		21-30 yaş arası	,35529	,23158	,419
		45 üstü	-,18440	,18724	,758
	45 üstü	20 yaş ve altı	1,61845(*)	,44494	,002
		21-30 yaş arası	,53969	,24741	,132
		31-45 yaş arası	,18440	,18724	,758
RHIÖ Toplam	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	-22,41935(*)	8,45448	,043
		31-45 yaş arası	-28,13333(*)	7,92757	,003
		45 üstü	-31,46552(*)	8,08385	,001
	21-30 yaş arası	20 yaş ve altı	22,41935(*)	8,45448	,043
		31-45 yaş arası	-5,71398	4,20741	,527
		45 üstü	-9,04616	4,49495	,187
	31-45 yaş arası	20 yaş ve altı	28,13333(*)	7,92757	,003
		21-30 yaş arası	5,71398	4,20741	,527
		45 üstü	-3,33218	3,40189	,761
	45 üstü	20 yaş ve altı	31,46552(*)	8,08385	,001
		21-30 yaş arası	9,04616	4,49495	,187
		31-45 yaş arası	3,33218	3,40189	,761

* The mean difference is significant at the .05 level.

20 yaş ve altı yaş grubuna dahil hasta yakınları 21-30 yaş arası, 31-45 yaş arası ve 45 üstü yaş grubuna dahil hasta yakınlarına göre tehlikeli alt ölçeğine verdikleri puan ortalamaları daha az olarak bulundu. Ruhsal hastalıklar 20 yaş ve altı yaş grubu hasta yakınları tarafından daha az tehlikeli olarak görülmektedir. 20 yaş ve altı yaş

grubuna dahil hasta yakınları 31-45 yaş arası ve 45 üstü yaş grubuna dahil hasta yakınlarına göre çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt ölçeğine verdikleri puan ortalamaları daha az bulundu. Ruhsal hastalıklar 20 yaş ve altı yaş grubu hasta yakınları tarafından kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarının yaşanmasına sebep olduğu yönündeki görüşleri daha az yoğunlukta olduğu anlaşılmaktadır. 20 yaş ve altı yaş grubuna dahil hasta yakınları 21-30 yaş arası, 31-45 yaş arası ve 45 üstü yaş grubuna dahil hasta yakınlarına göre RHİÖ ölçeğine verdikleri puan ortalamaları daha düşük bulundu.

Tablo 9. Hasta Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyut	Grublar	n	Ortalama	S.S	F	p
Tehlikeli	İlkokul	61	2,78	1,15	2,801	,041
	Ortaokul	41	2,52	1,16		
	Lise	39	2,55	,76		
	Üniversite	45	2,20	,94		
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	İlkokul	61	2,44	1,16	2,503	,061
	Ortaokul	41	2,29	1,25		
	Lise	39	2,39	,97		
	Üniversite	45	1,86	1,10		
Utanma	İlkokul	61	1,01	1,23	6,758	,000
	Ortaokul	41	1,64	1,59		
	Lise	39	,84	1,20		
	Üniversite	45	,47	,73		
RHİÖ Toplam	İlkokul	61	51,21	21,91	3,209	,024
	Ortaokul	41	48,70	23,47		
	Lise	39	48,48	16,18		
	Üniversite	45	39,11	19,32		

Hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre RHİÖ toplam puan ($F=3,209$; $p=0,024$), tehlikeli alt boyut ($F=2,801$; $p=0,041$) ve utanma alt boyutlarında ($F=6,758$; $p=0,000$) gruplar arasında anlamlılık bulunurken; Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma alt boyutunda ($F=2,503$; $p=0,061$) anlamlılık saptanmadı

(Tablo 9). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 10’de sunuldu.

Tablo 10. Hasta Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyutlar		Mean			p
(I) Eğitim Durumu	(J) Eğitim Durumu	Difference (I-J)	Std. Error		
Tehlikeli	İlkokul	Ortaokul	,26759	,20907	,577
		Lise	,23445	,21225	,687
		Üniversite	,58893(*)	,20343	,022
	Ortaokul	İlkokul	-,26759	,20907	,577
		Lise	-,03315	,23156	,999
		Üniversite	,32134	,22351	,478
	Lise	İlkokul	-,23445	,21225	,687
		Ortaokul	,03315	,23156	,999
		Üniversite	,35449	,22649	,401
	Üniversite	İlkokul	-,58893(*)	,20343	,022
		Ortaokul	-,32134	,22351	,478
		Lise	-,35449	,22649	,401
Utanma	İlkokul	Ortaokul	-,62995	,24696	,056
		Lise	,17024	,25071	,905
		Üniversite	,53862	,24030	,116
	Ortaokul	İlkokul	,62995	,24696	,056
		Lise	,80019(*)	,27353	,020
		Üniversite	1,16856(*)	,26401	,000
	Lise	İlkokul	-,17024	,25071	,905
		Ortaokul	-,80019(*)	,27353	,020
		Üniversite	,36838	,26753	,515
	Üniversite	İlkokul	-,53862	,24030	,116
		Ortaokul	-1,16856(*)	,26401	,000
		Lise	-,36838	,26753	,515
RHIÖ Toplam	İlkokul	Ortaokul	2,50580	4,15993	,931
		Lise	2,72594	4,22324	,917
		Üniversite	12,10200(*)	4,04785	,017
	Ortaokul	İlkokul	-2,50580	4,15993	,931
		Lise	,22014	4,60748	1,000
		Üniversite	9,59621	4,44728	,139
	Lise	İlkokul	-,272594	4,22324	,917
		Ortaokul	-,22014	4,60748	1,000
		Üniversite	9,37607	4,50655	,163
	Üniversite	İlkokul	-12,10200(*)	4,04785	,017
		Ortaokul	-9,59621	4,44728	,139
		Lise	-9,37607	4,50655	,163

* The mean difference is significant at the .05 level.

İlkokul mezunu hasta yakınlarının üniversite mezunu hasta yakınlarına göre tehlikeli alan alt boyut, ortaokul mezunu hasta yakınlarının üniversite ve lise mezunu hasta yakınlarına göre utanma alt boyut, ilkokul mezunu hasta yakınlarının ise üniversite mezunu hasta yakınlarına göre RHİÖ toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü.

Tablo 11. Hasta Yakınlarının Medeni Durumuna Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyut	Gruplar	n	Ortalama	S.S	F	p
Tehlikeli	Bekar	37	2,15	,98	3,772	0,025
	Evli	135	2,66	1,07		
	Boşanmış	14	2,35	,72		
Çaresizlik ve						
Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	Bekar	37	1,69	1,10	6,847	0,001
	Evli	135	2,44	1,09		
	Boşanmış	14	2,04	1,31		
Utanma						
	Bekar	37	,62	,97	2,134	0,121
	Evli	135	1,05	1,36		
	Boşanmış	14	1,28	,89		
RHİÖ Toplam	Bekar	37	37,05	20,35	6,287	0,02
	Evli	135	50,26	20,38		
	Boşanmış	14	43,92	20,55		

Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre RHİÖ toplam puan ($F=6,287$; $p=0,002$), tehlikeli alt boyut ($F=3,772$; $p=0,0025$) ve Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma alt boyutlarında ($F=6,847$; $p=0,001$) gruplar arasında anlamlılık bulunurken; utanma alt boyutunda ($F=2,134$; $p=0,121$) anlamlılık saptanmadı (Tablo 11). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 12’de sunuldu.

Tablo 12. Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına Göre RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyutlar	(I) Medeni Hal	(J) Medeni Hal	Mean		p
			Difference (I-J)	Std. Error	
Tehlikeli	Bekar	Evli	-,51094(*)	,19203	,023
		Boşanmış	-,20512	,32471	,803
	Evli	Bekar	,51094(*)	,19203	,023
		Boşanmış	,30582	,29056	,545
	Boşanmış	Bekar	,20512	,32471	,803
		Evli	-,30582	,29056	,545
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	Bekar	Evli	-,74999(*)	,20700	,001
		Boşanmış	-,35504	,35002	,569
	Evli	Bekar	,74999(*)	,20700	,001
		Boşanmış	,39495	,31321	,419
	Boşanmış	Bekar	,35504	,35002	,569
		Evli	-,39495	,31321	,419
RHIÖ Toplam	Bekar	Evli	-13,21261(*)	3,78364	,002
		Boşanmış	-6,87452	6,39784	,531
	Evli	Bekar	13,21261(*)	3,78364	,002
		Boşanmış	6,33810	5,72500	,511
	Boşanmış	Bekar	6,87452	6,39784	,531
		Evli	-6,33810	5,72500	,511

* The mean difference is significant at the .05 level.

Evli olan hasta yakınlarının bekar olan hasta yakınlarına göre tehlikeli, çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyut puan ortalamalarının ve RHIÖ toplam puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu.

Tablo 13. Hasta Yakınlarının Gelir Durumuna Göre RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=186)

Alt Boyut	Gruplar	n	Ortalama	S.s	F	p
Tehlikeli	Gelir giderden az	63	2,57	,97	,065	,937
	Gelir gidere eşit	94	2,51	1,01		
	Gelir giderden fazla	29	2,53	1,31		
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	Gelir giderden az	63	2,35	1,20	,755	,471
	Gelir gidere eşit	94	2,15	1,09		
	Gelir giderden fazla	29	2,39	1,20		
Ütanma	Gelir giderden az	63	,99	1,34	4,304	,015
	Gelir gidere eşit	94	,80	1,09		
	Gelir giderden fazla	29	1,58	1,54		
RHIÖ Toplam	Gelir giderden az	63	48,47	20,89	0,657	,520
	Gelir gidere eşit	94	45,46	19,95		
	Gelir giderden fazla	29	49,79	24,36		

Hasta yakınlarının gelir durumlarına göre sadece utanma ($F=4,304$; $p=0,015$) alt ölçeğinde anlamlılık görüldü (Tablo 23). Tehlikeli alan ($F=,065$; $p=0,937$), çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alanı ($F=,755$; $p=0,471$) ve RHIÖ toplamında ($F=0,657$; $p=0,520$) anlamlılık saptanmadı. Anlamlılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 14’te verildi.

Tablo 14. Hasta Yakınlarının Gelir Durumlarına Göre RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamaları Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyutlar	(I) Gelirdurumu	(J) Gelirdurumu	MeanDifference (I-J)	Std. Error	p
Ütanma	Gelir giderden az	Gelir gidere eşit	,18887	,20458	,626
		Gelir giderden fazla	-,59414	,28195	,091
	Gelir gidere eşit	Gelir giderden az	-,18887	,20458	,626
		Gelir giderden fazla	-,78302(*)	,26689	,011
	Gelir giderden fazla	Gelir giderden az	,59414	,28195	,091
		Gelir gidere eşit	,78302(*)	,26689	,011

* The mean difference is significant at the .05 level.

Geliri giderden fazla olan hasta yakınlarının geliri giderden az olan hasta yakınlarına göre utanma alt ölçeği puan ortalaması daha yüksek bulundu. En az puan ortalamasına sahip grubun ise geliri gidere eşit olan hasta yakınları olduğu belirlendi (Tablo 14).

Tablo 15. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=186).

Alt Boyut	Gruplar	n	Ortalama	S.s	F	p
Tehlikeli	Çekirdek aile	136	2,52	,98	,189	,828
	Geniş aile	39	2,51	1,22		
	Parçalanmış aile	11	2,72	1,26		
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	Çekirdek aile	136	2,28	1,16	,225	,799
	Geniş aile	39	2,15	1,08		
	Parçalanmış Aile	11	2,33	1,22		
Utanma	Çekirdek aile	136	,98	1,31	,077	,926
	Geniş aile	39	,97	1,20		
	Parçalanmış aile	11	1,13	1,09		
RHİÖ Toplam	Çekirdek aile	136	47,33	20,84	,174	,840
	Geniş aile	39	45,79	20,75		
	Parçalanmış aile	11	49,81	24,77		

Hasta yakınlarının aile yapısına göre RHİÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlılık saptanmadı (Her biri için $p>0,05$) (Tablo 15).

Tablo 16. Hastanın Yaşına Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=186).

Alt Boyut	Gruplar	n	Ortalama	S.s	F	P
Tehlikeli	20 yaş ve altı	21	1,92	,93	4,205	,007
	21-30 yaş	35	2,35	,99		
	31-45 yaş	79	2,76	1,06		
	45 üstü	51	2,56	1,00		
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	20 yaş ve altı	21	1,51	1,29	4,408	,005
	21-30 yaş	35	2,10	1,11		
	31-45 yaş	79	2,47	1,13		
	45 üstü	51	2,34	1,02		
Utanma	20 yaş ve altı	21	,30	,66	3,658	,014
	21-30 yaş	35	,91	1,10		
	31-45 yaş	79	1,27	1,48		
	45 üstü	51	,87	1,13		
RHİÖ Toplam	20 yaş ve altı	21	32,66	21,02	5,381	,001
	21-30 yaş	35	43,82	19,30		
	31-45 yaş	79	51,91	21,50		
	45 üstü	51	48,05	18,48		

Hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarının hastalarının yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirildi ve Tablo 16'da sunuldu. RHİÖ toplam (F=5,381; p=0.001), tehlikeli (F=4,205; p=0.007), çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma (F=4,408; p=0.005) ve utanma (F=3,658; p=0.014) alt ölçeklerinde hastaların yaş gruplarına göre ruhsal hastalığa yönelik inançların farklılaştığı görüldü. Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 17'de sunuldu.

Tablo 17. Hasta Yakınlarının Hastalarının Yaş Gruplarına Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyut	(I) YAŞ	(J) YAŞ	Mean		
			Difference (I-J)	Std. Error	p
Tehlikeli	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	-,42143	,28264	,445
		31-45 yaş arası	-,83883(*)	,25140	,006
		45 üstü	-,63515	,26549	,082
	21-30 yaş arası	20 yaş ve altı	,42143	,28264	,445
		31-45 yaş arası	-,41741	,20792	,189
		45 üstü	-,21373	,22476	,777
	31-45 yaş arası	20 yaş ve altı	,83883(*)	,25140	,006
		21-30 yaş arası	,41741	,20792	,189
		45 üstü	,20368	,18393	,685
	45 üstü	20 yaş ve altı	,63515	,26549	,082
		21-30 yaş arası	,21373	,22476	,777
		31-45 yaş arası	-,20368	,18393	,685
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	-,59827	,30907	,217
		31-45 yaş arası	-,96329(*)	,27490	,003
		45 üstü	-,83499(*)	,29032	,023
	21-30 yaş arası	20 yaş ve altı	,59827	,30907	,217
		31-45 yaş arası	-,36502	,22736	,378
		45 üstü	-,23672	,24577	,771
	31-45 yaş arası	20 yaş ve altı	,96329(*)	,27490	,003
		21-30 yaş arası	,36502	,22736	,378
		45 üstü	,12830	,20113	,920
	45 üstü	20 yaş ve altı	,83499(*)	,29032	,023
		21-30 yaş arası	,23672	,24577	,771
		31-45 yaş arası	-,12830	,20113	,920
Ütanma	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	-,60476	,34558	,301
		31-45 yaş arası	-,96896(*)	,30738	,010
		45 üstü	-,56303	,32461	,309
	21-30 yaş arası	20 yaş ve altı	,60476	,34558	,301
		31-45 yaş arası	-,36420	,25422	,481
		45 üstü	,04174	,27481	,999
	31-45 yaş arası	20 yaş ve altı	,96896(*)	,30738	,010
		21-30 yaş arası	,36420	,25422	,481
		45 üstü	,40593	,22489	,274
	45 üstü	20 yaş ve altı	,56303	,32461	,309
		21-30 yaş arası	-,04174	,27481	,999
		31-45 yaş arası	-,40593	,22489	,274

* The mean difference is significant at the .05 level.

Tablo 17'nin devamı. Hasta Yakınlarının Hastalarının Yaş Gruplarına Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt boyutlar	(I) YAŞ	(J) YAŞ	Mean		
			Difference (I-J)	Std. Error	P
RHİÖ Toplam	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	-11,16190	5,59153	,193
		31-45 yaş arası	-19,2447(*)	4,97345	,001
		45 üstü	-15,3921(*)	5,25233	,020
	21-30 yaş arası	20 yaş ve altı	11,16190	5,59153	,193
		31-45 yaş arası	-8,08282	4,11325	,205
		45 üstü	-4,23025	4,44642	,777
	31-45 yaş arası	20 yaş ve altı	19,24473(*)	4,97345	,001
		21-30 yaş arası	8,08282	4,11325	,205
		45 üstü	3,85257	3,63876	,715
	45 üstü	20 yaş ve altı	15,39216(*)	5,25233	,020
		21-30 yaş arası	4,23025	4,44642	,777
		31-45 yaş arası	-3,85257	3,63876	,715

* The mean difference is significant at the .05 level.

31-45 yaş arası ve 45 yaş üstü arası hastalarla ilgilenen hasta yakınlarının 20 yaş ve altı ve 21-30 yaş arası hastalarla ilgilenen hasta yakınlarına göre tehlikeli, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma, utanma alt boyutlarında ve RHİÖ toplamında ki ortalama puanlarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 17).

Tablo 18. Hastanın Yatış Sayısına Göre RHİÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=186).

Alt Boyut	Gruplar	n	Ortalama	S.s	F	P
Tehlikeli	İlk	79	2,42	1,06	,890	,413
	İki	54	2,57	,90		
	Üç ve üstü	53	2,66	1,15		
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	İlk	79	2,10	1,14	1,273	,282
	İki	54	2,33	1,07		
	Üç ve üstü	53	2,41	1,22		
Utanma	İlk	79	,84	1,16	2,153	,119
	İki	54	,90	1,22		
	Üç ve üstü	53	1,29	1,45		
RHİÖ Toplam	İlk	79	44,29	21,19	1,469	,233
	İki	54	48,09	18,55		
	Üç ve üstü	53	50,49	22,68		

Hasta yakınlarının ruh hastalığına ilişkin görüşlerinin hasta yatış sayısına göre RHİÖ toplamında ve alt ölçeklerinde anlamlı olmadığı bulundu (Her biri için $p>0,05$).

Tablo 19. Hasta Yakınlarının Hastanın Tanısına Göre RHiÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyut	Gruplar	n	Ortalama	S.s	F	P
Tehlikeli	Psikoz	22	2,31	1,22	,646	,630
	Duygu durumu bozukluğu	77	2,60	,97		
	Anksiyete	27	2,37	,80		
	Madde bağımlılığı	6	2,87	1,45		
	Diğer	53	2,55	1,15		
Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	Psikoz	22	2,19	1,32	1,433	,225
	Duygu durumu bozukluğu	77	2,26	1,16		
	Anksiyete	27	2,20	,84		
	Madde bağımlılığı	6	3,33	1,95		
	Diğer	53	2,16	1,06		
Ütanma	Psikoz	22	,84	1,06	2,545	,041
	Duygu durumu bozukluğu	77	1,12	1,43		
	Anksiyete	27	,90	1,16		
	Madde bağımlılığı	6	2,33	2,01		
	Diğer	53	,74	,98		
RHiÖ Toplam	Psikoz	22	44,31	24,91	2,545	1,267
	Duygu durumu bozukluğu	77	48,07	20,86		
	Anksiyete	27	45,14	14,07		
	Madde bağımlılığı	6	64,33	36,46		
	Diğer	53	45,79	20,05		

Hasta yakınlarının hastanın tanısına göre sadece utanma alt boyutunda ($F=2,545$; $p=0,041$) anlamlılık bulunurken; RHiÖ toplam puan ($F=2,545$; $p=1,267$), tehlikeli ($F=0,646$; $p=0,630$) ve Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma ($F=1,433$; $p=0,225$) alt boyutlarında gruplar arasında anlamlılık saptanmadı (Tablo 19). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 20'de sunuldu.

Tablo 20. Hasta Yakınlarının Hastanın Tanısına Göre RHIÖ Toplam ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyutlar	(I) Hastalık Tanısı		Mean		
	(I) Hastalık Tanısı	(J) Hastalık Tanısı	Difference (I-J)	Std. Error	P
Utanna	Psikoz	Duygu durumu bozukluğu	-,28896	,30476	,878
		Anksiyete	-,06650	,36207	1,000
		Madde Bağımlılığı	-1,49242	,58061	,080
		Diğer	,09563	,31972	,998
	Duygu durumu bozukluğu	Psikoz	,28896	,30476	,878
		Anksiyete	,22246	,28196	,934
		Madde Bağımlılığı	-1,20346	,53433	,166
		Diğer	,38459	,22500	,431
	Anksiyete	Psikoz	,06650	,36207	1,000
		Duygu durumu bozukluğu	-,22246	,28196	,934
		Madde Bağımlılığı	-1,42593	,56897	,094
		Diğer	,16212	,29807	,983
	Madde bağımlılığı	Psikoz	1,49242	,58061	,080
		Duygu durumu bozukluğu	1,20346	,53433	,166
		Anksiyete	1,42593	,56897	,094
		Diğer	1,58805(*)	,54300	,031
	Diğer	Psikoz	-,09563	,31972	,998
		Duygu durumu bozukluğu	-,38459	,22500	,431
		Anksiyete	-,16212	,29807	,983
		Madde Bağımlılığı	-1,58805(*)	,54300	,031

* The mean difference is significant at the .05 level.

Madde Bağımlılığı olan hastaların yakınları diğer hastalık gruplarına dahil olan hasta yakınlarına göre utanma alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 20).

4.3. YKÖ-KF Alt Boyutlarına Yönelik Bulgular

Tablo 21. YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

YKÖ-KF Alt Boyutlar	Soru Sayısı	Ortalama±Ss	Çalışmanın Min-Max
Bedensel	7	24,57±5,33	11-35
Ruhsal	6	20,48±4,45	8-30
Sosyal İlişkiler	3	10,05±2,75	3-15
Çevre (TR)	9	29,59±5,69	12-42
Sağlık Memnuniyet Düzeyi	1	3,29± 1,17	1-5
Yaşam Kalitesi Düzeyi	1	3,07± 0,80	1-5

Hasta yakınlarının yaşam kaliteleri incelendi ve puan ortalamaları Tablo 21’de sunuldu. Bedensel alan alt boyut ortalaması 24,57±5,33, ruhsal alan alt boyut ortalaması 20,48±4,45, sosyal ilişkiler alanı alt boyut ortalaması 10,05±2,75 ve çevre (TR) alanı alt boyut ortalamasının 29,59±5,69 olduğu görüldü. Hasta yakınlarının sağlık memnuniyet düzeyi 3,29± 1,17, yaşam kalitesi düzeyi ise 3,07± 0,80 olarak bulundu.

Tablo 22. Hasta Yakınlarının Sağlık Memnuniyet Düzeyleri ve Yaşam Kalitesi Düzeyi ile YKÖ-KF Alt Boyutları Arasındaki Korelasyonlar

		Bedensel	Ruhsal	Sosyal İlişkiler	Çevre (TR)
Sağlık Memnuniyet Düzeyi	r*	0,608(**)	0,594(**)	0,548(**)	0,506(**)
	P	0,000	0,000	0,000	0,000
Yaşam Kalitesi Düzeyi	r*	0,348(**)	0,522(**)	0,424(**)	0,524(**)
	P	0,000	0,000	0,000	0,000

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Hasta yakınlarının sağlık memnuniyet düzeyi ve algıladıkları yaşam kalitesi düzeyi ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutlarının ilişkini gösteren değerler Tablo 22’de sunuldu. Bireylerin sağlık memnuniyet düzeyi ile YKÖ-KF bedensel alt alan (r:0,608, p=0,00), ruhsal alan (r:0,594, p=0,00), sosyal ilişkiler alanı (r:0,548, p=0,00) ve çevre alanı (r:0,506, p=0,00) arasında doğrusal yönlü yüksek bir ilişki saptandı. Benzer olarak hasta yakınlarının yaşam kalitesi düzeyi ile YKÖ-KF

bedensel alt alan ($r:0,348$, $p=0,00$), ruhsal alan ($r:0,522$, $p=0,00$), sosyal ilişkiler alanı ($r:0,424$, $p=0,00$) ve çevre (TR) alanı ($r:0,524$, $p=0,00$) arasında doğrusal yönlü yüksek bir ilişki saptandı.

Tablo 23. Hasta Yakınlarının Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımı($n=186$)

		Bedensel	Ruhsal	Sosyal İlişkiler	Çevre (TR)
	n	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss	Ortalama±Ss
Cinsiyet					
Kadın	92	3,61± ,82	3,37± ,77	3,39± ,93	3,35± ,64
Erkek	94	3,41± ,68	3,45± ,71	3,31± ,90	3,22± ,62
	t	1,829	-0,723	0,561	1,409
	p	0,069	0,471	0,575	0,161
İkamet					
Kentsel	124	3,61± ,70	3,40± ,66	3,32± ,93	3,30± ,60
Kırsal	59	3,30± ,82	3,43± ,89	3,42± ,88	3,24± ,69
	t	,010	,769	,510	,535
	p	0,010	0,769	0,510	0,535
Çalışma Durumu					
Evet	79	3,50± ,74	3,39± ,64	3,38± ,88	3,23± ,64
Hayır	107	3,51± ,77	3,42± ,80	3,33± ,94	3,32± ,62
	t	-,040	-,287	,394	-1,034
	p	0,968	0,774	0,694	0,302
Beraber Yaşama					
Evet	117	3,45± ,76	3,36± ,74	3,31± ,86	3,26± ,64
Hayır	67	3,62± ,76	3,52± ,73	3,43± 1,01	3,34± ,62
	t	-1,481	-1,468	-0,845	-0,733
	p	0,140	0,144	0,399	0,465
Aile de başka psikiyatri hastası olma durumu					
Evet	51	3,57± ,85	3,41± ,73	3,48± ,92	3,26± ,60
Hayır	135	3,48± ,72	3,41± ,74	3,30± ,91	3,29± ,64
	t	,759	-,035	1,194	-,321
	p	,449	,972	,234	,748

Hasta yakınlarının ikamet yeri durumuna göre, bedensel alan ($t= 0,010$; $p= 0,010$) alt boyutunda farklılık saptanırken; cinsiyet, çalışma durumu, beraber yaşama ve ailede başka bir psikiyatri hastası olma durumu ile yaşam kalitesi alt boyutları arasında farklılaşma olmadığı görüldü (her biri için $p>0,05$) (Tablo 23).

Tablo 24. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt boyut	Grublar	n	Ortalama	S.s	F	p
Bedensel	20 yaş ve altı	7	4,20	,82	6,751	,000
	21-30 yaş arası	31	3,85	,71		
	31-45 yaş arası	90	3,30	,78		
	45 üstü	58	3,55	,63		
Ruhsal	20 yaş ve altı	7	3,92	,92	2,639	,051
	21-30 yaş arası	31	3,56	,81		
	31-45 yaş arası	90	3,28	,71		
	45 üstü	58	3,47	,69		
Sosyal İlişkiler	20 yaş ve altı	7	4,14	1,08	2,599	,054
	21-30 yaş arası	31	3,51	1,07		
	31-45 yaş arası	90	3,32	,89		
	45 üstü	58	3,21	,80		
Çevre (TR)	20 yaş ve altı	7	3,95	,74	4,178	,007
	21-30 yaş arası	31	3,44	,69		
	31-45 yaş arası	90	3,18	,61		
	45 üstü	58	3,28	,55		

Hasta yakınlarının yaşam kalitesinin yaş gruplarına göre farklılaşp farklılaşmadığı değerlendirildi ve Tablo 24'de sunuldu. Ruhsal alan ve sosyal ilişkiler alanında hasta yakınının yaş grubuna göre farklılık saptanmadı ($p>0,05$). YKÖ-KF bedensel alan ($F= 6,751$; $p=0.000$) ve çevre (TR) alanında ($F= 4,178$; $p=0.007$) hasta yakınlarının yaş gruplarına göre yaşam kalitelerinde farklılık görüldü. Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 25'de sunuldu.

Tablo 25. Hasta Yakınlarının Yaş Gruplarına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyut	(I) YAŞ	(J) YAŞ	Mean		
			Difference (I-J)	Std. Error	p
Bedensel	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	,35155	,30491	,657
		31-45 yaş arası	,89456(*)	,28590	,011
		45 üstü	,64743	,29154	,121
	21-30 yaş arası	20 yas ve altı	-,35155	,30491	,657
		31-45yas arası	,54301(*)	,15174	,002
		45 üstü	,29588	,16211	,265
	31-45 yaş arası	20 yas ve altı	-,89456(*)	,28590	,011
		21-30 yas arası	-,54301(*)	,15174	,002
		45 üstü	-,24713	,12269	,187
	45 üstü	20 yas ve altı	-,64743	,29154	,121
		21-30 yas arası	-,29588	,16211	,265
		31-45 yas arası	,24713	,12269	,187
Çevre (TR)	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	,50794	,25842	,205
		31-45yaş arası	,76596(*)	,24231	,010
		45 üstü	,67077(*)	,24709	,036
	21-30 yaş arası	20 yas ve altı	-,50794	,25842	,205
		31-45yas arası	,25802	,12860	,189
		45 üstü	,16284	,13739	,637
	31-45 yaş arası	20 yas ve altı	-,76596(*)	,24231	,010
		21-30 yas arası	-,25802	,12860	,189
		45 üstü	-,09519	,10398	,797
	45 üstü	20 yas ve altı	-,67077(*)	,24709	,036
		21-30 yas arası	-,16284	,13739	,637
		31-45 yas arası	,09519	,10398	,797

* The mean difference is significant at the .05 level.

20 yaş ve altı grubuna dahil hasta yakınlarının 31-45 yaş arası hasta yakınlarına göre bedensel alan alt boyut puan ortalamasının, 21-30 yaş arası hasta yakınlarının 31-45 yaş arası hasta yakınlarına göre bedensel alan alt boyut puan ortalamasının, 20 yaş ve altı hasta yakınlarının, 31-45 yaş arası ve 45 yaş üstü hasta yakınlarına göre çevre (TR) alan alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 25).

Tablo 26. Hasta Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı

Alt Boyut	Gruplar	n	Ortalama	S.S	F	P
Bedensel	İlkokul	61	3,22	,72	4,516	,004
	Ortaokul	41	3,62	,63		
	Lise	39	3,60	,76		
	Üniversite	45	3,70	,82		
Ruhsal	İlkokul	61	3,29	,71	1,162	,326
	Ortaokul	41	3,57	,63		
	Lise	39	3,43	,67		
	Üniversite	45	3,41	,90		
Sosyal İlişkiler	İlkokul	61	3,15	,82	1,633	,183
	Ortaokul	41	3,53	1,01		
	Lise	39	3,45	,78		
	Üniversite	45	3,36	1,02		
Çevre (TR)	İlkokul	61	3,16	,59	1,822	,145
	Ortaokul	41	3,46	,57		
	Lise	39	3,27	,54		
	Üniversite	45	3,29	,77		

Hasta yakınlarının eğitim durumlarına göre YKÖ-KF bedensel alan alt boyutunda ($F=4,516$; $p=0,004$) gruplar arasında anlamlılık bulunurken; ruhsal ($F=1,162$; $p=0,326$), sosyal ilişkiler ($F=1,633$; $p=0,183$) ve çevre (TR) ($F=1,822$; $p=0,145$) alanında gruplar arasında anlamlılık saptanmadı (Tablo 26). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 27’de sunuldu.

Tablo 27. Hasta Yakınlarının Eğitim Durumuna Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt boyutlar	(I) Eğitimdurumu	(J) Eğitimdurumu	Mean		
			Difference (I-J)	Std. Error	p
Bedensel	İlkokul	Ortaokul	-,39419(*)	,14965	,045
		Lise	-,37489	,15193	,069
		Üniversite	-,47843(*)	,14562	,007
	Ortaokul	İlkokul	,39419(*)	,14965	,045
		Lise	,01930	,16575	,999
		Üniversite	-,08424	,15998	,953
	Lise	İlkokul	,37489	,15193	,069
		Ortaokul	-,01930	,16575	,999
		Üniversite	-,10354	,16212	,919
	Üniversite	İlkokul	,47843(*)	,14562	,007
		Ortaokul	,08424	,15998	,953
		Lise	,10354	,16212	,919

* The mean difference is significant at the .05 level.

İlkokul mezunu hasta yakınlarının ortaokul ve üniversite mezunu hasta yakınlarına göre bedensel alan alt boyut puan ortalamaları daha düşük bulundu (Tablo 27).

Tablo 28. Hasta Yakınlarının Medeni Durumuna Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamaları Dağılımı

Alt Boyut	Grublar	n	Ortalama	S.S	F	p
Bedensel	Bekar	37	3,81	,66	3,916	,022
	Evli	135	3,42	,77		
	Boşanmış	14	3,47	,72		
Ruhsal	Bekar	37	3,47	,69	,828	,438
	Evli	135	3,42	,73		
	Boşanmış	14	3,17	,89		
Sosyal İlişkiler	Bekar	37	3,50	,92	3,043	,050
	Evli	135	3,36	,89		
	Boşanmış	14	2,80	1,00		
Çevre (TR)	Bekar	37	3,38	,71	,657	,520
	Evli	135	3,27	,61		
	Boşanmış	14	3,17	,57		

Hasta yakınlarının medeni durumlarına göre bedensel (F=3,916; p=0,022), sosyal ilişkiler (F=3,043; p=0,050) alanlarında anlamlılık bulunurken, ruhsal alan (F=,828; p=0,438) ve çevre (TR) (F=,657; p=0,520) alanında anlamlılık saptanmadı (Tablo 28). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 29’da sunuldu.

Tablo 29. Hasta Yakınlarının Medeni Durumlarına YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyut	(I) Medeni Hal	(J) Medeni Hal	Mean		p
			Difference (I-J)	Std. Error	
Bedensel	Bekar	Evli	,38890(*)	,13920	,016
		Boşanmış	,33894	,23537	,323
	Evli	Bekar	-,38890(*)	,13920	,016
		Boşanmış	-,04996	,21062	,969
	Boşanmış	Bekar	-,33894	,23537	,323
Evli	,04996	,21062	,969		
Sosyal ilişkiler	Bekar	Evli	,13660	,16845	,697
		Boşanmış	,69498(*)	,28484	,041
	Evli	Bekar	-,13660	,16845	,697
		Boşanmış	,55838	,25488	,075
	Boşanmış	Bekar	-,69498(*)	,28484	,041
Evli	-,55838	,25488	,634		

* The mean difference is significant at the .05 level

Evli olan hasta yakınlarının bekar ve boşanmış olan hasta yakınlarına göre bedensel ve sosyal ilişkiler alan puan ortalamalarının daha düşük olduğu görüldü. (Tablo 29).

Tablo 30. Hasta Yakınlarının Gelir Durumuna Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı(n=186)

Alt Boyut	Grublar	N	Ortalama	S.s	F	p
Bedensel	Gelir giderden az	63	3,28	,75	5,422	,005
	Gelir gidere eşit	94	3,67	,74		
	Gelir giderden fazla	29	3,45	,71		
Ruhsal	Gelir giderden az	63	3,19	,77	5,186	,006
	Gelir gidere eşit	94	3,57	,68		
	Gelir giderden fazla	29	3,36	,74		
Sosyal İlişkiler	Gelir giderden az	63	3,25	,89	4,852	,009
	Gelir gidere eşit	94	3,53	,83		
	Gelir giderden fazla	29	2,97	1,08		
Çevre (TR)	Gelir giderden az	63	3,16	,61	9,536	000
	Gelir gidere eşit	94	3,46	,54		
	Gelir giderden fazla	29	2,96	,75		

Hasta yakınlarının gelir durumlarına göre bedensel (F=5,422; p=0,005), ruhsal (F=5,186; p=0,006), sosyal ilişkiler (F=4,852; p=0,009) ve çevre (TR) (F=9,536; p=0,000) alt boyutlarında yaşam kalitelerinin farklılaştığı görüldü (Tablo 30). Anlamlılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 31’de verildi.

Tablo 31. Hasta Yakınlarının Gelir Durumlarına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyut	(I) Gelirdurumu	(J) Gelirdurumu	MeanDifference (I-J)	Std. Error	p
Bedensel	Gelir giderden az	Gelir gidere eşit	-,39588(*)	,12118	,004
		Gelir giderden fazla	-,17468	,16701	,549
	Gelir gidere eşit	Gelir giderden az	,39588(*)	,12118	,004
		Gelir giderden fazla	,22120	,15810	,343
	Gelir giderden fazla	Gelir giderden az	,17468	,16701	,549
		Gelir gidere eşit	-,22120	,15810	,343
Ruhsal	Gelir giderden az	Gelir gidere eşit	-,37783(*)	,11836	,005
		Gelir giderden fazla	-,16366	,16312	,576
	Gelir gidere eşit	Gelir giderden az	,37783(*)	,11836	,005
		Gelir giderden fazla	,21417	,15441	,350
	Gelir giderden fazla	Gelir giderden az	,16366	,16312	,576
		Gelir gidere eşit	-,21417	,15441	,350
Sosyal İlişkiler	Gelir giderden az	Gelir gidere eşit	-,28149	,14641	,135
		Gelir giderden fazla	,27696	,20178	,357
	Gelir gidere eşit	Gelir giderden az	,28149	,14641	,135
		Gelir giderden fazla	,55845(*)	,19101	,011
	Gelir giderden fazla	Gelir giderden az	-,27696	,20178	,357
		Gelir gidere eşit	-,55845(*)	,19101	,011
Çevre (TR)	Gelir giderden az	Gelir gidere eşit	-,30525(*)	,09866	,006
		Gelir giderden fazla	,19467	,13597	,327
	Gelir gidere eşit	Gelir giderden az	,30525(*)	,09866	,006
		Gelir giderden fazla	,49992(*)	,12870	,000
	Gelir giderden fazla	Gelir giderden az	-,19467	,13597	,327
		Gelir gidere eşit	-,49992(*)	,12870	,000

* The mean difference is significant at the .05 level

Gelir gidere eşit olan hasta yakınlarının, gelir giderden az olanlara göre bedensel alt alan, gelir gidere eşit olan hasta yakınlarının, gelir giderden az olanlara göre ruhsal alt alan, gelir gidere eşit olan hasta yakınlarının gelir giderden fazla olanlara göre sosyal ilişkiler alt alan, gelir gidere eşit olan hasta yakınlarının gelir giderden az olan ve gelir giderden fazla olanlara göre çevre (TR) alan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 31).

Tablo 32. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı(n=186).

Alt Boyut	Gruplar	n	Ortalama	S.s	F	p
Bedensel	Çekirdek aile	136	3,48	,77	3,559	0,030
	Geniş aile	39	3,72	,66		
	Parçalanmış aile	11	3,07	,68		
Ruhsal	Çekirdek aile	136	3,43	,75	2,216	0,112
	Geniş aile	39	3,48	,73		
	Parçalanmış aile	11	2,96	,54		
Sosyal ilişkiler	Çekirdek aile	136	3,35	,91	9,035	0,000
	Geniş aile	39	3,64	,75		
	Parçalanmış aile	11	2,36	,78		
Çevre (TR)	Çekirdek aile	136	3,26	,62	1,730	0,180
	Geniş aile	39	3,43	,64		
	Parçalanmış aile	11	3,09	,60		

Hasta yakınlarının bedensel (F=3,559; p=0,030) ve sosyal ilişkiler (F=9,035; p=0,000) alt alanlarında aile yapısı faktörüne göre yaşam kalitelerinde farklılıklar olduğu saptanırken; ruhsal (F=2,216; p=0,112) ve çevre (TR) (F=1,730; p=0,180) alt alanlarında anlamlılık bulunmadı (Tablo 32). Bedensel ve sosyal ilişkiler alt alanlarında anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 33’de verildi.

Tablo 33. Hasta Yakınlarının Aile Yapısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyut	(I) Aile Yapısı	(J) Aile Yapısı	Mean		
			(I-J)	Std. Error	p
Bedensel	Çekirdek aile	Geniş aile	-,24574	,13651	,172
		Parçalanmış aile	,40527	,23558	,200
	Geniş aile	Çekirdek aile	,24574	,13651	,172
		Parçalanmış aile	,65102(*)	,25657	,032
	Parçalanmış aile	Çekirdek aile	-,40527	,23558	,200
		Geniş aile	-,65102(*)	,25657	,032
Sosyal ilişkiler	Çekirdek aile	Geniş aile	-,29054	,15990	,167
		Parçalanmış aile	,98685(*)	,27595	,001
	Geniş aile	Çekirdek aile	,29054	,15990	,167
		Parçalanmış aile	1,27739(*)	,30053	,000
	Parçalanmış aile	Çekirdek aile	-,98685(*)	,27595	,001
		Geniş aile	-1,27739(*)	,30053	,000

Geniş aileye sahip olan hasta yakınlarının parçalanmış aile yapısına sahip olanlara göre bedensel alan puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi. Çekirdek aileye sahip olan hasta yakınlarının parçalanmış aile yapısına sahip olanlardan, geniş aileye sahip olan hasta yakınlarının da parçalanmış aile yapısına sahip olanlardan sosyal ilişkiler alt alanında puan ortalamalarının daha yüksek olduğu saptandı (Tablo 33).

Tablo 34. Hastanın Yaşına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=186).

Alt Boyut	Gruplar	n	Ortalama	S.s	F	P
Bedensel	20 yaş ve altı	21	3,96	,65	7,074	,000
	21-30 yaş arası	35	3,32	,76		
	31-45 yaş arası	79	3,32	,73		
	45 üstü	51	3,74	,71		
Ruhsal	20 yaş ve altı	21	3,90	,50	4,303	,006
	21-30 yaş arası	35	3,21	,92		
	31-45 yaş arası	79	3,35	,69		
	45 üstü	51	3,44	,68		
Sosyal İlişkiler	20 yaş ve altı	21	3,80	,84	2,619	,052
	21-30 yaş arası	35	3,18	1,02		
	31-45 yaş arası	79	3,25	,93		
	45 üstü	51	3,43	,79		
Çevre (TR)	20 yaş ve altı	21	3,83	,45	7,413	,000
	21-30 yaş arası	35	3,07	,76		
	31-45 yaş arası	79	3,24	,59		
	45 üstü	51	3,27	,53		

Hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin hastalarının yaş gruplarına göre farklılaşıp farklılaşmadığı değerlendirildi ve Tablo 34’de gösterildi. Bedensel (F=7,074; p=0.000), ruhsal (F=4,303; p=0.006)ve çevre (TR) (F=7,413; p=0.000) alt boyutlarda hastaların yaş gruplarına göre yaşam kalitelerinin farklılaştığı görüldü. Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 35’de sunuldu.

Tablo 35. Hasta Yakınlarının Hastalarının Yaş Gruplarına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyut	(I) YAŞ	(J) YAŞ	Mean	Std. Error	p
			Difference (I-J)		
Bedensel	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	,63946(*)	,20064	,009
		31-45 yaş arası	,64591(*)	,17846	,002
		45 üstü	,22089	,18847	,645
	21-30 yaş arası	20 yaş ve altı	-,63946(*)	,20064	,009
		31-45 yaş arası	,00646	,14760	1,000
		45 üstü	-,41857(*)	,15955	,046
	31-45 yaş arası	20 yaş ve altı	-,64591(*)	,17846	,002
		21-30 yaş arası	-,00646	,14760	1,000
		45 üstü	-,42503(*)	,13057	,007
	45 üstü	20 yaş ve altı	-,22089	,18847	,645
		21-30 yaş arası	,41857(*)	,15955	,046
		31-45 yaş arası	,42503(*)	,13057	,007
Ruhsal	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	,68571(*)	,19986	,004
		31-45 yaş arası	,55455(*)	,17776	,011
		45 üstü	,45705	,18773	,074
	21-30 yaş arası	20 yaş ve altı	-,68571(*)	,19986	,004
		31-45 yaş arası	-,13116	,14702	,809
		45 üstü	-,22866	,15893	,477
	31-45 yaş arası	20 yaş ve altı	-,55455(*)	,17776	,011
		21-30 yaş arası	,13116	,14702	,809
		45 üstü	-,09750	,13006	,877
	45 üstü	20 yaş ve altı	-,45705	,18773	,074
		21-30 yaş arası	,22866	,15893	,477
		31-45 yaş arası	,09750	,13006	,877
Çevre (TR)	20 yaş ve altı	21-30 yaş arası	,76296(*)	,16636	,000
		31-45 yaş arası	,59125(*)	,14797	,001
		45 üstü	,55929(*)	,15626	,002
	21-30 yaş arası	20 yaş ve altı	-,76296(*)	,16636	,000
		31-45 yaş arası	-,17171	,12237	,499
		45 üstü	-,20367	,13229	,416
	31-45 yaş arası	20 yaş ve altı	-,59125(*)	,14797	,001
		21-30 yaş arası	,17171	,12237	,499
		45 üstü	-,03196	,10826	,991
	45 üstü	20 yaş ve altı	-,55929(*)	,15626	,002
		21-30 yaş arası	,20367	,13229	,416
		31-45 yaş arası	,03196	,10826	,991

* The mean difference is significant at the .05 level.

20 yaş ve altı hastalarla ilgilenen kişilerin, 21-30 yaş arası ve 31-45 yaş arası hastalarla ilgilenen kişilere göre bedensel alan alt boyut, 45 yaş üstü hastalarla ilgilenen kişilerin, 31-45 yaş arası hastalarla ilgilenen kişilere göre bedensel alan alt boyut, 20 yaş ve altı hastalarla ilgilenen kişilerin, 21-30 yaş arası ve 31-45 yaş arası hastalarla ilgilenen kişilere göre ruhsal alan alt boyut, 20 yaş ve altı hastalarla ilgilenen kişilerin; 21-30 yaş arası, 31-45 yaş arası ve 45 yaş üstü hastalarla ilgilenen kişilere göre çevre (TR) alanı puan ortalamalarının daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 34).

Tablo 36. Hastanın Yatış Sayısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı (n=186).

Alt Boyut	Grublar	n	Ortalama	S.s	F	p
Bedensel	İlk	79	3,61	,73	3,117	,047
	İki	54	3,57	,76		
	Üç ve üstü	53	3,29	,77		
Ruhsal	İlk	79	3,52	,74	3,068	,049
	İki	54	3,45	,71		
	Üç ve üstü	53	3,20	,73		
Sosyal ilişkiler	İlk	79	3,56	,81	7,662	,001
	İki	54	3,41	,90		
	Üç ve üstü	53	2,96	,97		
Çevre (TR)	İlk	79	3,36	,62	4,892	,009
	İki	54	3,38	,58		
	Üç ve üstü	53	3,06	,64		

Hastaların yatış sayısına göre katılımcıların yaşam kalitesi bedensel (F=3,117; p=0,047), ruhsal (F=3,068; p=0,049), sosyal ilişkiler (F=7,662; p=0,001) ve çevre (TR) (F=4,892; p=0,009) alt boyutlarında anlamlılık bulundu. Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 37’de sunuldu.

Tablo 37. Hastanın Yatış Sayısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyut			Mean		Sig.
	(I) Hastanın Yatış Sayısı	(J) Hastanın Yatış Sayısı	Difference (I-J)	Std. Error	
Bedensel	İlk	İki	,03895	,13301	,954
		Üç ve üstü	,31922(*)	,13375	,047
	İki	İlk	-,03895	,13301	,954
		Üç ve üstü	,28027	,14565	,135
	Üç ve üstü	İlk	-,31922(*)	,13375	,047
		İki	-,28027	,14565	,135
Ruhsal	İlk	İki	,06333	,12978	,877
		Üç ve üstü	,31566(*)	,13051	,043
	İki	İlk	-,06333	,12978	,877
		Üç ve üstü	,25233	,14212	,181
	Üç ve üstü	İlk	-,31566(*)	,13051	,043
		İki	-,25233	,14212	,181
Sosyal ilişkiler	İlk	İki	,14987	,15651	,605
		Üç ve üstü	,60736(*)	,15738	,000
	İki	İlk	-,14987	,15651	,605
		Üç ve üstü	,45749(*)	,17139	,022
	Üç ve üstü	İlk	-,60736(*)	,15738	,000
		İki	-,45749(*)	,17139	,022
Çevre (TR)	İlk	İki	-,01899	,10953	,984
		Üç ve üstü	,30701(*)	,11014	,016
	İki	İlk	,01899	,10953	,984
		Üç ve üstü	,32600(*)	,11994	,020
	Üç ve üstü	İlk	-,30701(*)	,11014	,016
		İki	-,32600(*)	,11994	,020

* The mean difference is significant at the .05 level.

Hastaneye ilk kez yatışı olan hastanın yakınlarının, üç ve üstü kez yatışı olan hastanın yakınlarına göre bedensel, sosyal ilişkiler ve ruhsal alan alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu. Hastaneye bir kez ve iki kez yatışı yapılan hastanın yakınlarının, üç ve üstü kez yatışı yapılan hastaların yakınlarına göre çevre (TR) alanı alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu görüldü. Tüm alt boyutlarda yatış sayısı grupları incelendiğinde üç ve üzeri yatışı olan hastaların yakınlarının ortalama puanın diğer yatış sayısı gruplarından daha düşük olduğu görüldü (Tablo 36).

Tablo 38. Hastanın Tanısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Dağılımı(n=186).

Alt Boyut	Gruplar	n	Ortalama	S.s	F	p
Bedensel	Psikoz	22	3,51	1,10	2,839	,026
	Duygu durumu bozukluğu	77	3,54	,66		
	Anksiyete	27	3,62	,66		
	Madde bağımlılığı	6	2,52	,97		
	Diğer	53	3,53	,68		
Ruhsal	Psikoz	22	3,46	,93	1,315	,266
	Duygu durumu bozukluğu	77	3,40	,70		
	Anksiyete	27	3,58	,54		
	Madde bağımlılığı	6	2,83	1,46		
	Diğer	53	3,39	,68		
Sosyal İlişkiler	Psikoz	22	3,57	,95	,834	,505
	Duygu durumu bozukluğu	77	3,24	,93		
	Anksiyete	27	3,49	,82		
	Madde bağımlılığı	6	3,55	1,20		
	Diğer	53	3,33	,90		
Çevre (TR)	Psikoz	22	3,26	,82	,608	,657
	Duygu durumu bozukluğu	77	3,26	,63		
	Anksiyete	27	3,41	,55		
	Madde bağımlılığı	6	3,00	,91		
	Diğer	53	3,29	,54		

Hasta yakınlarının hastanın tanısına göre sadece bedensel alan boyutunda (F=2,839; p=0,026) anlamlılık bulunurken; ruhsal (F=1,315; p=0,266), sosyal ilişkiler (F=0,834; p=0,505) ve çevre (TR) (F=0,608; p=0,657) alt alanlarında gruplar arasında anlamlılık saptanmadı (Tablo 38). Anlamlılığın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek için post hoc test yapıldı ve sonuçlar Tablo 39'da sunuldu.

Tablo 39. Hastanın Tanısına Göre YKÖ-KF Alt Boyut Puan Ortalamalarının Post Hoc Test Dağılımı

Alt Boyut	(I) Hastalık Tanısı	(J) Hastalık Tanısı	Mean		
			Difference (I-J)	Std. Error	p
Bedensel	Psikoz	Duygu durum bozukluğu	-,02876	,18009	1,000
		Anksiyete	-,11135	,21396	,985
		Madde bağımlılığı	,98918(*)	,34311	,035
		Diğer	-,02610	,18894	1,000
	Duygu durum bozukluğu	Psikoz	,02876	,18009	1,000
		Anksiyete	-,08259	,16662	,988
		Madde bağımlılığı	1,01793(*)	,31576	,013
		Diğer	,00266	,13296	1,000
	Anksiyete	Psikoz	,11135	,21396	,985
		Duygu durum bozukluğu	,08259	,16662	,988
		Madde bağımlılığı	1,10053(*)	,33623	,011
		Diğer	,08526	,17614	,989
	Madde bağımlılığı	Psikoz	-,98918(*)	,34311	,035
		Duygu durum bozukluğu	-1,01793(*)	,31576	,013
		Anksiyete	-1,10053(*)	,33623	,011
		Diğer	-1,01527(*)	,32089	,016
	Diğer	Psikoz	,02610	,18894	1,000
		Duygu durum bozukluğu	-,00266	,13296	1,000
		Anksiyete	-,08526	,17614	,989
		Madde bağımlılığı	1,01527(*)	,32089	,016

* The mean difference is significant at the .05 level.

Psikoz, duygu durumu bozukluğu, anksiyete ve diğer hastalık tanısı konulan hastaların yakınlarının madde bağımlılığı tanısı olan hastaların yakınlarına göre bedensel alan boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu bulundu (Tablo 38).

4.4. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Arasındaki İlişkiye Yönelik İstatiksel Bulgular

YKÖ-KF alt boyutları ile RHİÖ ve alt boyutlarının ilişkisini gösteren bulgular Tablo 40'da incelenmiştir.

Tablo 40. YKÖ-KF Alt Boyutları ile RHİÖ ve Alt Boyutlarının Korelasyonu

Alt Boyut		Tehlikeli	Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	Utanma	RHİÖ toplam
Bedensel	r*	-,038	-,149(*)	-,152(*)	0,124
	p	,605	,042	,038	0,092
Ruhsal	r*	,098	-,030	-,125	0,006
	p	,185	,686	,089	0,937
Sosyal ilişkiler	r*	-,005	-,010	-,128	0,024
	p	,951	,890	,082	0,749
Çevre (TR)	r*	,141	-,062	-,160(*)	0,001
	p	,055	,399	0,029	0,992

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Bedensel alan alt boyutu ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutu arasında ters yönlü düşük bir ilişkinin varlığı tespit edildi ($r = -0,149$ $p = 0,042$). Bedensel alan alt boyutu ile utanma alt boyutu arasında ters yönlü düşük bir ilişkinin varlığı belirlendi ($r = -0,152$ $p = 0,038$). Çevre (TR) alanı alt boyutu ile utanma alanı alt boyutu arasında ters yönlü düşük bir ilişkinin varlığı bulundu ($r = -0,160$ $p = 0,029$).

Tablo 41. Hasta Yakınlarının Sağlık Memnuniyet ve Yaşam Kalitesi Düzeyleri ile RHİÖ Toplam ve Alt Boyutlarının Korelasyonu

		Tehlikeli	Çaresizlik ve Kişiler Arası İlişkilerde Bozulma	Utanma	RHİÖ Toplam
Yaşam Kalitesi Düzeyi	r*	0,102	-0,015	-0,033	0,028
	p	0,167	0,844	0,650	0,705
Sağlık Memnuniyet Düzeyi	r*	0,045	-0,035	-0,077	0,012
	p	0,543	0,640	0,297	0,868

* Pearson correlation

Hasta yakınlarının sağlıklarından memnun olma düzeyi ve algıladıkları yaşam kalitesi düzeyi ile RHİÖ toplam ve alt boyutlarının ilişkini gösteren değerler Tablo 41’de sunuldu. Tablo değerleri incelendiğinde değişkenler arasında herhangi bir ilişkiye rastlanılmadı ($p>0.05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınlarının hastalığa ilişkin görüşleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesinin araştırıldığı çalışmanın sonuçları literatür bilgileri ve araştırma soruları doğrultusunda aşağıdaki başlıklarda tartışılmıştır.

- RHIÖ ve alt boyut puan ortalamalarına yönelik bulguların tartışılması,
- YKÖ-KF ve alt boyut puan ortalamalarına yönelik bulguların tartışılması,
- RHIÖ ve YKÖ-KF arasındaki ilişkiye dair bulguların tartışılması.

5.1. RHIÖ ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Ruhsal hastalıklar sadece hastanın yaşamında zorluklara yol açmamakta aynı zamanda hasta yakınlarının yaşamı da bu durumdan etkilenmektedir. Aile üyelerinin hastalığa bakış açısı, hastalıkla başetme becerileri, bireyin demografik özellikleri gibi etkenler hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin farklı derecelerde etkilenmelerine sebep olmaktadır.

Çalışmada hasta yakınlarının hastalığa yönelik görüş ve inançları RHIÖ ile değerlendirildi ve genel puan ortalaması 47,16 olarak bulundu (Tablo 5). Ölçekten alınan puanlar arttıkça ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançların arttığı bilgisi doğrultusunda katılımcıların inançlarının ortalama bir değerde olduğu söylenebilir. Ölçeğin en yüksek ortalama puana sahip alt boyutu çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutu olarak bulundu (Tablo 5). Hasta yakınlarının bu alt boyuttan yüksek oranda etkilendiği ve hastalığa karşı olumsuz bir inanç ve tutum sergilediği düşünülebilir. Bu da katılımcıların ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası

ilişki sürecinde kendini engellediği ve çaresizlik duygusu yaşadıklarını ifade etmektedir. Utanma alt boyutu puan ortalaması 1.97 olarak (Tablo 5) en düşük orana sahip alt boyut olarak belirlendi. Katılımcıların bu alt boyutta ruhsal hastalığa olumlu bir bakış sergiledikleri söylenebilir. Tehlikeli alt boyut puan ortalaması orta düzeyde bulundu (Tablo 5). Buna bağlı olarak hasta yakınları ruhsal hastalığı ve hastaları orta düzeyde tehlikeli olarak değerlendirmiş ve katılımcıların hastalara karşı temkinli bir tavır sergileme düşüncesinde oldukları anlaşılmaktadır. Küçükkaraca ve Akçay (2017) çalışmasında benzer şekilde tehlikeli, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutu ve ölçek toplam puanlarını orta düzeyde, utanma alt boyutu puanını ise düşük olarak bulmuşlardır. Akgün Çıtak vd. (2010) üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını değerlendirdikleri çalışmalarında araştırma sonucunda öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının olumlu bulunduğu sonucuna varmış ve bu çalışmadan elde edilen alt boyut ve ölçek genel puanı çalışmamızla hemen hemen aynı puanlarda bulunmuştur. Günay vd. (2016) bir hemşirelik fakültesinde öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada benzer şekilde utanma alt boyut puanını ortalamanın altında diğer alt boyut puanlarını ve genel puanı ortalamaya yakın bulmuşlardır. Literatürde yapılan bir çalışmada ruhsal hastalık varlığının hasta yakınlarında suçluluk ve utanmaya, toplumdaki geri çekilmeye, diğer insanlarla olan sosyal ilişkilerinde belirgin azalmaya yol açtığı bulunmuştur (Durat vd. 2011). Mevcut çalışmada ise utanma alt boyutu bu çalışmanın aksine hasta yakınlarında düşük puan ortalamasına sahip olduğu için hasta yakınlarının bu durumundan az etkilendiği görülmektedir. Bunun sebebi olarak günümüzde ruhsal hastalıkların daha sık görülmesi nedeni ile toplumda ve bireylerde hastalığa karşı farkındalık oluşması ve hastalığa olan bakış açılarının normalleşmesinden kaynaklandığı düşünülebilir. Literatürde sosyal mesafeyle ilgili yargılara baktığımızda, katılımcıların büyük bir çoğunluğu şizofrenlerin saldırgan olduğunu, sokakta serbest dolaşmalarını gerektiğini, şizofren bir kişi ile evlenmeyeceklerini ve evlerini şizofren bir kişiye kiraya vermeyeceklerini belirtmişlerdir. Toplum genelinde yapılan benzer çalışmalarda da aynı sonuca rastlanmıştır (Taşkin et al. 2003, Bahar vd. 2007, Durat vd. 2011).

Çalışma kapsamında katılımcıların cinsiyet, beraber yaşama ve ikamet faktörleri ile ruhsal hastalığa yönelik inançları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bu değişkenlerin bireylerin inançlarında farklılığa sebebiyet vermediği söylenebilir. Literatürde hasta ile beraber yaşama ve ikamet durumunun hastalığa yönelik inançla ilişkisine yönelik çalışmalara çok az rastlanmaktadır. Özbaş vd. (2008) çalışmasında benzer şekilde beraber yaşama ile ruhsal hastalığa yönelik inanç açısından anlamlı ilişki bulunamamıştır. Çam ve Bilge (2013) çalışmadan farklı olarak kırsal kesimde yaşayanların genel olarak ruhsal hastalık ve hastaya karşı olumsuz inanç, tutum ve damgalamaya sahip olduğunu bulmuşlardır. Tümer vd. (2019) araştırmalarında kentte yaşayanların, kırsal çevrede yaşayanlara göre ruhsal hastalığa/hastalara karşı daha çok olumsuz tutum gösterdiklerini bulmuşlardır. Çalışmamızdan farklı olarak Gür ve Küçük (2016) çalışmasında, kırsal alanda yaşayan kadınların, ruhsal hastalıklarla ilgili daha olumsuz tutum ve damgalamalarının olduğunu tespit etmişlerdir. Durat vd. (2011), Oban ve Küçük (2011) çalışmamızla benzer şekilde kendi çalışmalarında cinsiyet faktörünün hastalığa yönelik inancı etkilemediğini bulmuşlardır. Farklı olarak Günay vd. (2016) çalışmalarında çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutunda bayanların erkekelere göre daha olumlu bir tutum sergilediğini bulmuşlardır. Savrun vd.(2007) çalışmalarında psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylere karşı kız öğrencilerin erkeklere göre daha önyargısız olduğunu bulmuşlardır. Benzer şekilde Tümer vd. (2019) çalışmalarında kadınların erkeklere göre ruhsal hastalığa/hastalara karşı daha iyi niyetli olduklarını bulmuşlardır. Çalışmaların çeşitli örneklem gruplarında yapılmış olması bu farklılıkların nedeni olabilir.

Çalışan hasta yakınlarının çalışmayan hasta yakınlarına göre ruhsal hastalıkları daha az tehlikeli olarak gördükleri belirlendi. Yine ölçeğin tümü için bakıldığında çalışan hasta yakınlarının çalışmayan hasta yakınlarına göre RHİÖ puan ortalamalarının düşük olduğu belirlendi. Bu bulguya göre çalışan hasta yakınlarının hastalığa karşı daha olumlu bir tutum sergiledikleri söylenebilir. Bunun nedeni olarak ise çalışan kişilerin günlük yaşamlarında daha çok insanlar ile iletişim içinde olması ve daha çok bilgi paylaşımında bulunması ve eğitim seviyesinin yüksek olması olarak düşünülebilir. Çalışmamızdan farklı olarak Durat vd. (2011)'nin çalışmasında

çalışma durumu ile hastalığa yönelik tutumlar arasında ilişki saptanmamıştır. Ailesinde başka psikiyatri hastası olan hasta yakınlarının olmayan hasta yakınlarına göre ruhsal hastalıkları daha tehlikeli olarak gördükleri ve daha çok çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma yaşadıkları bulundu. Yine ölçeğin geneli için bakıldığında ailesinde psikiyatri hastası olan hasta yakınlarının olmayanlara göre ortalama puanları yüksek bulundu. Bu bulguya göre ailede başka psikiyatri hastası olma durumunda hasta yakınlarının daha olumsuz bir yaklaşım sergiledikleri söylenebilir. Bu durumun nedeni olarak hasta yakınlarının iş yükünün daha çok artması, daha çok tükenmişlik yaşaması ve bunlara bağlı olarak ruh sağlığının da olumsuz etkilenmiş olabileceği söylenebilir.

Katılımcıların yaş faktörü incelendiğinde; tehlikeli alt boyutunda, çaresizlik ve kişiler arası alt boyutunda ve RHİÖ toplam puanında hasta yakınlarının yaş gruplarına göre farklılık bulunmuştur (Tablo 8). 20 ve altı yaş grubun diğer gruplara göre ruhsal hastalıkları daha az tehlikeli olarak değerlendirdikleri ve kişiler arası ilişkilerde daha başarılı bir performans gösterdikleri ve daha az çaresizlik durumu yaşadıkları belirlendi. RHİÖ toplam puanında da 20 ve altı yaş grubun daha düşük puana sahip olduğu gözlemlendi. Ayrıca yaş gruplarının ortalama puanları incelendiğinde yaş arttıkça puan ortalamalarının arttığı görüldü (Tablo 7). Buna göre daha yaşlı bireylerin ruhsal hastalığa inanç açısından daha olumsuz bir tavır sergiledikleri söylenebilir. Günümüzde yeni neslin daha eğitilmiş olması, iletişim kaynaklarının daha kolay ulaşılabilir olması ve toplumun ruhsal hastalıkla ilgili farkındalık seviyesinin artmış olması bu bulgu ve görüşü destekler niteliktedir. Durat vd. (2011) benzer şekilde çalışmalarında yüksek yaş grubundaki katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançlarının daha olumsuz olduğunu; Günay vd. (2016) bir hemşirelik fakültesindeki öğrencilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını belirledikleri çalışmalarında öğrencilerin ruhsal hastalıklara yönelik ortalama hatta olumluya yakın inançlarının olduğunu saptamaları çalışma bulgusuyla paralellik göstermektedir.

Eğitim düzeyi açısından incelendiğinde; ruhsal hastalığa yönelik inançlar açısından tehlikeli, utanma alt boyutlarında ve RHİÖ toplam puanda gruplar arasında anlamlı farklılık belirlendi (Tablo 10). İlkokul mezunu hasta yakınlarının üniversite

mezunu olanlara göre tehlikeli alan alt boyutunda ve RHİÖ toplam puanlarında daha yüksek puan ortalamasına sahip oldukları görüldü. Ortaokul mezunu olan hasta yakınlarının üniversite ve lise mezunu hasta yakınlarına göre utanma alt boyutunda puan ortalamaları daha yüksek bulundu. İlkokul mezunu olan hasta yakınlarının ruhsal hastalıkları daha tehlikeli olarak gördüğü ve olumsuz algıladığı, ortaokul mezunu hasta yakınlarının ruhsal hastalıkların utanç verici olduğunu düşündükleri ifade edilebilir. Çalışmada eğitim seviyesi arttıkça ruhsal hastalığa yönelik daha olumlu bir bakış açısının olduğu görüldü (Tablo 10). Literatürde çalışmamızla benzerlik gösteren çalışmalar yer almaktadır (Tümer vd. 2019, Gür ve Küçük 2016, Telles-Correia et al. 2015). Yuan et al. (2016) düşük eğitim düzeyinin ruhsal hastalık için negatif tutum ve davranış özellikleri göstermede etkili olduğunu belirtmektedir. Tüm bu sonuçlar eğitim düzeyiyle birlikte ruhsal hastalıklara yönelik farkındalığın artacağı ve dolayısıyla ruhsal hastalıklara karşı daha olumlu bir tutum sergileneceğinin göstergesi olarak düşünülebilir.

Çalışmada evli olan hasta yakınlarının bekâr olan hasta yakınlarına göre RHİÖ toplam, tehlikeli, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyut puan ortalamalarının daha yüksek olduğu belirlendi (Tablo 12). Buna göre evli olan hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik daha fazla olumsuz inanç beslediği söylenebilir. Çalışmada hasta yakınlarının %24,7'sinin hastanın eşi olması bu duruma neden olmuş olabilir. Çalışmanın aksine literatürde medeni durum ile ruhsal hastalığa yönelik inanç arasında anlamlılık olmadığı bulunmuştur (Özbaş vd. 2008, Durat vd. 2011).

Geliri giderinden fazla olan hasta yakınlarının daha fazla utanma duygusu yaşadığı, geliri giderinden az ve geliri giderine eşit olan hasta yakınlarının ise neredeyse bu durumdan hiç etkilenmediği görüldü (Tablo 14). Bu durum hasta yakınlarının gelirleri yüksek olmasına rağmen hastalarının bakımı ile uğraşmalarının çalıştıkları ortamda statü kaybına neden olabileceği ve dolayısıyla daha fazla utanma duygusu yaşamalarıyla açıklanabilir. Bireylerin kişilik özelliklerinin de bu durumu etkileyebileceği söylenebilir. Çalışmadan farklı olarak Tümer vd. (2019), Öztürk vd. (2015), Oban ve Küçük (2011) yaptıkları çalışmalarında gelir-gider durumu ile

ruhsal hastalığa yönelik inanç açısından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olmadığı belirlenmiştir.

Hasta yakınlarının aile yapısına göre RHIÖ toplam ve alt boyutları arasında anlamlılık saptanmadı (Tablo 15). Her bireyin ruhsal hastalığa yönelik farklı bir bakış açısının olması bu durumun sonucu olarak görülebilir. Literatürde aile yapısı ile ruhsal hastalığa yönelik inançların ilişkisine yönelik çalışmaya rastlanılmadı.

Hastaların yaş gruplarına göre RHIÖ toplam ve alt boyutlarında anlamlılık bulundu. RHIÖ toplam ve diğer bütün alt boyutlarda 31-45 yaş arası hastası olan hasta yakınlarının hastalığa olan inançlarının diğer gruplara göre daha olumsuz olduğu, tüm gruplar içinde ise 20 ve altı yaş hastalara karşı yakınlarının daha olumlu bir tutum içinde olduğu söylenebilir. Genel anlamda bakıldığında ise hastanın yaşı arttıkça yakınlarının hastalığa karşı bakış açısının daha olumsuz olduğu söylenebilir (Tablo 16). Bunun nedeni olarak yaşın ilerlemesine bağlı olarak hastalıkların kronikleşmesi ve ruhsal hastalıklar açısından bakıldığında en zor bakım verilen hastalık tanılarının ilerleyen yaşlarda görülmesine bağlı olarak hasta yakınlarının hastalarının iyileşeceğine dair inançlarının azalmasına bağlı olduğu düşünülebilir. Literatürde hastalık tanıları ile inançlar arasında yapılan çalışmalarda düşük yaş grubunda ve ruhsal hastalık açısından daha az semptomlu hastalıklarda hasta yakınlarının hastalığa yönelik inançlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. (Gülseren 2002, Sağduyu vd. 2003, Oryal Taşkın vd. 2006, Özbaş vd. 2008, Durat vd. 2011, Sarıkoç vd. 2015).

Hastanın hastanedeki yatış sayısı ile hasta yakınlarının hastalığa yönelik inançları arasında anlamlılık bulunmadı. Öztürk vd. (2015)' nin çalışma bulguları çalışma ile paralellik göstermektedir. Çalışmanın aksine yapılan bir çalışmada yatış süresinin uzamasının aile üyeleri arasında olumsuz tutuma neden olduğu bulunmuştur (Gülseren 2002).

Katılımcıların ruhsal hastalığa yönelik inançlarının hastalarının tanısına göre sadece utanma alt boyutunda anlamlılık belirlenmiş olup; madde bağımlısı tanısı olan hastaların yakınlarında utanma alt boyut puan ortalaması diğer tanı gruplarına göre

anlamli olarak yuaksekti (Tablo 19). Madde bagimliliği olan hastaların yakınlarının diğer hasta yakınlarına göre ruhsal hastalıkları daha utanç verici olarak gördükleri söylenebilir. Ayrıca madde bagimliliğinin genel anlamda kötü ve toplumda hoş karşılanmayan bir alışkanlık olarak düşünülmesinden dolayı hasta yakınlarının utanma duygusu yaşadıkları düşünülebilir. Büyükbayram vd. (2017) alışmasında hemşirelerin ruhsal bozukluğu olan bireylere karşı tutumlarının olumlu yönde, alkol-madde bagimliliği olan bireylere karşı tutumlarının ise olumsuz yönde olduğunu bulmuşlardır. Sağlık Bakanlığı tarafından 16 ilde 1877 sağlık çalışanın katılımıyla yapılan bir çalışmada ise, katılımcıların %53.5'i alkol bagimlilarının, %73.7'si uyuruşucu bagimlilarının toplum içinde serbest dolaşmaması gerektiğini belirtmiştir (Mutlu vd. 2014). Oral ve Tuncay (2012) alışmalarında hastalıklar içerisinde en çok şizofreniye, alkol ve madde bagimliliği olan bireylere karşı olumsuz düşünceler olduğunu belirtmişlerdir. Literatürde yer alan bulgular ile araştırma bulgusu birlikte değerlendirildiğinde, ruh sağlığı birimlerindeki hastalara yönelik tutumların olumsuz olduğu, ancak alkol-madde bagimlısı bireylere yönelik tutumların daha da olumsuz olduğu söylenebilir (am ve Bilge 2013, am ve Arabacı 2014).

5.2. YKÖ-KF ve Alt Boyut Puan Ortalamalarına Yönelik Bulguların Tartışılması

Ruhsal hastalıklar sadece hastanın yaşamında zorluklara yol açmamakta aynı zamanda hasta yakınlarının yaşamı da bu durumdan etkilenmektedir. Hastaya bakım veren birey; hastalık ile baş eden, bireye fiziksel, psikolojik ve sosyo-ekonomik yardım sağlayan bireydir. Bakım vericiler genellikle yakın aile üyeleridir. Hastaların işlevselliklerinin artmasında, olumlu sosyal ilişkiler geliştirebilmelerinde, düzenli ilaç kullanımlarının ve muayenelerinin sağlanmasında onlara bakım verenlerin etkisi önemlidir. Olumlu hasta ve bakım veren ilişkisi sadece hastalığın seyri açısından değerlendirilmemeli, aile sistemi içinde bakım verenlerin ihtiyaçlarını da dikkate alınmalıdır. Tüm bu bakım sürecinde hasta yakınlarının yaşam kalitesi değerlişik şekillerde etkilenebilir. Bakım verenlerin, hastalarla uzun süre yaşamaları sonucunda kendi işlevsellikleri ile ilgili olarak da bazı sorunlar yaşamaları, zorlanmaları muhtemeldir. Bakım verenler aynı zamanda kendi toplumsal rollerini devam ettirdikleri için sorumluluk alanları artmakta, yaşam kaliteleri etkilenmekte, sosyal

yaşamlarındaki aktivitelerinde ve önceliklerinde değişiklikler olabildiği için tükenme yaşayabilmektedirler.

Hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin değerlendirildiği bu çalışmada YKÖ-KF'nun bütün alt boyut puanlarının ortalamasının biraz üzerinde olduğu bulundu. Hasta yakınlarının yaşam kalitesinin ölçekten alınabilecek alt ve üst değerler dikkate alındığında orta düzeyin biraz üzerinde olduğu söylenebilir. Benzer şekilde hasta yakınlarının algıladıkları yaşam kalitesi düzeyi ve sağlık memnuniyet düzeyi ortalamanın üzerinde olduğu bulundu (Tablo 21). Katılımcıların yaşam kalitesi düzeyi ile YKÖ-KF alt ölçekleri sonucunda elde edilen bulguların birbiri ile paralel ve tutarlı olduğu söylenebilir. Ersoy Quadir vd. (2019) çalışmalarında katılımcıların yaşam kalitesi düzeyini ne iyi ne kötü, sağlık memnuniyet düzeyini ise ne hoşnut ne de değil olarak bulmuşlardır. Katılımcıların sağlık memnuniyet düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi ile yaşam kalitesi ölçeği alt boyutları arasında doğrusal yönlü yüksek bir ilişki saptandı (Tablo 22). Bireyler sağlıklarından ne kadar hoşnutlarsa ve algıladıkları yaşam kalitesi ne kadar iyiyse yaşam kalitelerinin de o kadar yüksek olduğu söylenebileceği gibi yaşam kalitesi yüksek olan hasta yakınlarının sağlık memnuniyet düzeyleri ve algıladıkları yaşam kalitesi düzeylerinin de aynı oranda arttığı söylenebilir.

Cinsiyet faktörü ile yaşam kalitesi arasında anlamlılık olmadığı görüldü. Literatürde cinsiyet faktörü ile yaşam kalitesi arasında anlamlılık açısından değişik sonuçlar elde edilmiştir. Çalışmayla benzer şekilde Çetin vd. (2013) çalışmalarında cinsiyet durumu ile yaşam kalitesi arasında ilişki saptanmamıştır. Çalışmanın aksine Arguvanlı Çoban vd. (2013) çalışmalarında erkek bakım verenlerin fiziksel ve sosyal alanda yaşam kalitesi düzeylerinin kadınlara göre daha yüksek düzeyde olduğunu bulmuşlardır. Yeşil vd. (2016), Arslantaş ve Adana (2011) çalışmalarında kadınların yaşam kalitesinin erkeklere göre daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Bu durumun nedeni olarak ise kadınların erkeklere göre bakımda daha fazla yer almaları ve daha çok bakım yükü yaşamalarının sonucu olarak yaşam kalitelerinin düşmesi gösterilmiştir.

Katılımcıların ikamet durumuna göre sadece bedensel alan alt boyutunda anlamlılık bulunmuş olup kentte ikamet eden kişilerin, kırsal kesimde yaşayanlara göre bedensel alan alt boyutunda daha yüksek puan aldığı belirlendi. Bunun nedeni olarak; kırsal bölgede yaşayan insanların daha çok bedensel iş yüküne sahip olmaları nedeniyle ile bu durumun yaşam kalitelerinde olumsuz sonuçlar doğurması gösterilebilir.

Hasta yakınlarının çalışıp çalışmaması, hasta ile aynı evde kalma durumları, ailede başka psikiyatrik hastanın varlığı değişkenlerine göre yaşam kalitesi açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ($p>0.05$). Çalışmadan farklı olarak Yeşil vd. (2016) çalışmalarında çalışan bireylerin yaşam kalitelerinin çalışmayanlara göre daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Çalışmadan farklı olarak Akyar (2009) çalışmasında bir başka kişiye daha bakan bakım verenlerin günlük yaşamının olumsuz etkilendiğini bulmuştur. Hastası ile aynı evde kalma ile yaşam kalitesi ilişkisine yönelik literatür bilgisine ulaşamadı.

Katılımcıların yaş faktörü dikkate alındığında sadece bedensel ve çevre (TR) alanlarında anlamlılık bulundu (Tablo 24). Bu alanlarda en küçük yaş grubundan en büyük yaş grubuna doğru hemen hemen düzenli bir puan azalması görülmüştür. Yaş arttıkça yaşam kalitesi düşmektedir yorumu yapılabilir. Bedensel ve çevresel faktörlerin daha çok gün içinde aktif olmayı gerektiren durumları kapsadığı düşünülürse gençlerin bu alanlarda yaşları itibari ile daha aktif olabilme ve baş etme becerilerinin fiziksel ve iletişim gibi alanlarda daha başarılı olacağından dolayı yaşam kalitelerinin diğer yaş gruplarına göre daha az etkilenmesi mümkün olabilir. Literatürde hasta yakınlarının yaş gruplarına göre yaşam kalitesinin değerlendirildiği çalışmaya rastlanılmadı.

Katılımcıların eğitim durumu incelendiğinde sadece bedensel alan alt boyutunda anlamlılık bulunmuştur. Eğitim düzeyi arttıkça hasta yakınlarının yaşam kalitesi artmaktadır (Tablo 26). Bu da hasta yakınlarının eğitim düzeyi arttıkça daha sistematik bir hayat anlayışı ile beraber hastaya verilen bakımın ve yapılması gereken günlük işlerin daha organize bir şekilde yürütülmesinin yaşam kalitesine pozitif bir yansıması olarak düşünülebilir. Aslantaş ve Adana (2011) çalışmalarında eğitim

seviyesinin daha yüksek olmasına bağlı olarak bakım verenlerin daha az yük ve stres yaşadığı ve bakım verenlerin yaşam kalitelerinin her bir alt ölçek için daha yüksek olduğunu bulmuşlardır. Eğitim durumu, bireylerin sosyoekonomik düzeylerinin belirleyicisi olup; bakım verici aile bireyinin eğitim düzeyi arttıka, gelir getiren bir işte çalışma, beraberinde dışarıdan ücretli bakıcı desteği sağlama gibi hastalığın getirdiği diğer masraflarla baş etme, en önemlisi de kendisine zaman ayırabilme imknı artmaktadır (Ersoy Quadır vd. 2019). Bunun da hasta yakınının yaşam kalitesini arttırabileceği düşünülebilir. Ersoy Quadır vd. (2019) alışmalarında bakım verenlerin eğitim düzeyi arttıka bedensel ve ruhsal alandaki yaşam kalitelerinin arttığını bulmaları çalışma bulgusuyla benzerlik göstermektedir. Yeşil vd. (2016) benzer Şekilde çalışmalarında eğitim düzeyi yükseldikçe sağlık anlayışının ve yönetiminin olumlu yönde etkilenmesinin, bilinçli baş etme mekanizmalarının geliştirilmesinin, maddi olanakların daha iyi olmasının yaşam kalitesini arttırabileceğini bulmuşlardır.

Hasta yakınlarının medeni durumuna göre bedensel alan ve sosyal ilişkiler alanında anlamlılık bulundu (Tablo 28). Bekr olan hasta yakınlarının yaşam kalitesi diğer gruplara göre iki alt alanda da yüksek bulundu. Bu durumun bekâr hasta yakınlarının evli ve boşanmış olan gruplara göre ocuk bakma, günlük ev işleri yapma gibi ek sorumluluk ve yk gerektiren işlere sahip olmamalarından ve kendilerine yeterli vakti ayırabilmelerinden kaynaklanabileceği düşünülebilir. Tel vd. (2010), Yeşil vd. (2016) alışmalarında evli olan bakım verenlerin yükünü anlamlı derecede yüksek bulmuş, buna bağlı olarak yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu görülmüştür. Ersoy Quadır vd. (2019) alışmalarında evli hasta yakınlarının sosyal ve çevresel alan yaşam kalitelerini bekâr ve boşanmış hasta yakınlarına göre daha düşük bulmuşlardır. alışmalar çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

Hasta yakınlarının gelir gider durumuna bakıldığında tüm alt boyutlarda anlamlılık bulunmuştur. Yaşam kalitesinin günümüzde ekonomi ile ilişkisi düşünüldüğünde beklendik bir sonuç olarak görülebilir. Anlamlılık sırasına baktığımızda bedensel alan ($p=0,005$), ruhsal alan ($p=0,006$), sosyal ilişkiler alanı ($p=,009$) ve evre (TR) alanı ($p=000$) olarak bulunmuştur (Tablo 30). Çevresel alan katılımcıların sağlık hizmetleri fiziksel evre, ulaşım, boş zamanlarını değerlendirme

gibi daha çok parasal kaynaklarla giderilebilecek ihtiyaçlarını kapsadığı için bu alt boyutta yaşam kalitesi ile gelir durumu arasında ileri derecede anlamlı fark bulunmuştur. Benzer şekilde Ersoy Quadır vd. (2019) çalışmasında gelir düzeyi arttıkça çevresel alan yaşam kalitesinin arttığını belirlemiştir. Arguvanlı Çoban vd. (2013) ise çalışmalarında maddi olarak sıkıntı yaşayan bakım verenlerin yaşam kalitesinin tüm alanlarda etkilendiği bulmuşlardır. Akyar (2009) çalışmasında ekonomik durumunu “zor geçiniyoruz” ve “idare ediyoruz” şeklinde ifade eden bakım verenlerin (%54) ekonomik durumunun hastalık nedeniyle olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Bakım verenler ekonomik durumlarının etkilenmesinin tedavi, bakım malzemeleri ve bakıcı (%85.2), beslenme (%14.8), ulaşım (%11.1) masrafları ile işe devam edememe (%14.8) gibi çevresel faktörler nedeniyle olduğunu ifade etmişlerdir. Literatürde yapılan çalışmalarda benzer şekilde ekonomik problem yaşayan bakım verenlerin yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu, gelir durumunun yüksek olmasının yaşam kalitesini arttırdığı bulunmuştur (Akyar 2009, Aslantaş ve Adana 2011, Arguvanlı Çoban vd. 2013, Yeşil vd. 2016). Gelir düzeyi yüksek olan bakım verenlerin çevresel kaynaklar arasında yer alan sağlık ve sosyal yardımlara ulaşabilmeleri, dışarıdan bakıcı desteği alabilmeleri, böylece dinlenme ve boş zaman değerlendirme fırsatı bulmaları kolaylaşmaktadır (Ersoy Quadır vd. 2019). İkinci olarak ise bedensel alanda da günlük işleri yürütebilme gibi maddi kaynaklara bağlı ihtiyaçlar olduğundan bu alanda da yüksek anlamlılık bulunmuştur. Bu iki alanda katılımcıların gelir-gider dengelerine bakıldığında ekonomi gücü arttıkça verilen puanların ortalaması artmıştır. Sadece gelir-gideri fazla olan grubun bütün alt boyutlardaki puan ortalaması yine bütün alt boyutlar için gelir gidere eşit olan grubun puan ortalamalarına göre beklenenin aksine biraz düşük bulunmuştur. Bunun nedeni gelir giderden fazla olan grubun örneklem sayısının diğer gruplara göre çok az sayıda olmasından kaynaklanmış olabilir. Ruhsal ve sosyal alan da ekonomik güçle doğrusal bir ilişki içindedir.

Yaşam kalitesinin aile yapısı ile ilişkisine bakıldığında bedensel ve sosyal ilişkiler alanlarında anlamlılık bulunmuştur. Geniş ailede yaşayan katılımcıların yaşam kalitesi puan ortalamaları her iki alt boyuttada en yüksek olarak bulundu (Tablo 32). Bu durum hastanın bakımını aile üyelerinin beraber yapmasının bir sonucu olabilir. Bedensel alanın katılımcıların uyku ve dinlenme, günlük işlerini

yürütebilme ve çalışabilme gücü başlıklarını içerdiği, sosyal alanın diğer kişiler ile ilişkiler, cinsel yaşam gibi alt başlıkları içerdiği düşünüldüğünde hastanın bakımında aile üyelerinin görev paylaşımı yapmalarının sonucunda yaşam kalitelerinin bu alt boyutlarda anlamlı olması beklenen bir durumdur. Aksi durum olarak parçalanmış ailelerin yaşam kalitesinin diğer gruplara göre daha az olması gösterilebilir. Aslantaş ve Adana (2011) çalışmalarında ailedeki bireylerin sayısı ile bakım verenin fiziksel sağlığı arasında pozitif bir ilişki bulmuşlardır. Ailede yaşayan kişi sayısının çok olması, hasta üyenin bakımında aile üyelerinin yardımlaşmasına neden olmakta ve diğer aile üyelerinin bu yardımı bakım verenin sağlığını daha iyiye götürdüğü bulunmuştur. Ersoy Quadır vd. (2019) ise çalışmalarında geniş ailede bakıma destek başka bireylerin olmasına bağlı olarak bakım verenin ruhsal alandaki yaşam kalitesinin arttığını bulmuşlardır.

Hastaların yaş gruplarına göre katılımcıların yaşam kalitesine bakıldığında bedensel, ruhsal ve çevre (TR) alanlarında yüksek anlamda ilişki bulunmuştur. 20 yaş ve altı hastalarla ilgilenen kişiler anlamlı olan bütün alt boyutlarda en yüksek yaşam kalitesine sahip olan yaş grubudur. 45 üstü yaşa sahip hastalara bakım veren katılımcıların da yaşam kalitesi ikinci sırada yüksek yaş grubu olarak bulundu (Tablo 34). Orta yaş grubu hastaya sahip katılımcıların yaşam kalitesinin diğer gruplara göre daha düşük seviyede olduğu görüldü. Yaş gruplarına göre farklı yaşam beklentilerinin olması bu sonucu ortaya koymuş olabilir.

Hastanın yatış sayısına göre katılımcıların yaşam kalitesi incelendiğinde bütün alt boyutlarda anlamlılık bulunmuştur. Hemen hemen bütün alt boyutlarda hastaneye yatış sayısı arttıkça katılımcıların yaşam kalitesinde azalma olduğu görülmektedir (Tablo 36). Bu durum ilk yatışlarda ailelerin hastalığın kısa zamanda iyileşebileceğini düşünmeleri ancak ilerleyen aşamalarda ruhsal hastalıkların kronikleşmesi ve birçok sorunla yüz yüze gelmeleri ile açıklanabilir. Aynı zamanda hastalığın klinik seyirindeki ilerlemeye bağlı olarak hastanın bakımının zorlaşması, ekonomik ve ruhsal kayıplar oluşması katılımcıların yaşam kalitesinde düşüşler meydana getirebileceği düşünülmektedir.

Çalışmada hastalık tanısı ile yaşam kalitesi bedensel alt boyutunda anlamlılık bulunmuştur. Madde bağımlısı yakını olan katılımcıların bedensel alan yaşam kalitesi diğer tanı gruplarına göre düşüktü (Tablo 38). Yaşam kalitesi en yüksek grup anksiyete hastası olan katılımcılardı. Bu durum anksiyete bozuklukları olan hastaların madde bağımlılığı ve psikotik bozukluğu olan hastalara göre tedaviye yanıtının ve topluma uyumunun daha hızlı ve olumlu olması ve bu durumun hasta yakınlarına pozitif yansımaları olmasına bağlı olarak (Townsend MC 2016) hasta yakınlarının da yaşam kalitelerinin yüksek çıkmasıyla açıklanabilir. Literatürde hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin psikiyatrik tanı gruplarına göre karşılaştırıldığı çalışmaya rastlanmamıştır. Araştırmalar genellikle sadece bir hastalık tanısı üzerinden yaşam kalitesinin değerlendirilmesine yöneliktir. Bu bağlamda yapılan çalışmalarda; şizofreni hastaları bakım verenlerinde nesnel desteğin ve bakım veren yükünün yaşam kalitesini olumsuz etkilediği, bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinde ise bakım yükünün depresyon gelişiminde güçlü bir öngörücü faktör olduğu ve yaşam kalitesini düşürdüğü belirtilmiştir (Perlick et al. 2016, Zeng et al. 2016). Başka bir araştırmada da psikiyatrik bozukluğu olan hastaların ailelerinde bakım yükü arttıkça yaşam kalitesinin azalmakta olduğu bildirilmiştir (Pompili 2014). Aslantaş ve Adana (2011) yaptığı bir çalışmada şizofreni hastasının bakım vereninin yaşam kalitesinin azaldığını, sağlığının ve işlevselliğinin olumsuz etkilendiğini bulmuştur.

5.3. RHIÖ ve YKÖ-KF Arasındaki İlişkiye Dair Bulguların Tartışılması

Kronik ruhsal hastalıklar, bireyin yardım çabasını sınırlamakla birlikte hasta yakınlarının da sağlığını etkileyen bir stres kaynağı olabilmektedir. Bu zorlu süreçle baş etmeye çalışan hasta yakınları hem hastalarına yeterince destek olmakta zorlanmakta hem de kendilerinin yardım ihtiyaçları artmaktadır (Arguvanlı Çoban 2013, Duman ve Bademli 2013, Balaban vd. 2016, Yeşil vd. 2016). Hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inançları da hastalık sürecinde bu durumlardan daha az etkilenme adına önemli bir paya sahiptir. Hasta yakınının hastalık hakkında bilgisi, hastasına karşı bu süreçte bulunduğu tutum, kendisinin bu süreçte üstlenmesi gereken rol ve sorumluluklarını iyi bilmesi, tedavisi sürecinde disiplinler arasındaki pozitif iletişimi, hastalık hakkında baş etme becerileri geliştirebilmesi gibi faktörler

hem hastanın yaşam kalitesini arttıracak hemde kendi yaşam kalitesi bu durumdan minimum oranda etkilenecektir. Bu amaçla gerçekleştirilen bu çalışmada hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inançları ve yaşam kalitelerine yönelik ilişkiler bulunmuştur.

Bedensel alan alt boyutu ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutu arasında ters yönlü düşük bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($r = -0,149$ $p = 0,042$). Çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alanında alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade ettiği için hasta yakınının yaşam kalitesi bu durumdan olumsuz etkilenecek ve yaşam kalitesi alt boyutuna düşük puan olarak yansiyacaktır. Ayrıca yaşam kalitesinin düşük olması da çaresizlik duygusunu arttırarak kişiler arası ilişkilerde bozulmaya neden olabileceği söylenebilir. Hasta yakınlarının ruhsal hastalık karşısında duygusal yönden etkilenmesi ve buna bağlı olarak hastası ile iletişim sürecinde kendini engellemesi ve çaresizlik yaşaması kişinin günlük işlerini yürütebilmesini, çalışabilme gücü gibi durumları olumsuz etkileyeceği bir gerçektir. Hasta yakını bu süreci kafasında sağlıklı olarak tasarladığı ve başatme mekanizmalarını ortaya koyduğu takdirde yaşam kalitesi çok daha iyi hale gelecektir.

YKÖ-KF Bedensel alan alt boyutu ile RHİÖ utanma alt boyutu arasında ters yönlü düşük bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($r = -0,152$ $p = 0,038$). Ailesinde ruhsal hastalığa sahip birinin olmasının bilinmesinden dolayı hasta yakınları utanma duygusu yaşayabilirler. Bu durumun hasta yakınında damgalama gibi bir boyuta ulaşması durumunda kişinin benlik saygısında azalmalar olabilir ve bedensel boyutta günlük işlerini yürütebilme becerisinde ve çalışabilme gücünde kayıplara neden olabilir.

YKÖ-KF çevre (TR) alanı alt boyutu ile RHİÖ utanma alanı alt boyutu arasında ters yönlü düşük bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir ($r = -0,160$ $p = 0,029$). Hasta yakınları hastasının varlığından utanmaları sebebiyle özellikle toplumsal alanlarda kendilerini kısıtlamakta ve toplum içindeki rollerinden kendilerini uzak tutmaktadırlar diyebiliriz. Ersoy Quadır vd. (2019) çalışmalarında hastasına bakım verirken yaşanan kişisel sorunları sosyal yaşantıda kısıtlılık (% 60), dışarıya çıkamama (%56,7), kendine zaman ayıramama (% 53,3), ekonomik zorluk yaşama

(% 43,3), iş yaşantısında kısıtlılık (%20) olarak bulmuşlardır. Utanma sebebiyle gelişen sağlıksız iletişim sonucunda bireyler maddi kaynaklar, sağlık hizmetleri ve sosyal yardımlar gibi çevresel faktörlerden uzak kalmaktadırlar. Bu durumun yaşam kalitelerine negatif olarak yansımaları beklenen bir durumdur. Literatürde hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inançları ile yaşam kalitelerinin ilişkisini inceleyen çalışma sayısı çok sınırlıdır. Araştırmalar genellikle hasta yakınlarının ya hastalıkla hastalığa yönelik inançları ya da hastalık ile yaşam kalitesi ilişkisini inceleme üzerine yapılmıştır.

Çalışmada hasta yakınlarının YKÖ-KF'nun yaşam kalitesi düzeyi ve sağlık memnuniyet düzeyi sorularına verdikleri cevaplar ile RHIÖ toplam puan ve alt boyut puanları arasında ilişkiye rastlanmamıştır. ($p>0.05$). Literatürde de benzer çalışmaya yer verilmemiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada, psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınlarının hastalığa ilişkin görüşleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi araştırılmış olup, araştırmadan elde edilen sonuçlar ve öneriler aşağıda sunuldu.

6.1. Sonuçlar

- RHIÖ toplam puan ve alt boyut puan ortalamaları sırasıyla; toplam puan (47,16±20,96), tehlikeli (20,30±8,40), çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma (24,87±12,65), utanma (1,97±2,55)'tir. RHIÖ toplam puanına göre katılımcıların puanı orta düzeydedir.

- Hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarının cinsiyet, ikamet, aile yapısı, hasta ile aynı evde yaşama, hastanın yatış sayısı durumlarına göre farklılaşmadığı saptandı (Her biri için $p > 0.05$).

- Hasta yakınlarının ruhsal hastalığa yönelik inançlarının bir işte çalışma durumu (RHIÖ toplam puanı, tehlikelilik), ailede başka bir psikiyatri hastası olma durumu (RHIÖ toplam, tehlikelilik ve çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma), yaş grubu (RHIÖ toplam, tehlikeli ve çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma), eğitim durumu (RHIÖ toplam, tehlikeli ve utanma), medeni durumu (RHIÖ toplam, tehlikeli ve çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma), gelir durumu (utanma), hastanın yaşı (RHIÖ toplam, tehlikeli, çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma, utanma), hastanın tanısı (utanma) durumlarına göre farklılaştığı saptandı (Her biri için $p < 0.05$).

- YKÖ-KF alt boyut puan ortalamalarının sırasıyla; bedensel alan (24,57±5,33), (min-max:11-35), ruhsal alan (20,48±4,45), (min-max:8-30), sosyal ilişkiler alanı (10,05±2,75), (min-max:3-15), çevre (TR) alanı (29,59±5,69), (min-max:12-42) olduğu ve bu puan ortalamalarının hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin ortalama bir düzeyde olduğunu gösterdiği saptandı.

- Hasta yakınlarının algıladıkları sağlık memnuniyet düzeyi (3,29±1,17) ve yaşam kalitesi düzeyi (3,07±0,80) ortalamanın biraz üzerinde bulundu.

- Bireylerin sağlık memnuniyet düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi ile YKÖ-KF bedensel alan, ruhsal alan, sosyal ilişkiler alanı ve çevre (TR) alanı arasında doğrusal yönlü yüksek bir ilişki saptandı.

- Hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin cinsiyet, çalışma durumu, hasta ile beraber yaşama ve ailede başka bir psikiyatri hastası olma durumlarına göre farklılaşmadığı görüldü (Her biri için $p > 0.05$).

- Hasta yakınlarının yaşam kalitesinin ikamet durumu (bedensel), yaş grubu (bedensel, çevre (TR)), eğitim durumu (bedensel), medeni durum (bedensel, sosyal ilişkiler), gelir durumu (bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler, çevre (TR)), aile yapısı (bedensel, sosyal ilişkiler), hastanın yaşı (bedensel, ruhsal, çevre (TR)), hastanın yatış sayısı (bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler, çevre (TR) ve hastanın tanısı (bedensel) durumlarına göre farklılık gösterdiği belirlendi (Her biri için $p < 0.05$).

- RHIÖ ve YKÖ-KF arasında bedensel alan alt boyutu ile çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma alt boyutu arasında ters yönlü düşük bir ilişkinin varlığı tespit edildi ($p=0,042$). Bedensel alan alt boyutu ile utanma alt boyutu arasında ters yönlü düşük bir ilişkinin varlığı tespit edildi ($p=0,038$). Çevre alanı alt boyutu ile utanma alanı alt boyutu arasında ters yönlü düşük bir ilişkinin varlığı tespit edildi ($p=0,029$).

- Hasta yakınlarının sağlık memnuniyet düzeyi ve yaşam kalitesi düzeyi ile RHIÖ Sonuçları Sonrası Elde Edilen Bulgular incelendiğinde değişkenler arasında herhangi bir ilişkiye rastlanılmadı ($p > 0.05$).

6.2. Öneriler

- Hasta yakınlarının ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançlarının değiştirilmesi,
- Hasta yakınlarının yaşam kalitelerinin arttırılmasına yönelik girişimlerin planlanması, uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Hasta yakınlarının iletişim becerilerinin güçlendirilmesi, duygularını ifade etme becerilerinin arttırılması ve bunlara yönelik eğitim programlarının düzenlenmesi,
- Hasta yakınlarının yaşam kalitesi alt alanlarına yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi ve hasta yakınlarına bu gereksinimlere yönelik eğitim verilmesi ve hasta yakınlarının sosyal destek hizmetlerinden yararlanmasına yönelik rehberlik hizmetlerinin sunulması önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Akgün Çıtak E, Budak E, Kaya Ö, Öz Ş, Şahin S, Taran N, Türker E. (2010). Başkent Üniversitesi'nde Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı İnançlarının Belirlenmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 68-73.
- Akyar İ, Akdemir N. (2009). Alzheimer Hastalarına Bakım Verenlerin Yaşadıkları Güçlükler. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 32-49.
- Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Yılmaz Özpolat A. (2011). Kronik Hastalıklarda Bakım Veren Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3):513-552.
- Arguvanlı Çoban S, Özkan B, Medik K, Saraç B. (2013). Bipolar Bozukluğu Olan Bireyler ve Bakım Verenlerinin Yaşam Kalitesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2):61-66.
- Arkan B, Bademli K, Çetinkaya Duman Z. (2011). Sağlık Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumları: Son 10 Yılda Türkiye'de Yapılan Çalışmalar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2):214-231.
- Arslandaş H. (2015). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Etik Konular, Kodlar ve Standartlar. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1):47-56.
- Arslandaş H, Adana F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2):251-277.
- Arslandaş H, Gültekin BK, Söylemez A, Dereboy F. (2010). Bir Üniversite Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine İlk Kez Başvuran Hastaların Damgalamayla ilgili inanç, Tutum Ve Davranışları. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 11(1):11 -17.
- Aydemir Ö, Ergün H, Soygür H, Kesebir S, Tulunay C. (2009). Major Depresif Bozuklukta Yaşam Kalitesi: Kesitsel Bir Çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3):205-212.
- Bağ B, Ekinci M. (2006). Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin (Rsttö) Türk Toplumunda Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi www.e-sosder.com [Elektronik Dergi]*. 15:63-83.
- Balaban ÖD, Küçüktüfekçi AH, Binbay T, Karamustafaloğlu N. (2016). Bipolar I Bozukluk Hastalarının Bakımverenlerinde Yaşam Kalitesi Yük ve Sosyal Destekle İlişkili mi? *Klinik Psikiyatri*, 19:15-26.
- Bee P, Bower P, Byford S, Churchill R, Calam R, Stallard P, Prymachuk S, Berzins K, Cary M, Wan M, Abel K. (2014). The clinical effectiveness, cost-effectiveness and acceptability of community-based interventions aimed at improving or maintaining quality of life in children of parents with serious mental illness: a systematic review. *Health Technology Assessment*, 18(8):1-250.

- Bilge A, Çam O. (2008). "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği". *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(2): 91-96.
- Bilge A, Çam O. (2010). Ruhsal Hastalığa Yönelik Damgalama ile Mücadele. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 9(1) :71-78.
- Bilir N, Özcebe H, Vaizoğlu SA, Aslan D, Subaşı N, Telatar TG. (2005). Van İlinde 15 Yaş Üzeri Erkeklerde SF-36 ile Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*, 25:663-668.
- Boling A. (2003). The professionalization of psychiatric nursing. From doctors' handmaidens to empowered professionals. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*, 41(10):26-40.
- Büyükbayram A, Baysan Arabacı L, Arabacıoğlu İ, Ayyıldız C, Acar K. (2017). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan X ve Y Kuşağındaki Hemşirelerin Alkol-Madde Bağımlılığı ve Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Tutumları. *Bağımlılık Dergisi*, 18(4):122-134.
- Can A. (2014). SPSS İle Bilimsel Araştırma Sürecinde Bilimsel Veri Analizi. 6. Baskı. Pegem Akademi, Ankara.
- Caqueo-Urizar A, Gutierrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C. (2009). Quality Of Life İn Caregivers Of Patients With Schizophrenia: A Literature Review. *Health And Quality Of Life Outcomes*, 7:84.
- Corrigan PW, Roe D, Tsang HWH. (2011). Challenging The Stigma Of Mental Illness: Lessons For Therapists And Advocates. *Journal Of Muslim Mental Health*, 7(1).
- Çam O, Baysan Arabacı L. (2014). Bölge Psikiyatri Hastanelerinde Çalışan Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnançları ve Etkileyen Faktörler. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci*, 6(1):13-25.
- Çam O, Bilge A. (2013). Türkiye'de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistematik Derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2):91-101.
- Çetin N, Demiralp M, Oflaz F, Özşahin A. (2013). Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi ile Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg*, 14:19-26.
- Demir S, Kocaman Yıldırım N. (2014). Psikiyatri Hemşirelerinin Profesyonel Davranışlarının Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1):25-32.
- Duman Z, Bademli K. (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistematik Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1):78-94.
- Durat G, Duygu Atmaca GD, Cengiz Açıl H, Aydemir Oksal H. (2011). Şizofreni Hastası Olan Hasta Yakınlarının Şizofreniye İlişkin Tutumları. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 39:43-50.
- Elif Mutlu E, Rabia Bilici R, Çetin MK. (2014). Sağlık Çalışanlarının Bağımlılık Hakkında Tutumları. *Bağımlılık Dergisi*, 15(3):118-123.

- Eser E, Fidanner H, Fidaner C, Yalçın Eser S, Elbi H, Göker E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, 7(Ek 2):5-13.
- Göktaş S, Işıklı B, Metintaş S. (2018). Ruh Sağlığı Okuryazarlığı. *Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Halk Sağlığı Dergisi*, 3(2):68-75.
- Gur K, Kucuk L. (2016). Females' Attitudes Toward Mental Illness: A Sample From Rural Istanbul, Turkey. *Iran Red Crescent Med J*, 18(5): e22267.
- Günay S, Bekitkol T, Beycan Ekitli G, Yıldırım S. (2016). Bir Hemşirelik Fakültesindeki Öğrencilerin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 7(3):129–134.
- Gülseren I. (2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2):143-151.
- Gültekin BK. (2010). Ruhsal Bozuklukların Önlenmesi: Kavramsal Çerçeve Ve Sınıflandırma. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4):583-594.
- Heru AM, Ryan CE, Vlastos K. Quality Of Life and Family Functioning İn Caregivers of Relatives With Mood Disorders. *Psychiatr Rehabil J.*, 28(1):67-71.
- Hirai M, Clum GA. (2000). Development, Reliability and Validity of Thebeliefs Toward Mental Illness Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22:221–236.
- Ishak WW, Brown K, Aye SS, Kahloon M, Mobaraki S, Hanna R. (2012). Health-Related Quality Of Life İn Bipolar Disorder. *Bipolar Disord*, 14(1):6-18.
- Karaağaç H, Çalık Var E. (2019). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Bakım Yüklerinin Yaşam Kalitesine Etkisinin İncelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 22:16-26.
- Karaağaç Özçelik E, Yıldırım A. (2018). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı, İçselleştirilmiş Damgalanma ve Yaşam Kalitesi. *J Psychiatric Nurs*, 9(2):80-87.
- Karayazgan S. (2013). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Aktivite, Aktivite Performansı Ve Sağlıkla İlgili Yaşam Kalitelerinin İncelenmesi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, (Danışman: Prof. Dr. Mine Uyanık).
- Katschnig H. (2006). Quality Of Life İn Mental Disorders: Challenges For Research And Clinical Practice. *World Psychiatry*, 5(3):139-145.
- Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, Üstün TB, Wang PS. (2009). The Global Burden Of Mental Disorders: An Update From The WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Epidemiol Psichiatr Soc*, 18(1):23–33.
- Koç M. (2005). Ruh Sağlığı İle Dini Başa Çıkma Metodu Olarak Dua Ve İbadet Fenomeni Arasındaki İlişki Üzerine Psikolojik Bir Yaklaşım. *Ekev Akademi Dergisi*, 9(24), 11-32.
- Kuş Saıllard E. (2010). Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1):14-24.

- Küçükkaraca N, Akçay S. (2017). Sosyal Hizmet Bölümü Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlarının Belirlenmesi. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 28(1):27-45.
- Lawrence D, Kisely S, Pais J. (2010). The Epidemiology of Excess Mortality in People With Mental Illness. *Can J Psychiatry*, 55(12):752-760.
- Lueboonthavatchai P, Lueboonthavatchai O. (2006). Quality of Life and Correlated Health Status and Social Support of Schizophrenic Patients' Caregivers. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 89 Suppl 3:S13-9.
- Magana SM, Ramirez Garcia JI, Hernandez MG, Cortez R. (2007). Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma. *Psychiatric Services*, 58(3):378-384.
- Malas EM. (2019). Ruhsal Bozukluklara Karşı Stigma-Derleme. *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(1):1170-1188.
- Meeks S, Murrell SA. (2001). Contribution of Education to Health and Life Satisfaction In Older Adults Mediated By Negative Affect. *J Aging Health*, 13(1):92-119.
- Müezzinoğlu T. (2005). Yaşam Kalitesi. *Üroonkoloji Bülteni*, 1:25-29.
- Oban G, Küçük L. (2011). Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1):31-39.
- Oral M, Tuncay T. (2012). Ruh Sağlığı Alanında Sosyal Hizmet Uzmanlarının Rol Ve Sorumlulukları. *Toplum ve Sosyal Hizmet*, 23(2):93-114.
- Özbaş D, Buzlu S. (2011). Geçmişten Günümüze Psikiyatri Hemşireliği. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg.*, 19(3):187-193.
- Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. (2008). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam*, 21(1-4):14-23.
- Özer Z, Pınar Bölüktaş R. (2017). Epilepsi Hastalarında Yaşam Kalitesi. *Türkiye Klinikleri J Intern Med Nurs-Special Topics*, 3(3):176-182.
- Öztürk A, Kaçan Softa H, Ulaş Karaahmetoğlu G. (2015). Kastamonu Üniversitesinde Öğrenim Gören Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalıklara Karşı İnançları ve Psikiyatri Hemşireliği Dersinin Etkisi. *Uluslararası Hakemli Psikiyatri ve Psikoloji Araştırmaları Dergisi*, 4:146-166.
- Perlick DA, Berk L, Kaczynski R, Gonzalez J, Link B, Dixon L, Grier S, Miklowitz DJ. (2016). Caregiver Burden As A Predictor Of Depression Among Family And Friends Who Provide Care For Persons With Bipolar Disorder. *Bipolar Disorder*, 8(2):183-191.
- Pickett-Schenk SA, Lippincott RC, Bennett C, Steigman PJ. (2008). Improving Knowledge About Mental Illness Through Family-Led Education: The Journey Of Hope. *Psychiatric Services*, 59(1):49-56.
- Pompili M, Harnic D, Gonda X, Forte A, Dominici G, Innamorati M, Fountoulakis KN, Serafini G, Sher L, Janiri L, Rihmer Z, Amore M, And Girardi P. (2014). *World J Psychiatry*, 4(1): 1-12.

- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Uğur Ş, Ögel K, Tamar D. (2003). Şizofrenisi Olan Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3):203-212.
- Sarıkoç G, Demiralp M, Özşahin A, Açıklık CH. (2015). Ruhsal Hastalıklarda Yardım Arama: Hasta Yakınlarının Tutumlarına Yönelik Bir Çalışma. *Balikesir Sağlık Bil Derg*, 4(1):32-37.
- Savrun BM, Arikan K, Uysal O, Cetin G, Poyraz BC, Aksoy C, Bayar MR. (2007). Gender Effecton Attitudes Towards The Mentally Ill: A Survey of Turkish University students. *Isr J Psychiatry Relat Sci*, 44(1):57-61.
- Seyfe Şen F, Taşkın EO, Özmen E, Aydemir O, Demet MM. (2003). Türkiye’de Kırsal Bir Bölgede Yaşayan Halkın Depresyona İlişkin Tutumları. *Anadolu Psikiyatri*, 4:133-143.
- Tanığ Y. (1996). Psikiyatri Hemşireliğinin Uluslararası Boyutlarda İncelenmesi, İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Doktora Tezi, İstanbul, (Danışman Prof. Dr Çaylan Pektekin).
- Taskin EO, Seyfe Sen F, Aydemir O, Demet MM, Ozmen E, Icelli I. (2003). Public Attitudes to Schizophrenia İn Rural Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 38:586-592.
- Taş G, Gül Dikeç G, Arabacı LB. (2019). Türkiye’de Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Alanında Yürütülen Lisansüstü Tezlerin Niceliksel ve İçerik Açısından İncelemesi. *J Psychiatric Nurs*, 10(3):173-180.
- Taşdemir G. (2014). Yoksulluğun Ruh Sağlığı Üzerine Etkileri. *International Journal Of Human Sciences*, 11(2), 74-88.
- Taşkın EO, Şen FS, Özmen E, Aydemir O. (2006). Kırsal Kesimde Depresyonlu Hastalara Yönelik Tutumlar: Sosyal Mesafe ve Etkileyen Etmenler. *Türkiye’de Psikiyatri*, 8(1):11-17.
- Tel H, Saraç B, Günaydın Y, Medik K, Doğan S. (2010). Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3):103-107.
- Tel H, Terakye G. (2000). Şizofrenik Hasta Ailelerine Yönelik Bir Psikoeğitimsel Yaklaşım Uygulaması Denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(3):133-142).
- Telles-Correia D, Marques G, Gramaça J, Daniel Sampaio D. (2015). Stigma And Attitudes Towards Psychiatric Patients İn Portuguese Medical Students. *Acta Med Port*, 28(6):715-719.
- Testa MA, Simonson DC. (1996). Assessment Of Quality-Of-Life Outcomes. 334(13):835-840.
- Top MŞ. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam*, 16(1):18-23.
- Top MŞ, Özden SY, Sevim ME. (2003). Psikiyatride Yaşam Kalitesi. *Düşünen Adam*, 16(1):18-23.

- Townsend MC. (2016). Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri. 6. Baskı. Özcan CT, Gürhan N. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara.
- Tümer A, Hebcan Örs S, Akpınar H. (2019). Yetişkinlerin Ruhsal Hastalığa/Hastalara Yönelik Tutumları. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 3(6):139-147.
- Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. (2003). Şizofreni Hastalarında Aile Ortamı ve Duygu Dışavurumunun Değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*, 6:198-203.
- Ünsal G, Karaca S, Arnik M, Öz YC, Aşık E, Kızılkaya M, Duran S, Aydın S, Türk D, Şıpkın S. (2014). Psikiyatri Kliniğinde Çalışan Hemşirelerin Psikiyatri Hemşiresinin Rollerine İlişkin Görüşleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(2):90-95.
- Yapıcı A. (2011). Kuramdan Yönteme “Ruh Sağlığı-Din” Çalışmalarında Karşılaşılan Güçlükler. *Çukurova Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi*, 11(2):25-61.
- Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R. (2011). Sağlık Çalışanlarında Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Değişkenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(2):61-68.
- Yuan Q, Abdin E, Picco L, Vaingankar JA, Shahwan S, Jeyagurunathan A, Sagayadevan V, Shafie S, Tay J, Chong SA, Subramaniam M. (2016). Attitudes To Mental Illness And Its Demographic Correlates Among General Population In Singapore. *Plos One*, 11(11):e0167297.
- Yeşil B, Han Almış B. (2016). Bir Ruh Sağlığı Hastanesinin Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinden İçselleştirilmiş Damgalanma Düzeyi Açısından Farklılıkları. *F.Ü.Sağ. Bil. Tıp Derg*, 30(3): 125-129.
- Yeşil T, Çetinkaya Uslusoy E, Korkmaz M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yüğü ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(4): 54-66.
- Zamzam R, Midin M, Hooi LS, Yi1 EJ, Ahmad SNA, Azman SFA, Borhanudin MS, Radzi RSM. (2011). Schizophrenia In Malaysian Families: A Study On Factors Associated With Quality Of Life Of Primary Family Caregivers. *International Journal Of Mental Health Systems*, 5(16):1-10.
- Zeng Y, Zhou Y, Lin J. (2016). Perceived Burden And Quality Of Life İn Chinese Caregivers Of People With Serious Mental İllness: A Path Analysis. *International Journal Of Psychosocial Rehabilitation*, 20(1):105-111.

8. EKLER

Ek-1. Katılımcı Bilgi Formu

TANITICI BİLGİ FORMU

1. Cinsiyetiniz: Kadın Erkek
2. Yaşınız:
3. Yetiştüğünüz sosyal çevre: Kent Kırsal
4. Eğitim durumunuz:
 Okur-yazar, İlkokul, Ortaokul, Lise, Üniversite, Lisansüstü.
5. Medeni durumunuz:
 Bekar
 Evli
 Boşanmış
6. Çocuk sahibi olma durumunuz: Evet Hayır
7. Çocuk sayısı: 1 2 3 4 ve üzeri(belirtiniz).
8. Çalışma durumunuz: Çalışıyor Çalışmıyor
9. Gelir durumunuz:
 Gelir giderden az Gelir gidere eşit Gelir giderden fazla
10. Aile yapınız:
 Çekirdek aile Geniş aile Parçalanmış aile
11. Evde yaşayan sayısı:
 2 3 4 ve üzeri
12. Hastaya yakınlığınız nedir:
 Annesiyim Babasıyım Kardeşiyim Eşiyim
 Çocuğu Diğer (belirtiniz):
13. Hastanızla birlikte aynı evde mi yaşıyorsunuz?
 Evet Hayır
14. Hastanızla birlikte gün içinde geçirdiğiniz zaman nedir?
 günde 1- 11 saat günde 12 ve üstü Diğer(belirtiniz):
15. Hastanızın genellikle sizde yaşattığı duygu nedir?
 Korku Öfke Sıkıntı Utanç Umutsuzluk Çaresizlik
 Heyecan Mutluluk Diğer(belirtiniz).....
16. Hastanızın hastalığının adı nedir?

17. İlk hastalık tanısı ne zaman konuldu?

.....

18. Hastanızın yaşı:

19. Hastanızın eğitim durumunedir?

Okur-yazar, İlkokul, Ortaokul, Lise, Üniversite, Lisansüstü.

20. Hastanızın bedensel engeli var mı?

Evet (belirtiniz) Hayır

21. Hastanızın kronik başka bir hastalığı varmı?

Evet (belirtiniz) Hayır

22. Ailede başka psikiyatrik hastalığı olan kişi varmı?

Evet (belirtiniz) Hayır

23. Hastanızın hastaneye kaçınıcı kez yatıyor?

İlk kez 2.kez 3.kez ve daha fazla

24. Hastanızın tedavi ve bakımdan yararlanma düzeyi ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

.....

25. Hastanızın bakımı günlük rutin işlerinizi ve sosyal aktivitelerinizi gerçekleştirmenizi etkiliyor mu?

Her zaman Hiçbir zaman Bazen Çoğu zaman.

Ek-2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

RUHSAL HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ-RHIÖ (BELIEFS TOWARD MENTAL ILLNESS SCALE -BMI)

Aşağıdaki ifadeler, sizin ruhsal hastalığa yönelik inançlarınızı ölçmek için geliştirilmiştir. Bu ifadeleri dikkatlice inceleyerek en doğru şekilde yanıtlamanız oldukça önemlidir. Ankete vereceğiniz yanıtlar araştırmacılar dışında hiç kimse tarafından okunmayacak ve farklı bir amaçla kullanılmayacaktır. Aşağıdaki her bir maddenin yanına, ilgili madde için size göre uygun gelen sayıyı işaretleyiniz. Lütfen size uygun olan tek bir kutucuğa X işareti koyarak yanıtınızı belirtiniz.

0.Tamamen katılmıyorum	1.Çoğunlukla katılmıyorum	2.Kısmen katılmıyorum	3.Kısmen katılıyorum	4.Çoğunlukla katılıyorum	5.Tamamen katılıyorum
------------------------	---------------------------	-----------------------	----------------------	--------------------------	-----------------------



Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						

4. "Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder.					
5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.					
6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.					
7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.					
8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımın ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.					
9. Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.					
10. Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.					
11. Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.					
12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.					
13. Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.					
14. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.					
15. Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.					
16. Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.					
17. Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.					
18. Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.					
19. Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.					
20. Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.					
21. Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.					

Ek-3. Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu



WHOQOL-BREF(TR)
Türkçe Ulusal Kısa Sürüm - Şubat 1999

DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ
RUH SAĞLIĞI PROGRAMI
CENEVRE

SİZİNLE İLGİLİ

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtları yuvarlağa alınız ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? Erkek Kadın

Doğum tarihiniz nedir? _____
GÜN / AY / YIL

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir? Hiç eğitim almadım
 İlkokul-ortaokul
 Lise veya eşdeğeri
 Yüksek

Medeni durumunuz nedir?

hiç evlenmemiş ayrı yaşıyor
 evli boşanmış
 evli gibi yaşıyor eşi ölmüş

Şu anda bir hastalığınız var mı? evet hayır

Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa, sizce bu nedir?

_____ hastalık / sorun

Yönerge

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları cevaplayınız. Eğer bir soruya hangi cevabı vereceğinizden emin olamazsanız, lütfen size en uygun görünen cevabı seçiniz. Genellikle ilk verdiğiniz cevap en uygunu olacaktır.

Lütfen kurallarınızı, beklentilerinizi, hoşunuza giden ve sizin için önemli olan şeyleri sürekli olarak göz önüne alınız. Yaşamınızın **son iki haftasını** dikkate almanızı istiyoruz. Örneğin bir soruda son iki hafta kastedilerek şöyle sorulabilir:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta boyunca başkalarından aldığınız desteğin miktarını en iyi karşılayan rakamı yuvarlağa almalısınız. Buna göre, eğer başkalarından çokça yardım aldıysanız, aşağıdaki gibi 4 rakamını yuvarlağa almanız gerekiyor:

	ÖRNEK SORU	Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
	Gereksiniminiz olan desteği başkalarından alabiliyor musunuz?	1	2	3	4	5

Son iki hafta içinde, ihtiyacınız olan desteği başkalarından hiç alamadıysanız, 1 rakamını yuvarlağa almalısınız.

ŞİMDİ, Lütfen her soruyu okuyunuz, duygularınızı değerlendiriniz ve her bir sorunun ölçeğinde size en uygun olan yanıtın rakamını yuvarlağa alınız.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
2 G4	Sağlığınızdaki ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki hafta içinde kimi şeyleri **ne kadar** yaşadığınızı soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne derece engellediğini düşünüyorsunuz?	1	2	3	4	5
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	1	2	3	4	5
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	1	2	3	4	5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Son derecede
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	1	2	3	4	5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	1	2	3	4	5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorular son iki haftada kimi şeyleri ne ölçüde **tam olarak** yaşadığınızı ya da yapabildiğinizi soruşturmaktadır.

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Tamamen
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	1	2	3	4	5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	1	2	3	4	5
12 F18.1	Gereksinimlerinizi karşılamak için yeterli paranız var mı?	1	2	3	4	5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda gerekli bilgilere ne ölçüde ulaşabilir durumdasınız?	1	2	3	4	5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki sorularda, son iki hafta boyunca yaşamınızın çeşitli yönlerini ne ölçüde iyi ya da doyurucu bulduğunuzu belirtmeniz istenmektedir.

		Çok kötü	Biraz kötü	Ne iyi, ne kötü	Oldukça iyi	Çok iyi
15 F9.1	Hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F 3.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
20 F13.3	Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
23 F17. 3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
24 F19. 3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5
25 F23. 3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	1	2	3	4	5

Aşağıdaki soru son iki hafta içinde bazı şeyleri **ne sıklıkta** hissettiğiniz ya da yaşadığınıza ilişkindir.

		Hiçbir zaman	Nadiren	Ara sıra	Çoğunlukla	Her zaman
26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?	1	2	3	4	5

		Hiç	Çok az	Orta derecede	Çokça	Aşırı derecede
U. 27	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	1	2	3	4	5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?

Bu formun doldurulması ne kadar süre aldı?

Soru formu ile ilgili yazmak istediğiniz görüş var mı?

YARDIMLARINIZ İÇİN TEŞEKKÜRLER.

Ek-4. Etik Kurul İzni

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	"Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Yakınlarının Hastahğa İlişkin Görüşleri ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi"			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğr. Ü. Nevin ONAN			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Psikiyatri Hemşireliği			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Karabük Üniversitesi			
	DESTEKLEYİCİ				
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLAN			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	Karar No: 5/11	Tarih: 02.05.2018		
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.			

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
BAŞKAN / ADI / SOYADI	Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Görüş		Araştırma ile ilgili		Katılım *		İmza
Prof. Dr. İbrahim KÜRTÜL	Anatomi	Karabük 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"/>	
Prof. Dr. Didem ADAHAN	Aile Hekimi	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Raporlu
Prof. Dr. Seyit Ali KAYIŞ	Tıp Bilgisi ve Biyoistatistik	Karabük 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"/>	
Dr. Öğr. Ü. Mehmet KARA	Tıbbi Biyokimya	Karabük 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 type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Ü. Yusuf ERSAN	Histoloji ve Embriyoloji	Karabük 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"/>	
Dr. Öğr. Ü. Gülhan ONAL KOCAMAN	Periodontoloji	Karabük Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	Raporlu
Dr. Öğr. Ü. Nazan KARAHAN	Ebelik	Karabük 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"/>	
Avukat Hüseyin ŞAHİN	Avukat	Karabük 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"/>	

* :Toplantıda Bulunmadı

Ek-5. Kurum İzni

Evrak Tarih ve Sayısı: 06/09/2018-8569



T.C.
ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Sayı : 16734702/622.03/
Konu : Anket Çalışması (Ersin AYAN)

KARABÜK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(Genel Sekreterlik)

İlgi : 13/08/2018 tarihli ve 3943 sayılı yazı.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Ersin AYAN'ın "Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastaların Yakınlarının Hastalığa İlişkin Görüşleri ve Yaşam Kalitelerinin Değerlendirilmesi" konulu tez çalışmasını Merkezimizde yapılabilmesi talebine ilişkin ilgi yazınız Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'na iletilmiş olup, alınan cevabi yazıda söz konusu tez çalışmasının Merkezimizde yapılması uygun bulunmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

e-İmzadır
Dr. Öğr. Üyesi Orhan AYAR
Başhekim V.

Evrak Doğrulama İpti : <http://tezy.beun.edu.tr/en/ikim/Dogrulu/SU429C>

BÜÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü (Yaz İşleri) - Ayntısı İlgili İpti adresi: K.Karabük
ve Evrak Soruları) Koculu/Zonguldak
Tel. : (0372) 261 20 01 Faks : (0372) 261 27 68
E-Posta : sof.kalem@beun.edu.tr Elektronik@http://RuhSacli.beun.edu.tr/v.2/



Ek-6. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

	<p style="text-align: center;">KARABÜK ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ETİK KURUL BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)</p>
---	---

Sizi Dr. Öğr. Üyesi Nevin ONAN danışmanlığında Ersin Ayan tarafından yürütülen “Psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınlarının hastalığa ilişkin görüşleri ve yaşam kalitelerinin değerlendirilmesi.” başlıklı anket ve araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz ve/veya yakınlarınız ile tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Anket formunda 25 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 10 dakikadır. Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Anketi yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz biçiminde yorumlanacaktır. Araştırma sırasında sizden alınan bilgiler araştırmacıda saklı kalacak ve toplanan veriler yalnızca bilimsel amaçla kullanılacaktır.

Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, işbirliğiniz için teşekkür ederiz.

Araştırma Sorumlusu
Dr. Öğr. Üyesi Nevin Onan

Araştırmanın Amacı:

Bu çalışma psikiyatri kliniğinde yatan hastaların yakınlarının hastalığa bakışlarının yaşam kalitesine etkilerini belirlemek ve aralarındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılacaktır.

Araştırmanın Süresi: 6 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 184

Araştırmanın Yapılacağı Yer: Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği

Araştırmaya Katılan Araştırmacılar: Dr. Öğr. Üyesi Nevin Onan ve Ersin AYAN



KARABÜK ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ETİK KURUL

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(ANKET ARAŞTIRMALARI İÇİN)

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı, Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasımın bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi, kurum ve kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

Velayet veya Vesayet Altında Bulunanlar İçin

Veli veya Vasisinin (kendi el yazısı ile)

Adı Soyadı:

İmzası:

Adresi:

Varsa Telefon No:

Tarih (gün/ay/yıl): .../.../....

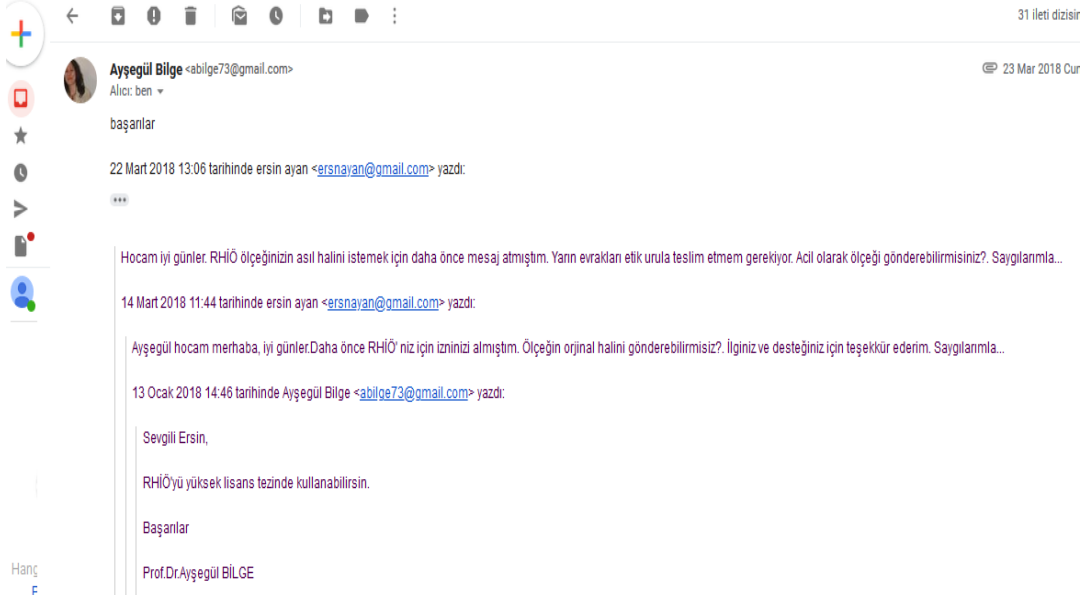
Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../....

Ek-7. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği Kullanım İzni



31 ileti dizisir

Ayşegül Bilge <abilge73@gmail.com>
Alıcı: ben

başarılar

22 Mart 2018 13:06 tarihinde ersin ayan <ersnayan@gmail.com> yazdı:

...

Hocam iyi günler. RHİÖ ölçeğinizin asıl halini istemek için daha önce mesaj atmıştım. Yarı evrakları etik urula teslim etmem gerekiyor. Acil olarak ölçeği gönderebilir misiniz?. Saygılarımla...

14 Mart 2018 11:44 tarihinde ersin ayan <ersnayan@gmail.com> yazdı:

Ayşegül hocam merhaba, iyi günler.Daha önce RHİÖ'niz için izninizi almıştım. Ölçeğin orijinal halini gönderebilir misiniz?. İlginiz ve desteğiniz için teşekkür ederim. Saygılarımla...

13 Ocak 2018 14:46 tarihinde Ayşegül Bilge <abilge73@gmail.com> yazdı:

Sevgili Ersin,

RHİÖ'yü yüksek lisans tezinde kullanabilirsin.

Başarılar

Prof.Dr.Ayşegül BİLGE

Hangi

Ek-8. Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu Kullanım İzni

The screenshot shows a Gmail interface with an email titled "ölçek kullanım izni" (Scale Usage Permission). The email is from "ersin ayan" and is dated 30 Mar 2018 22:18. The sender's name is "Sultan Eser" with the email address <sultan.eser@gmail.com>. The recipient is "Sayın Ayan,". The email content is in Turkish and discusses the use of the WHOQOL-BREF questionnaire. It mentions that the questionnaire is used in the research and that the user is being asked to provide a usage permission form. The email also includes a list of question codes: q1, q2, q3, ..., q26, q27. The email is marked as read and has a star icon.

31 ileti dizisinden 28. < > ⚙

ölçek kullanım izni Gelen Kutusu x ⌵ 🖨️ 📧

ersin ayan 30 Mar 2018 22:18 ☆
Sultan hocam merhaba, iyi akşamlar. Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği'nde yüksek lisans öđ

Sultan Eser <sultan.eser@gmail.com> 2 Nis 2018 13:39 ☆ ↶ ⋮
Alıcı: ben ▾
Sayın Ayan,

Bu iletinin ekinde Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL)-bref'in Türkçe sürümlerini, ölçekle ilgili tanıtım dosyalarını ve Kullanım Sözleşmesini bulacaksınız. Ölçeği kullanmayı planlamanız halinde araştırmanız başlamadan önce lütfen araştırmanız ayrıntılı yöntemini de içerecek olan "[Kullanım Sözleşmesini WHOQOL Türkiye merkezine gönderiniz](#)". Araştırmanız sonuçlandıktan sonra verilerinizi (WHOQOL ulusal havuzu için gerekli olması nedeniyle) sosyodemografik verileri de içeren SPSS veri dosyası biçiminde e-posta yoluyla merkezimize göndermeniz halinde kısa süre (en geç 5 gün) içinde WHOQOL alan (domain) skorları hesaplanıp size geri yollanacaktır. Bize göndereceğiniz SPSS data dosyasında soru kodlarını q1, q2, q3... q26, q27 biçiminde giriniz.

Başarılar dilerim.

9. ÖZGEÇMİŞ

Ersin AYAN 1990 yılında Karabük'te doğdu. İlköğretimi Yenice Yatılı İlköğretim Bölge Okulu'nda; Lise eğitimini Yenice Çok Programlı Lisesi(Yabancı Dil Ağırlıklı)'nde tamamladıktan sonra 2005 yılında Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksekokulu'na girdi. 2009 yılında mezun olduktan sonra Bülent Ecevit Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapmaya başladı. 2016 yılında güz yarısında Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Hemşirelik Biliminde yüksek lisans eğitimine başladı. 2017 yılında görev yerinden ayrıldı ve Gökçebey İlçe Devlet Hastanesi'nde çalışmaya başladı. 2019 yılı itibariyle de göreve başladığı Safranbolu Devlet Hastanesi'nde halen çalışmaktadır.

ADRES BİLGİLERİ

Adres : Safranbolu Devlet Hastanesi, acil servis

Tel : 0533 290 78 34

e-posta: ersnayan@gmail.com