

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı**

**ZORUNLU YATIŞ KARARI İLE SAĞLIK KURULUNA
BAŞVURAN HASTALARIN BİRİNCİ DERECE
YAKINLARININ KAYGI DÜZEYLERİ, OLUMSUZ
YAŞANTI SONRASI STRES DÜZEYLERİ VE BAKIM
YÜKLERİNİN ZORUNLU YATIŞ KARARI OLMAYAN
HASTA YAKINLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Oya KAPTAN

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN**

İstanbul – 2023

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Oya KAPTAN

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : Zorunlu Yatış Kararı ile Sağlık Kuruluna Başvuran Hastaların Birinci Derece Yakınlarının Kaygı Düzeyleri, Olumsuz Yaşantı Sonrası Stres Düzeyleri ve Bakım Yüklerinin Zorunlu Yatış Kararı Olmayan Hasta Yakınları ile Karşılaştırılması

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : Psikoloji Anabilim Dalı

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Tezin Tarihi : 21.01.2023

Sayfa Sayısı : 97

Tez Danışmanları : Dr. Öğr. Üyesi Erkal Erzincan

Dizin Terimleri : Zorunlu yatış, Hasta yakını, Kaygı, Olumsuz yaşantı, Bakım yükü

Türkçe Özet : Bu araştırmada sağlık kuruluna başvurarak zorunlu yatış kararı ile hastaneye yatışı yapılan ve istemli olarak yatırılan hastaların birinci derece yakınlarının sosyodemografik ve klinik özellikleri, kaygı düzeyleri, olumsuz yaşantı sonrası stres düzeyleri ve bakım yükü düzeylerini karşılaştırmak amaçlanmıştır.

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

**T. C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı**

**ZORUNLU YATIŞ KARARI İLE SAĞLIK KURULUNA
BAŞVURAN HASTALARIN BİRİNCİ DERECE
YAKINLARININ KAYGI DÜZEYLERİ, OLUMSUZ
YAŞANTI SONRASI STRES DÜZEYLERİ VE BAKIM
YÜKLERİNİN ZORUNLU YATIŞ KARARI OLMAYAN
HASTA YAKINLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI**

Yüksek Lisans Tezi

Oya KAPTAN

**Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN**

İstanbul – 2022

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Oya KAPTAN

.../.../2023



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Oya KAPTAN'ın "Zorunlu Yatış Kararı ile Sağlık Kuruluna Başvuran Hastaların Birinci Derece Yakınlarının Kaygı Düzeyleri, Olumsuz Yaşantı Sonrası Stres Düzeyleri ve Bakım Yüklerinin Zorunlu Yatış Kararı Olmayan Hasta Yakınları ile Karşılaştırılması" adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı, Klinik Psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN
(Danışman)

İmza

Üye

Dr. Öğr. Üyesi İshak SAYĞILI

İmza

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Selim
ARPACIOĞLU

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylıyorum.

... / ... / 2023

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

ZORUNLU YATIŞ KARARI İLE SAĞLIK KURULUNA BAŞVURAN HASTALARIN BİRİNCİ DERECE YAKINLARININ KAYGI DÜZEYLERİ, OLUMSUZ YAŞANTI SONRASI STRES DÜZEYLERİ VE BAKIM YÜKLERİNİN ZORUNLU YATIŞ KARARI OLMAYAN HASTA YAKINLARI İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Bu çalışmanın amacı zorunlu yatışla sağlık kuruluna başvuran bireylerin birinci derece yakınlarının kaygı düzeyleri ve olumsuz yaşantı sonrası stres düzeylerini belirlemek ve bakım yükünü değerlendirmek ve istemli yatış kararı verilen hasta yakınları ile karşılaştırmaktır. Çalışmaya Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Sağlık Kurulu tarafından zorunlu yatış kararı verilen 100 hastanın yakını ve istemli yatışı uygun görülen 93 hastanın yakını dahil edilmiş ve katılımcılara kaygı, olumsuz yaşantıların yarattığı stres ve bakım yükü düzeylerini ölçen çeşitli ölçekler uygulanmıştır. Katılımcılara ölçekler uygulanmadan önce çalışmanın içeriği ve uygulanacak ölçekler açıklanmış, yazılı onam formu alınmıştır. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formunun yanında Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI), Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R), Bakım Verme Yükü Ölçeği (CB) kullanılarak veriler toplanmış ve analiz edilmiştir. Ulaşılan sonuçlara göre zorunlu yatış kararı verilen hastaların yakınlarında durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri, yatış sürecinden olumsuz etkilenme düzeyleri ve bakım yükü istemli yatış kararı verilen hasta yakınlarına göre daha yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Zorunlu yatış, Hasta yakını, Kaygı, Olumsuz yaşantı, Bakım yükü.

SUMMARY

COMPARISON OF THE ANXIETY LEVELS, THE STRESS LEVELS FOLLOWING THE NEGATIVE LIFE EVENT AND THE CAREGIVING LOADS BETWEEN THE RELATIVES OF THE PATIENTS WHO APPLIED TO THE HEALTH COMITEE WITH THE MANDATORY HOSPITALIZATION VERDICT AND THE RELATIVES OF THE PATIENTS WITHOUT THE MANDATORY HOSPITALIZATION VERDICT

The aim of this study is to determine the anxiety levels and stress levels following the hospitalization and to evaluate the caregiving burden of the first-degree relatives of the individuals who applied to the health committee with compulsory hospitalization, and to compare them with the relatives of the patients who were hospitalized voluntarily. Relatives of 100 patients who were given the decision of compulsory hospitalization by Samsun Mental Health and Diseases Hospital's Health Comitee and relatives of 93 patients whose voluntary hospitalization was deemed appropriate were included in the study, and various scales measuring anxiety, stress caused by negative experience and caregiving burden were applied to the participants. Before the scales were administered to the participants, the content of the study and the scales to be applied were explained, and a written consent form was obtained. Data were collected and analyzed using the Sociodemographic and Clinical Data Form, as well as the State and Trait Anxiety Inventory (STAI), the Impact of Events Scale (IES-R), and the Caregiver Burden Scale (CB). According to the results, the state and trait anxiety levels, the levels of negative effects due to the hospitalization event, and the caregiving burden level were found higher in the relatives of the patients who were given the decision for compulsory hospitalization compared to the relatives of the patients who were given the decision for voluntary hospitalization.

Keywords: Compulsory Hospitalization, Patient Relative, Anxiety, Negative Experience, Caregiving Burden.

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ÖNSÖZ.....	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURULUŞLARINDA ZORUNLU YATIŞ KARARI

1.1. Zorunlu Yatış.....	4
1.2. Zorunlu Yatışın Sonuçları ve Etkileri.....	7

İKİNCİ BÖLÜM

PSİKİYATRİK HASTA YAKINLARINDA KAYGI, OLUMSUZ YAŞAM OLAYLARI KAYNAKLI STRES VE BAKIM YÜKÜ HAKKINDA TEMEL BİLGİLER

2.1. Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Kaygı	8
2.1.1. Kaygı ve Belirtileri	8
2.1.2. Kaygıyı Etkileyen Faktörler.....	9
2.1.3. Kaygının Sonuçları ve Etkileri	10
2.1.4. Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Kaygı	10
2.2. Olumsuz Yaşantıya Bağlı Stres, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Stres	11
2.2.1. Olumsuz Yaşantı Örnekleri	11
2.2.2. Olumsuz Yaşantı Sonrası Stres	12

2.2.3. Stres Belirtileri	13
2.2.4. Travma	13
2.2.5. Akut Stres Tepkisi	14
2.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu	14
2.2.7. Stresin Sonuçları ve Etkileri	15
2.2.8. Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Stres	15
2.3. Bakım Yükü.....	16
2.3.1. Bakım Yükünün Tanımı	16
2.3.2. Bakım Yükünün Sonuçları ve Etkileri.....	17
2.3.3. Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Bakım Yükü.....	17
2.4. Kaygı, Stres ve Bakım Yükü İlişkisi	18

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı	19
3.2. Araştırmanın Problemi	19
3.3. Araştırmanın Yöntemi.....	19
3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi.....	21

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

SONUÇ VE ÖNERİLER.....	62
KAYNAKÇA	64
EKLER.....	71

KISALTMALAR

BAB: Bipolar Affektif Bozukluk

STAI: Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

IES-R: Olayların Etkisi Ölçeği

CB: Bakım Verme Yüğü Ölçeği



TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Zorunlu Yatış Kararında Kriterler.....	5
Tablo 2. Zorunlu Yatış Kararı Prosedürleri.....	6
Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yatış Türüne Göre Karşılaştırılması	27
Tablo 4. Katılımcıların Bakım Vermekle Yükümlü Olduğu Hastalara İlişkin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Yatış Türüne Göre Karşılaştırılması	28
Tablo 5. Katılımcıların Bakım Vermekle Yükümlü Olduğu Hastalara İlişkin Paylaşmaya Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Yatış Türüne Göre Karşılaştırılması (Devamı).....	29
Tablo 6. Katılımcıların Yaş ve Katılımcıların Bakım Vermekle Yükümlü Olduğu Hastaların Yaşı, Hastalık Süresi, Evde Yaşayan Kişi Sayısı ve Hasta İle Birlikte Oturulan Sürenin Yatış Türüne Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 7. Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	31
Tablo 8. Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 9. Olayların Etkisi Ölçeği'nin Alt Ölçeği Olan Kaçınma Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	37
Tablo 10. Olayların Etkisi Ölçeği'nin Alt Ölçeği Olan Yeniden Yaşantılama Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 11. Olaylar Etkisi Ölçeği'nin Alt Ölçeği Olan Aşırı Uyarılmışlık Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması.....	42
Tablo 12. Olayların Etkisi Ölçeği Toplam Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 13. Bakım Verme Yükü Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 14. Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı, Olayların Etkisi Ölçeği ve Alt Ölçekleri ve Bakım Verme Yükü Puanlarının Yatış Türüne Göre Karşılaştırılması	50

Tablo 15. Yatış Türlerinde Sürekli ve Durumluk Kaygı, Olayların Etkisi Ölçeği ve Alt Ölçekleri ve Bakım Verme Yükü Puanlarının Katılımcının Yaşı, Katılımcının Bakmakla Yükümlü Olduğu Hastanın Yaşı, Hastalık Süresi, Evde Yaşadığı kişi Sayısı, Hasta ile Birlikte Oturma Süresi Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Korelasyon Analizi.....	50
---	----



ÖNSÖZ

Bu çalışmanın yürütülmesi sırasında desteğini esirgemeyen tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Erkal Erzincan'a, çalışmayı yürüttüğüm Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi başhekimisi Uzm. Dr. Demet Ünsal Çelebi'ye ve bu süreçte yardımlarını esirgemeyen tüm hastane çalışanlarına, yaşadıkları sıkıntılı süreç esnasında çalışmamıza katılma kibarlığını gösteren değerli hasta yakınlarına, çalışmamızın başlangıcından bitişine, her anında desteğini, ilgisini, emeğini esirgemeyen sevgili dostum Uzm. Dr. Pınar Çelikkıran Erdem'e, her anımda yanımda olan sevgili annem A. Nesrin Kaptan, kardeşim Esra Kaptan, nişanlım Erhan Oğru'ya ve değerli aileme, bu meşakkatli süreçte yanımda olan tüm arkadaşlarıma ve bu süreçte belki biraz ihmal ettiğim güzel kedim Karınca'ya ve Alice'e tüm kalbimle çok teşekkür ederim.

Bugünü görmeyi çok isteyen ancak maalesef bu süreçte kaybettiğim canım babam Diş Hekimi Tarık Kaptan'a ithafen...

Oya KAPTAN

GİRİŞ

Zorunlu yatış kararı, bireylerin tanı ve/veya tedavi amacıyla kendi isteklerinin dışında hastaneye yatırılmasını ifade etmektedir. Zorunlu yatış kararı çağdaş dönemde psikiyatride yaygın şekilde tercih edilmekle birlikte üzerinde çok sayıda tartışmanın süregeldiği bir alandır. Psikiyatri pratiğinde kendisine ve/veya toplumsal düzene zarar verme ihtimali olan hastalar için kendisi ve çevresi için yarar sağlayacak şekilde zorunlu yatış kararının verilmesi söz konusu olabilmektedir. Zorunlu yatış kararı konusunda yasal düzenlemelere gereksinim duyulmaktadır ve bu ihtiyaç konunun hukuki boyutunu oluşturmaktadır (Şen ve Özkan, 2017, s. 177).

Zorunlu yatış kararı, hastaneye yatan bireyler üzerinde olumsuz duygu ve düşüncelere neden olduğu gibi hasta yakınlarını da olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Zorunlu yatış kararının verilmesinde kişinin kendisine ve çevresine zarar vermesi önemli bir kriterdir. Bu zarar verme davranışlarından özellikle aile bireyleri çok sık etkilenebilmekte ve ciddi psikiyatrik semptomlar gösterebilmektedirler. Bu süreçte özellikle birinci derece hasta yakınlarında olumsuz yaşantı sonrası stres ve kaygı düzeylerinin artması söz konusu olabilmektedir. Ayrıca zorunlu tedavi ihtiyacı olan hastaların kendisine ve çevresine zarar verici davranışları olması ailenin sürekli ilgisini gerektirerek özellikle aile bireylerinin bakım yükünü arttırmaktadır. Olumsuz yaşantı deneyimlerinin yanı sıra bakım yükü ile ilgili süreçler de hasta yakınlarında stres ya da kaygı meydana getirebilmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda, çalışmamızın hipotezi zorunlu yatışı olan hastaların yakınlarında olumsuz yaşantı sonrası stres düzeylerinin, kaygı düzeylerinin ve bakım yüklerinin istemli yatışına karar verilen hasta yakınlarından daha yüksek olduğudur.

Olumsuz yaşam olayları, kişide duygu ve düşünceleri kontrol etmede zorluk meydana getirdiği için stres oluşturur. Olumsuz yaşantı sonrasında stresle ilgili tepkileri kontrol etmede güçlük, başarısızlık, psikolojik destek alma gibi hususların arttığı gözlenmektedir (Efe, 2018, s. 98). Bu durum stresle mücadele edilmesini ve stresin yönetilmesini gerektirmektedir. Çalışma kapsamında stres, zorunlu yatış kararı verilen hastaların birinci derece yakınlarında, olumsuz yaşam olayı olarak hastanın hastaneye yatışı ve yatış esnasına kadar hastalık dolayısıyla hasta yakınlarının maruz kalabileceği fiziksel ve/veya sözel şiddet, tehdit hakaret gibi durumlar hedef alınarak

değerlendirilmektedir. Zorunlu yatış sürecinin hasta yakınlarında stres düzeyini arttırdığı ve kaçınma, yeniden yaşantılama ve aşırı uyarılmışlık gibi olumsuz yaşantı sonrası strese bağlı semptomların ortaya çıkmasına sebep olacağı düşünülmektedir.

Kaygı, geçmişten bu yana insan hayatının en önemli sorunlarından birisidir. Kaygı, insanların fiziksel ve psikolojik açıdan normalin dışında tepkiler vermesine neden olmaktadır (Şahin, 2019, s. 119). Çalışmamızda, zorunlu yatış kararı verilen hastaların birinci derece yakınlarının kaygı düzeylerinin zorunlu yatış sürecine bağlı olarak daha yüksek olduğu öngörülmektedir.

Bakım yükü, bakım ihtiyacı olan kişiye bakım veren birisinin karşılaştığı güçlükleri içermektedir. Bakım yükü, insanların kendi ihtiyaçlarını ikinci plana atmasına neden olabilmekte, kendisiyle ilgili konuları ertelemesini beraberinde getirmektedir (Fertelli ve Tuncay, 2019, s. 108). Bakım yükü aynı zamanda insanların yaşam kalitesini düşürmektedir. Fiziksel ve psikolojik açıdan yaşanan zorluklar, bakım verme yükü ile yakından ilişkili konular olarak görünmektedir. Çalışmamızda zorunlu yatış kararı verilen hastaların yakınlarında, zorunlu yatış gerektiren hastaların kendisine ve çevresine zarar verici davranışları ile ilintili şekilde bakım yükünün daha fazla olduğu öngörülmektedir.

Dört bölümden oluşacak şekilde kurgulanan çalışmanın birinci bölümünde zorunlu yatış kararının tanımı, klinik psikolojideki yeri ve sonuçları incelenmektedir.

İkinci bölüm kaygı, olumsuz yaşantı, stres ve bakım yükü hakkında temel bilgilerden oluşmaktadır.

Üçüncü bölümde çalışma kapsamında yapılacak olan araştırmanın hipotezi, amacı ve yöntemi açıklanarak ilerleme kaydedilmektedir.

Zorunlu yatış kararı verilmiş ve yatarak istemli tedavi gören hastaların birinci derece yakınları hakkında ulaşılan bulgular dördüncü bölümde sunulmaktadır.

Ulaşılan sonuçların irdelenerek tartışılacağı ve sonuçlar doğrultusunda öneriler getirileceği son bölüm ile birlikte çalışma tamamlanacaktır.

Bu araştırmanın temel amacı zorunlu yatış kararı ile sağlık kuruluna başvuran ve istemli olarak yatırılan bireylerin birinci derece yakınlarının kaygı düzeyleri ve

olumsuz yaşantı sonrası stres düzeylerini belirlemek ve bakım yükünü değerlendirmek ve bu verileri karşılaştırıp aralarında farklılık olup olmadığını; böylece zorunlu yatış kararının birinci derece hasta yakınlarında kaygı, olumsuz yaşantı sonrası stres ve bakım yükü düzeylerinde artışa sebep olup olmadığını araştırmak olarak belirlenmiştir. Çalışmanın hipotezi, zorunlu yatış kararı ile hastane yatışı olan hastaların birinci derece yakınlarının kaygı, olumsuz yaşantı sonrası stres ve bakım yükü düzeylerinin, istemli yatış ile hastane yatışı olan hastaların birinci derece yakınlarından yüksek olduğudur. Zorunlu yatış kararı ile birlikte hastanın yanında hasta yakınlarının karşılaştığı psikolojik zorlukların tespit edilmesi, bu sayede koruyucu veya tedavi edici sağlık hizmetlerine yeterli ulaşımın sağlanmasına yönelik farkındalığın oluşturulabilmesi araştırmanın amacı kapsamında yer almaktadır. Ayrıca bakım yükünün hasta yakınlarına yönelik etkilerini incelemek, bu sayede hasta yakınları için faydalı olabilecek sosyal destek ağlarının geliştirilmesine yönelik müdahalelere dikkat çekmek araştırmanın ne çıkan amaçlarından birisidir.

Böyle bir çalışma hazırlanması ile birlikte zorunlu yatış kararı, kaygı, olumsuz yaşantı sonrası stres ve bakım yükü ile ilgili yazına katkıda bulunulması hedeflenmektedir. Çalışma kapsamında ulaşılacak olan bilgilerin benzer araştırmalar için referans niteliği taşınması beklenmektedir. Ayrıca literatüre yapılacak katkıların, zorunlu yatış sürecinde hastaların olduğu kadar hasta yakınlarının da psikiyatrik semptomlar açısından yakın takip edilmesinin, ihtiyaç duyulacak koruyucu önlemlerin ve tedavilerin planlanmasının gerekliliğini göstereceği ve bu alandaki çalışmalara yol gösterici nitelikte olacağı düşünülmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK KURULUŞLARINDA ZORUNLU YATIŞ KARARI

Çalışmanın bu bölümünde zorunlu yatışın tanımı, önemi, sonuçları ve etkileri incelenmektedir.

1.1. Zorunlu Yatış

Zorunlu yatış, psikiyatri ve psikoloji alanlarında pek çok tartışmanın yaşandığı bir konudur. Zorunlu yatış, hastaların en az olumlu tutuma sahip olduğu sağlık süreçlerinden bir tanesi olarak nitelendirilmektedir (Pallis ve ark., 2007, s. 307). Zorunlu yatış ve tedavi, bireyin herhangi bir psikiyatrik hastalık ve/veya alkol/madde kullanımı nedeniyle muhakeme yeteneğinin bozulduğu, bu nedenle kendisine ya da çevresine zarar verme ihtimalinin ortaya çıktığı durumlarda gündeme gelmektedir (Cetolin ve ark., 2021, s. 43402).

“Zorunlu yatış terimi hastaların kendi rıza ve istekleri dışında hastaneye yatışlarının yapılması ve yatışları sırasında tedavilerinin düzenlenmesi anlamına gelmektedir. İstem dışı, gönülsüz ya da zorla tedavi terimi ise hastaların bir hastalıkları olduğu ve bu hastalık sebebiyle tedavi ihtiyaçlarının bulunduğunu kabul etmemeleri, bunun sonucu olarak aydınlatılmış onam veremeyecek durumda olmalarında başvurulmuş adli uygulamalardandır” (Gündüz, 2019, s. 265). Bu tanım insanların tedaviyi reddetmesine rağmen yasal ve etik nedenlerle zorunlu tedavinin yürütülmesini açıklamaktadır. Bireyin reddine rağmen zorunlu olarak yatış kararının verilmesi, etik açıdan tartışmaların ortaya çıkmasındaki temel etkendir.

Zorunlu yatış konusunda çeşitli ülkelerde farklı uygulamaların söz konusu olduğu görülmektedir. Aşağıdaki tabloda çeşitli ülkelerde zorunlu yatış kriterleri, kararın kimler tarafından ve kaç kişilik uzman ekibi tarafından verildiğine dair örnekler derlenmiştir.

Ülkemizde zorunlu yatış ve tedavi kararı süreci üç psikiyatri uzmanı tarafından düzenlenen sağlık kurulu raporunun ilgili mahkemeye iletilmesi ve hakimnin bu bilirkişi raporuna dayanarak zorunlu yatış kararı vermesi şeklinde ilerlemektedir.

Zorunlu yatış kararı ülkemizde Türk Medeni Kanunu'nun 432. Maddesi ile düzenlenmiştir. Zorunlu yatış konusunda hastalar ve hasta yakınlarının yasal yollarla itiraz hakkı bulunmaktadır. Ülkelere göre farklı uygulamaların görüldüğü zorunlu yatış sürecinde hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi gerekmekte ve beklenmektedir (Nesipoğlu, 2015, s. 22).

Tablo 1. Zorunlu Yatış Kararında Kriterler

Ülke	Kriter	Değerlendiren Uzman Sayısı	Karar Verici
Almanya	Tehlikelilik	1	Hakim, savcı veya belediye başkanı
Fransa	Tehlikelilik	2	Kamu görevlisi
Hollanda	Tehlikelilik	1	Hakim
Avusturya	Tehlikelilik	2	Kamu görevlisi
Belçika	Tehlikelilik	1	Kamu görevlisi
Lüksemburg	Tehlikelilik	2	Psikiyatri uzmanı
Portekiz	Tehlikelilik / tedavi gereksinimi	2	Kamu görevlisi
Yunanistan	Tehlikelilik / tedavi gereksinimi	2	Kamu görevlisi
İrlanda	Tehlikelilik / tedavi gereksinimi	2	Tıp uzmanı
İngiltere	Tehlikelilik / tedavi gereksinimi	2	Kamu görevlisi
Danimarka	Tehlikelilik / tedavi gereksinimi	1	Tıp uzmanı
Finlandiya	Tehlikelilik / tedavi gereksinimi	2	Tıp uzmanı
İsveç	Tehlikelilik	2	Tıp uzmanı
İtalya	Tehlikelilik	2	Belediye başkanı
İspanya	Tehlikelilik	2	Kamu görevlisi

Kaynak: Demirdoğan ve Solmaz, 2018, s. 86.

Ülkelerin zorunlu yatış konusundaki prosedürleri, psikiyatri ve klinik psikolojide zorunlu yatışın yeri ve önemini göstermektedir. Görüldüğü üzere zorunlu yatışla ilgili süre konusunda ülkelerin farklı prosedürleri bulunmaktadır. Zorunlu yatış kararında belirtilen yatış süresi ile ilgili olarak da çeşitli uygulamalar mevcuttur. Bazı ülkelerde yatış kararı ile süre belirtilmektedir. Ülkemizde Türk Medeni Kanunu'nun 432. Maddesi ile belirlenen zorunlu yatışlarda süre belirtilmemekte, tedavi süresi takip eden hekimin inisiyatifinde bulunmaktadır. Tedavi ile tehlikelilik halinin ortadan kalktığı durumda kişi üç psikiyatri uzmanından oluşan sağlık kurulu tarafından tekrar değerlendirilmekte, hastanın tehlikeliliğinin ortadan kalktığı hususunda rapor düzenlemekte ve bu raporu ilgili mahkemeye iletmektedir. Mahkeme, sağlık kurulu raporunu esas alarak taburculuk kararı vermektedir. Bu süreç Türk Medeni

Kanunu'nun 433. Maddesi ile düzenlenmiştir. Yatış süresi için çeşitli ülkelerdeki farklı uygulamalar tablo üzerindeki bilgiler aracılığıyla anlaşılmaktadır.

Tablo 2. Zorunlu Yatış Kararı Prosedürleri

Ülke	Maksimum Süre (Gün)	Maksimum İlk Yatış Süresi
Almanya	Her eyalette farklı [1-14 gün arası]	İlk alıkoyma 6 hafta, sürekli yatırma 12 ay, ağır vaka- larda 24 ay
Fransa	24 saat - 15 gün	Belirtilmemiş
Hollanda	5	İlk alıkoyma 3 hafta, sürekli yatırma 6 ay veya 12 ay
Avusturya	4	3 ay
Belçika	15	Değerlendirme için 40 gün, sürekli yatırma için 2 yıl
Lüksemburg	3	İlk alokoyma 14 gün
Portekiz	12	Belirtilmemiş
Yunanistan	10	6 ay
İrlanda	1	21 gün
İngiltere	14	Değerlendirme için 28 gün, tedavi için 6 ay
Danimarka	Tehlikeli kriteri için 24 saat, tedavi gereksinimi için 7 gün	Belirtilmemiş
Finlandiya	3	9 ay
İsveç	4	4 hafta
İtalya	2	7 gün

Kaynak: Demirdoğan ve Solmaz, 2018, s. 89.

Psikiyatrik hastalıklarda zorunlu yatış sık karşılaşılan bir durumdur. Hastaların tedavi olmamaları halinde kendileri ve toplum için tehlike arz eden durumların ortaya çıkması söz konusu olabileceği için zorunlu yatış kararı verilmektedir (Er ve Şehiraltı,

2010, s. 39). Dolayısıyla zorunlu yatışın tanımında hasta ve toplum açısından açıklamalar getirilmektedir.

Psikiyatrik hastalığı olan kişilerde zorunlu yatış kararı, etik açıdan tartışılırken uygulamalar açısından iki temel görüş ön plana çıkmaktadır. Görüşlerden ilki, kişinin kendisi ve toplum için tehlikenin varlığına odaklanmakta iken ikincisi tedavinin gerekliliğini vurgulamaktadır (Şen ve Özkan, 2017, s. 177). Psikiyatrik hastalığı olan kişiler zaman zaman kendisine veya çevresine zarar verici davranışlarda bulunabilmektedirler. Bu durumda kişinin kendisini ve çevresini korumak amacıyla zorunlu hastane yatışı gündeme gelebilmektedir. Bazı durumlarda ise kişi psikiyatrik hastalığı olduğunu kabul etmemekte, tedavi ihtiyacı olduğunu reddetmekte olabilir. İçgörünün yetersiz olduğu hastalarda da zorunlu yatış ve tedavi kararı verilebilmektedir. Her iki görüşte de psikiyatrik hastalık tanısının mevcut olması öne çıkmaktadır.

1.2. Zorunlu Yatışın Sonuçları ve Etkileri

Hastaların kendisine ve çevresine zarar verme risklerinin bulunması ve/veya psikiyatrik hastalıklarını kabul etmemeleri ve tedaviyi reddetmeleri, zorunlu yatış kararı verilmesinin temel nedenleridir. Psikiyatri pratiğinde, zorunlu yatış konusundaki örneklerle sık sık karşılaşmaktadır (Gündüz, 2019, s. 267). Zorunlu yatışın sonuçları ve etkileri, hastaların yanında hasta yakınları ve hekimler, psikologlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının sürece yönelik yaklaşımları ile doğrudan ilgilidir.

Dünya Sağlık Örgütü, Ruh Sağlığı Yasası'nı toplumlardaki gelişmişliğin bir göstergesi olarak kabul etmektedir (Nesipoğlu, 2017, s. 49; WHO, 1996). Bu da ülkelerin zorunlu yatışla ilgili alacakları kararları etkileyebilmektedir. Gelişmişlik düzeyinin yüksek olarak görünmesi için ülkelere göre değişecek şekilde zorunlu yatışla ilgili daha esnek ya da daha katı uygulamalara yer verilmesi mümkündür.

Zorunlu yatış, hasta ve hasta yakınlarının yaşam kalitesini etkiler. Zorunlu yatış kararının anksiyete, depresyon, sosyal ilişkiler, duyuşal fonksiyonlar, genel sağlık durumu ve rol kısıtlamaları ile ilişkili olduğu anlaşılmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011, s. 251-177).

İKİNCİ BÖLÜM

PSİKİYATRİK HASTA YAKINLARINDA KAYGI, OLUMSUZ YAŞAM OLAYLARI KAYNAKLI STRES VE BAKIM YÜKÜ HAKKINDA TEMEL BİLGİLER

Çalışmanın bu bölümünde ilk olarak kaygı ve stres hakkında temel bilgilere yer verilmektedir. Ardından bakım yükünün kapsamını açıklamaya yönelik açıklamaların iletilmesi kurgulanmıştır.

2.1. Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Kaygı

Kaygı, insanlar için günümüzdeki en yaygın psikiyatrik semptomlardan bir tanesidir (Karakaya ve Öztop, 2013, s. 10). Kaygının kapsamını ortaya koymak adına kaygının tanımı ve belirtileri, kaygıyı etkileyen faktörler, psikiyatrik hasta yakınlarında kaygı ve sebepleri, kaygının sonuçları ve etkileri konuları incelenecektir.

2.1.1. Kaygı ve Belirtileri

“Kaygı, kişinin bir uyararla karşı karşıya kaldığında yaşadığı, bedensel, duygusal ve zihinsel değişimlerle kendini gösteren aşırı uyarılmışlık durumudur” (Karakas, 2013, s. 139). Kaygı, korku ve endişe hali ile yakından ilişkili olup insanların gündelik hayattaki davranışsal tepkileri ve yanıtlarını tetikleyen emosyon olarak da açıklanmaktadır (Aydın, 2017, s. 228).

İnsanlarda fiziksel ve psikolojik açıdan değişimler göstermesi, kaygının ayırt edici yönlerinden bir tanesidir. Psikoloji disiplini kapsamında yer alan pek çok ruhsal bozukluk, kaygı ile ilişkilidir (Çoban ve Karaman, 2013, s. 78). Kaygının belirtilerinin yanında kaygının sonuçları ve etkileri de ruhsal bozukluklarla yakından ilişki içindedir. Bireyler, kaygılı oldukları durumlarda bunu öncelikle fiziksel olarak yansıtmaktadırlar. Jestler, mimikler, göz bebeklerinin büyümesi, çarpıntı, kaslardaki gerginlikler kaygı halini yansıtan fiziksel belirtilere örnek olarak gösterilebilir (Alçı, Aydın ve Aydemir, 2019, s. 390).

Kaygı, günlük olaylarda yaşanan endişe, huzursuzluk gibi durumları içermektedir. Bireyin korkuyu kontrol altına almakta zorlanması, kaygı ile ilgili önemli göstergelerden bir tanesidir. Huzursuzluk, uykusuzluk, çabuk yorulma, kas gerginliği, odaklanma sorunları yaşama gibi bulgular kaygıyı açıklamada önemli bir yere sahiptir. Kaygı düzeyinin artmasıyla işlevsellik açısından problemlerin oluşmaya başlaması da göz önünde bulundurulması gereken bir ayrıntıdır.

Kaygının fiziksel, bilişsel, davranışsal belirtileri bulunmaktadır. Fiziksel açıdan belirtiler arasında kalp atışının artması, aşırı yorgunluk, solunum hızının yükselmesi, karın ağrısı, mide bulantısı, baş dönmesi, kızarma, kusma, terleme, uyuşma, ağız kuruluğu öne çıkmaktadır. Bilişsel belirtiler; küçük düşme veya incinme korkusu, kendini eleştirme düşüncesi, unutkanlık, konsantrasyon güçlüğü yaşama, yetersiz olma düşüncesi şeklinde sıralanmaktadır. Kaygının davranışsal belirtileri arasında kaçınma, tırnak yeme, sesin titremesi, konuşurken zorlama, hareketsiz kalma, göz teması kurmaktan kaçınma, yutkunma yer almaktadır. Kaygının varlığını yansıtan pek çok örnek olduğunu ortaya koyması bakımından kaygının belirtilerini tanımak önemlidir.

2.1.2. Kaygıyı Etkileyen Faktörler

Gündelik hayatın seyrinde kaygının var olduğunu ortaya koyan örnekler sık görülmektedir (Asoğlu vd., 2018, s. 243). Bu durum aynı zamanda kaygıyı etkileyen faktörlerin sayısının fazla olması ile ilişkilidir. İnsanların hayatlarını sürdürürken karşılaştıkları beklenmedik durumların kaygı düzeylerini doğrudan ya da dolaylı bir biçimde etkilemesi söz konusu olmaktadır.

Kaygıyı etkileyen faktörler kaygının durumluk ya da sürekli nitelikte kaygı olmasına göre değişebilir. Durumluk kaygı, geçici ve kısa süreli endişe halini tanımlayan öznel bir yaşantı deneyimidir. Sürekli kaygı ise kaygının devamlılık arz ettiği ve hayatın geneline yayıldığı durumları tanımlamaktadır (Büyüköztürk, 1997, s.453-464).

Kaygının durumluk ya da sürekli olma durumuna göre etkili olan faktörler değişkenlik gösterebilir. İçsel ve dışsal uyaranlar, kaygı üzerinde etkili olmaktadır. Bireysel farklılıklar ve bireysel endişe kaynakları kaygıyı etkileyen faktörler arasında gösterilmektedir. Yaşanan gelişmeler karşısında bireylerin bilişsel değerlendirmeler

yapması, kaygıyı etkileyen faktörlerden bir diğeridir. Savunma mekanizmaları, kaygı üzerinde etkisi olan ve kişiden kişiye göre değişkenlik gösteren bir diğer husustur. Buradan hareketle kaygıyı etkileyen faktörlerin kişiden kişiye değişmesi beklenmektedir (Çapkın, 2011, s. 24).

2.1.3. Kaygının Sonuçları ve Etkileri

İnsanların temel duygularından biri olan kaygı, varlığı halinde olağan karşılanmaktadır. Hayatın dönemine ve seyrine göre kaygı normal karşılanabilir. Kaygının sürekli hale gelmesi ya da şiddetinin yüksek olması halinde ise aynı şeyleri söylemek güçtür. Bu durumlarda farklı ruhsal bozuklukların gözlenmesi söz konusu olabilir. Depresyonun ortaya çıkması buna örnek olarak gösterilebilir. Kaygının sonuçları ve etkileri, travma beklentisinin ortaya çıkması ile ilişkilendirilmektedir (Karadağ ve Sölpük, 2018, s. 164).

Kaygının sonuçları ve etkileri insan hayatının her aşamasında kendisini gösterebilir. Ayrıca kısa ve uzun vadeli olacak şekilde etkilerin gözlenmesi kaygının sonuçları ve etkilerini önemli hale getirmektedir. Kaygı sonucunda insanların sosyal yaşamları zarar görmektedir. Kaygı hisseden bireylerin sosyal ilişkilerinde bozulmalar gözlenmektedir (Öztürk, 2014, s. 16). İnsanın gündelik hayatta olduğundan farklı şekilde davranışlar sergilemesi, kaygının önemli sonuçları arasında yer almakla birlikte kaygının sosyal ilişkilere verdiği zararı yansıtması yönüyle dikkate alınmalıdır. Kaygı, insanın yaşamının seyrini kayda değer düzeyde değiştirmektedir denilebilir.

2.1.4. Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Kaygı

Kronik psikiyatrik hastalıklar, hastanın uzun süreli desteğe ihtiyaç duyduğu hastalıklardır. Özellikle hastalıkların atak dönemlerinde hastanın içgörü azlığı sebebiyle gereken sağlık hizmetlerine ulaşımın hasta yakınları tarafından sürdürülmesi, hastanın kendisine ve/veya başkasına zarar verici davranışlarının olabilmesi, ilaç uyumsuzluğu sebebiyle hasta yakınlarına ilaç takibi sürecinde düşen görevler açısından hem hasta hem de hasta yakını için uzun ve yıpratıcı bir süreç olabilmektedir. Bu süreçte kronik psikiyatrik hastalığı bulunan kişinin yakınlarında da bazı psikiyatrik semptomlar ortaya çıkabilmektedir. Kronik psikiyatrik hastalığı olan kişilerin yakınlarında anksiyete bulgularının yüksek olduğu çeşitli çalışmalarda

gösterilmiştir (Magana ve ark., 2007, s. 378-384), (Perlick ve ark., 2007, s. 262-273). Gülseren ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında hasta yakınlarının anksiyete düzeylerinin bakım yükü ile de ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular psikiyatrik hastaların bakımını üstlenen hasta yakınlarının kaygı ile ilgili semptomlarının takip edilmesi ve erken müdahalelerin yaşam kalitesini olumlu etkileyeceğini düşündürmektedir.

2.2. Olumsuz Yaşantıya Bağlı Stres, Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Stres

İnsan hayatındaki olumsuz yaşantı deneyimleri, stres meydana getirmektedir (Şar, 2017, s. 114). Olumsuz yaşantı ve stres arasında yakın bir ilişki vardır. Çalışmanın bu bölümünde olumsuz yaşantı örnekleri, olumsuz yaşantı örneklerinin etkileri, stresin tanımı, stresin belirtileri, stresin sonuçları ve etkileri, stresle mücadele ve stres yönetimi ve psikiyatrik hasta yakınlarında stres konu başlıkları incelenmektedir.

2.2.1. Olumsuz Yaşantı Örnekleri

Hayatın seyrinde istenmeyen gelişmelerin yaşanması sık karşılaşılan bir durumdur. Olumsuz yaşantı örnekleri, her insan için deneyimlenebilecek bir konudur. Olumsuz yaşantı örnekleri insanların travmatik olaylar ile karşılaşması ve travmatik geçmişle yakından ilişkilidir (Efe, 2018, s. 96). İnsan hayatının tüm evrelerinde etkisinin gözlenebilecek olması, olumsuz yaşantı örneklerini önemli bir konuma getirmektedir. Her bireyin olumsuz yaşantı karşısında göstereceği tepki farklıdır ve bireyin hayatının kendisine özgü nitelikleri sebebiyle olumsuz yaşantı örnekleri de her bireyde değişkenlik göstermektedir.

İnsanların yaşamlarında karşılaştıkları farklı deneyimler, olumsuz yaşantı örneklerinin gelişimini belirlemektedir. İnsan hayatının memnuniyet açısından değerlendirilmesi kapsamında olumlu yaşantı örneklerinin yanında olumsuz yaşantı örnekleri de dikkate alınmaktadır (Telef, 2013, s. 63).

Eşin ölümü (ya da ebeveynlerden birinin ölümü), boşanma, hapis cezası, yaralanma, hastalanma gibi gelişmeler insanlarda stres meydana getirmektedir ve bu nedenle olumsuz yaşantı örnekleri olarak kabul edilmektedir. Holmes ve Rahe

tarafından geliştirilen Yaşam Değişiminin İndeksi isimli envantere yaşam olaylarına belirli puanlar atanmıştır ve olay son 2 yıl içinde yaşantılandığı takdirde yaşam olayına karşılık gelen puanlar toplanır ve hesaplama yapılır. Envanter, olaylara bağlı stres sonucunda hastalanma riskini göstermeyi amaçlar (Tekin, 2010, s. 17-19).

Kişilerin olumsuz yaşantılardan etkilenme düzeyleri bireysel değişiklikler göstermektedir. “Olumsuz yaşam olayları ile karşılaşan her bireyin algıladığı stres düzeyi aynı olmamakta, etkili başa çıkma becerileri olan bireyler, yaşadıkları stresi daha iyi kontrol edebilmektedir” (Efe, 2018, s. 108). Bu ifadeler dikkate alınarak olumsuz yaşantı örneklerinin etkilerinin değişkenlik göstereceği yönünde bir yorum yapılabilir. Davranış problemlerinin gözlenmesi, olumsuz yaşantı örneklerinin etkileri arasında öne çıkmaktadır (Topçu ve Güre, 2021, s. 106). Olumsuz yaşantı örneklerinin etkisiyle birlikte insanların normalde sergilediklerinin dışında davranışlar sergilemesi söz konusu olmaktadır. Bu durum aynı zamanda insanların çevresiyle olan ilişkilerine zarar vermektedir.

2.2.2. Olumsuz Yaşantı Sonrası Stres

Stres, hayatın ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmektedir. Hayatın her anında gözlenebilen stres, insanların yaşamlarını karmaşık hale getiren bir yapıdadır. Yaşamın gün geçtikçe daha geniş bir alana yayılmasına paralel olarak stresin de geniş alanlara yayılması söz konusu olmaktadır. Stresin olmadığı bir yaşam neredeyse olanaksız görünmektedir (Özel ve Karabulut, 2018, s. 49).

“Stres, bütünlüğü koruma ve esas duruma dönmek için çaba harcama halini ifade etmektedir. Stres, maddi ve manevi olarak zorlayıcı tehditler karşısında yeni bir uyum sağlama çabasına girilmesidir” (İştar, 2012, s. 2). Stresin normalin dışında durumları ortaya çıkardığı bu tanım aracılığıyla anlaşılmaktadır. Stresin olumlu ve olumsuz stres şeklinde farklı iki durumunun olduğunu söylemek mümkündür yani stresi çok yönlü şekilde ele alınması gerekir.

Yaygın bir nitelendirme olarak stres, modern çağın hastalığı şeklinde açıklanmaktadır. Modern çağın hastalığı olarak stresin somut bir biçimde görülmediği dile getirilmektedir. İnsan hayatının içerisinde geçmişten bu yana yer edinmiş olan stres, dönemlerin kendilerine özgü koşullarının etkisiyle şekillenmektedir (Yılmaz ve Ekici, 2003, s. 2). Buradan hareketle stres meydana getiren durumların değişkenlik

gösterebileceği göz ardı edilmemelidir. Stresi açıklamada bu durum geniş boyutlu bir bakış açısıyla hareket edilmesi gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır. Yakın geçmişte insan hayatının ne kadar hızlı bir değişim yaşadığı göz önüne alındığında stresin insan hayatındaki varlığının da büyük bir hızla değişim gösterdiği yorumunun getirilmesi yanlış olmayacaktır.

2.2.3. Stres Belirtileri

Stresi tanımlamada vücudun vermiş olduğu tepkilerden yararlanılmaktadır (Akçakaya ve Erden, 2014, s. 18). Dolayısıyla stresin belirtileri arasında vücut tarafından gösterilen tepkiler öncelikli bir yere sahiptir. Kısa vadede terleme, kızarma, kasılma, yorulma gibi belirtiler stres belirtileri arasında gösterilen vücut tepkileri arasında örnek olarak gösterilebilir.

Stresin belirtileri fiziksel, ruhsal, sosyal, duygusal, zihinsel olmak üzere beş kategoride değerlendirilmektedir. Uykusuzluk, kalp çarpıntısı, kilo değişimi, baş ağrısı, titreme fiziksel belirtiler arasında gösterilmektedir. Boşluk hissetme, kin duyma, hayatın anlamını kaybetme stresin ruhsal belirtileri arasında yer almaktadır. Sosyal belirtiler alınganlık, iletişim kuramama, ben merkezli olma, yalnızlık şeklinde sıralanmaktadır. Duygusal belirtiler arasında ise depresyon, heyecan duymama, aşırı ağlama, soğukluk gibi örnekler yer almaktadır. Stresin zihinsel belirtileri fobiler, konsantrasyon kaybı, unutkanlık, hafıza kaybı yaşanması gibi örneklerden oluşmaktadır (Balcı, 2014, s. 12).

2.2.4. Travma

Stres vücudun denge halinde bozulmaya sebep olan herhangi bir faktör olarak tanımlanmaktadır. Travma kavramı ise stres kavramından çok farklı olmamakla birlikte kişinin kendisinin ya da yakınlarının maruz kaldığı olaylar neticesinde bireyin psikolojik ve vücut bütünlüğünü ağır şekilde sarsan, inciten, yaralayan her türlü olay için kullanılmaktadır. DSM-5'e göre travma "gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümlerle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma" şeklinde tanımlanmıştır (DSM-5, 2013). Kişinin olaydan etkilenme düzeyi olayın şiddeti ile ilgilidir. Ancak kişinin travma ile başa çıkma kapasitesi aynı zamanda genetik ve gelişimsel özelliklere, ego gücüne, olaya hazırlıklı olma durumuna ve başka birçok faktöre bağlıdır. Travmanın kişinin psikolojisi üzerinde hem akut etkileri hem de

kronik etkileri bulunmaktadır. Bu durumlar DSM-5'te Akut Stres Tepkisi ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu başlıkları altında toplanmıştır (Öztürk ve Uluşahin, 2011, s.496-507).

2.2.5. Akut Stres Tepkisi

Akut stres tepkisi, travmatize edici olayların doğrudan yaşanması, başkasının başına gelen travmatize edici olaylara doğrudan tanıklık edilmesi veya sonradan öğrenilmesi veya olayın ayrıntılarına tekrarlayıcı ve aşırı düzeyde maruz kalma sonucunda başlayan ve bir aydan kısa süren, işlevsellikte bozulmaya neden olan negatif duygudurum, dissosiyatif belirtiler, kaçınma, aşırı uyarılmışlık gibi ruhsal değişiklikler olarak tanımlanabilir (DSM-5, 2013).

2.2.6. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Travma sonrası stres bozukluğu, DSM-5 tanı kriterleri çerçevesinde değerlendirildiğinde; travmatize edici olayların doğrudan yaşanması, başkasının başına gelen travmatize edici olaylara doğrudan tanıklık edilmesi veya sonradan öğrenilmesi veya olayın ayrıntılarına tekrarlayıcı ve aşırı düzeyde maruz kalma sonrasında işlevsellikte bozulmaya yol açan düzeyde görülen kaçınma, intrusiv düşünceler, aşırı uyarılmışlık ve reaktivite, biliş ve duygudurumda görülen değişiklikler olması ve bu değişikliklerin 1 aydan uzun sürmesi şeklinde tanımlanabilir (DSM-5, 2013). Bir yaşam olayının travma olarak değerlendirilmesi kişinin öznel yaşantısının tarifine göre yapılmaktadır. Bu bireysel yaşantı kişinin geçmişinden, sosyal ve toplumsal yaşantısından, kültüründen etkilenmektedir (Bolu ve ark., 2014, s. 98-104).

İkincil travma kavramı, olumsuz yaşam olaylarına direkt maruz kalmadığı halde olaydan ve sonuçlarından etkilenme anlamına gelmektedir. (Kahil ve Palabıyıköğlü, 2018, s.59-70). DSM-5'e göre ikincil travma kavramı da akut stres tepkisi ve travma sonrasına sebep olabilecek boyutlarda etkilenmelere sebep olabilmektedir (DSM-5, 2013). Zorunlu yatış sürecinde olduğu gibi sevilen ve değer verilen birinin başına gelen olumsuz yaşam olayı da stres kaynağı olabilmekte ve travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir.

2.2.7. Stresin Sonuçları ve Etkileri

Motivasyon kaybı yaşanması, stresin sonuçları ve etkileri arasında yer almaktadır. Kaygı yaşanması, üzüntü hali, sinirlilik gibi örnekler stresin sonuçları ve etkileri arasında yer almaktadır (Büber, 2020, s. 52).

İnsanlar, içinde bulunulan dönem itibariyle farkında olarak ya da olmayarak büyük bir stres yüküne sahiptirler (Özer, 2012, s. 45). Stresin sonuçları ve etkileri açısından bu durum insanların duygularını ve davranışlarını olumsuz yönde etkileme potansiyeline sahiptir.

Stresin fiziksel etkileri kısa vadede kendisini gösterirken psikolojik açıdan etkiler nispeten uzun vadede ortaya çıkmaktadır. Stres sonucunda insanların normal dönemlere göre gerginlik seviyelerinin yüksek olması söz konusudur (Basut ve Erden, 2005, s. 48). Gerginlik halinin devam etmesi durumunda ise psikolojik açıdan bireyleri daha zorlu bir dönem beklemektedir.

Bir insanın stresle mücadele edebilmesi ve stresi yönetebilmesi noktasında sahip olunması gereken belirli özellikler bulunmaktadır. Bilgi, irade gücü, sağduyu, problem çözme, kararlılık, katılım, girişim istediği gibi özellikler stresle mücadele için gereklidir (Kaba, 2019, s. 68).

2.2.8. Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Stres

Kronik psikiyatrik hastalığı bulunan bireylerin yakınları bakım verme sürecinde birçok istenmeyen olay ile karşılaşabilmektedirler. Hastanın kendisine ve/veya başkasına zarar verici davranışları olması, hastalık atakları ve bu dönemlerde meydana gelen adli süreçler, zorunlu yatış süreçleri bu olaylardan bazılarıdır. Kronik psikiyatrik hastalığı olan kişilerin yakınlarında stres düzeyinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Yağmur ve Türkmen (2017) yatarak tedavi gören hastaların aileleri ile yürüttükleri çalışmalarında psikolojik dayanıklılığın normal düzeyde olmasına rağmen algılanan stresin orta düzeyde olduğunu göstermişlerdir. Bipolar bozukluk hastalarının yakınlarının dahil edildiği bir başka çalışmada hasta yakınlarının duygusal tükenmişliğinin yüksek olduğu saptanmıştır (Kafadar, 2014). Literatür incelemesinde hasta yakınlarının travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını tarayan bir çalışmaya rastlanmamakla birlikte çalışmamızda yatış süreci olumsuz yaşantı olarak kabul edilmiş ve travma sonrası stres bozukluğu

semptomları olan kaçınma, yeniden yaşantılama ve aşırı uyarılmışlık düzeyleri Olumsuz Yaşantılar Ölçeği aracılığıyla taranmıştır. Bu veriler, hasta yakınlarının psikolojik dayanıklılık becerileri ve stresle başa çıkma ile ilgili yöntemlerini geliştirecek müdahalelerin stresi azaltarak yaşam kalitesini arttırabileceğini düşündürmektedir.

2.3. Bakım Yüğü

Bakım verme, pek çok farklı duygu ve durumun birlikte görüldüğü bir süreçtir. Bir yandan taraflar arasındaki sevgi bağıını güçlendiren bakım verme süreci bir yandan da stres, kaygı gibi zorlukları beraberinde getirmektedir (Ören ve Aydın, 2020, s. 303). Çalışmanın bu bölümünde bakım yükünün tanımı, bakım yükünü etkileyen faktörler, bakım yükünün sonuçları ve etkileri konu başlıkları araştırılmaktadır.

2.3.1. Bakım Yükünün Tanımı

“Bakım verme, bakım veren bireyler açısından tek bir yardım çeşidi ile sınırlı olmayıp, duygusal destek, fiziksel ya da maddi destek vermeyi kapsayan çok boyutlu olarak algılanan bir deneyimdir” (Altay, Erkuram ve Avcı, 2018, s. 2). Bakım yükü de bu süreçte bireylerde gözlenen etkilerle yakından ilişkili olan bir kavram olarak görünmektedir.

Yirminci yüzyılın sonlarına doğru bakım yükü ile ilgili yapılan çalışmaların sayısı artmıştır. Bakım yükünü açıklarken nesnel yük ve öznel yük ayırımı yapılmaktadır. Böyle bir yaklaşımla nesnel yük bakım veren kişinin yaşadığı olumsuz deneyimleri içermekte iken öznel yük ise bakım süreci içinde ortaya çıkan duygular ve algıları kapsamaktadır (Özdemir ve Şenol, 2019, s. 61). Bu açıklama da bakım yükünün çok boyutlu yapısını desteklemektedir.

Bakım yükünün tanımlanmasında dikkat çeken hususlardan birisi çok boyutlu bir kavram olduğudur. Bakım Verme Yüğü Ölçeği, bakım yükünü etkileyen faktörleri açıklamada önemli bir yere sahiptir. Bakım Verme Yüğü Ölçeği; zaman-bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük, sosyal yük, duygusal yük boyutlarından oluşmaktadır (Yıldırım, Engin ve Başkaya, 2013, s. 170). Bu beş alt boyut aynı zamanda bakım yükünü etkileyen faktörler arasında yer almaktadır.

Her bakım sürecinin kendisine özgü yapısı olduğu için bakım yükünü etkileyen faktörlerin farklılık göstermesi söz konusu olabilir. Etkileyen faktörlerin kapsamı bakımından fiziksel, sosyal, psikolojik, ekonomik ve kültürel faktörler kendisini göstermektedir (Ulusoy vd., 2021, s. 2). Yine bakım yükü karşısında bireyin vereceği tepkiler bakım yükünü etkileyen faktörler açısından belirleyici rol üstlenmesi sebebiyle önemlidir. Bakım talepleri, bakımın kapsamı, hastaya özgü zorluklar, bakım verenin yeterlik seviyesi, problem çözme becerisi, duygusal odaklar bakım yükünü etkileyen faktörler arasında bulunmaktadır (Chou, 2000, s. 98-407; Or, 2013, 18).

2.3.2. Bakım Yükünün Sonuçları ve Etkileri

Bakım verme, mücadele etmesi zorlu bir süreçtir. Bakım veren kişinin karşılaştığı zorluklara dair göstereceği tepkiler ve dayanıklılık düzeyi ortaya çıkan sonuçlar bakımından belirleyici niteliktedir. Psikolojik açıdan dayanma gücünün düşmesi bakım veren kişide tükenmişlik yaşanmasına neden olabilmektedir (Metin ve Helvacı, 2019, s. 60).

Psikiyatrik hastalıkların genellikle kronik nitelikte olmaları, bilişsel bozulmalara ve işlevsellik kaybına sebebiyet vermeleri nedeniyle hastanın kendisinden beklenen toplumsal görevlerini yerine getirmesine engel olmakta ve kişiyi yakınlarının bakımına ihtiyaç duyar hale getirmektedir. Bu bakım verme süreci genellikle aileler tarafından yerine getirilmektedir (Duman ve Bademli, 2013, s. 78-94). Bakım verme yükünün zaman kısıtlılığı, anksiyete, korku, endişe, yorgunluk, depresyon, sosyal ilişkilerde azalma gibi olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Psikiyatrik hastalığı olan kişilerin bakımını üstlenen aile bireylerinde stres, depresif duygudurum, kaygı, suçluluk, çaresizlik, zorlanma, suçluluk, umutsuzluk ve endişe seviyelerinin fazla olduğu görülmüştür (Duman ve Bademli, 2013, s. 78-94).

Bakım verme yükünün olumlu ya da olumsuz sonuçlarının olması hassas bir konu olması ile yakından ilişkilidir. Hayatın seyri bakımından bakım verme yükünün yaşam kalitesi açısından belirleyici olması söz konusudur (Tayaz ve Koç, 2018, s. 45). Bu da bakım verme yükünün sonuçları ve etkilerini önemli hale getirmektedir.

2.3.3. Psikiyatrik Hasta Yakınlarında Bakım Yükü

Psikiyatrik hastalık tanıları olan kişilerin hayatın her işlevsellik alanında hasta yakınlarından destek ihtiyacı olabilmektedir. Bu durum hasta yakınlarının bakım

yükünün artmasına sebep olabilmektedir. Çeşitli çalışmalarda kronik psikiyatrik hastalığı olan kişilerin yakınlarının bakım yükünün fazla olduğuna dair veriler mevcuttur. Kırçali Yılmaz (2019) çalışmasında şizofreni hasta yakınlarında orta-şiddetli düzeyde bakım yükü saptamıştır. Magliano ve arkadaşları (2002), şizofreni hastalarının bakım verenlerinin çeşitli alanlarda bakım yüküne maruz kaldıklarını göstermişlerdir. Bu araştırma sonuçları, hasta yakınlarının bakım yükünü azaltabilecek psikoeğitim ve sosyal destek ağlarının geliştirilmesine yönelik müdahalelerin önemini gündeme getirmektedir.

2.4. Kaygı, Stres ve Bakım Yükü İlişkisi

Bakım yükü, bakım veren taraf için stres ve kaygı meydana getirmektedir. Ekonomik kaygılar, sosyal ilişki kaygısı, uyum becerilerinin oluşturduğu stres kaygı, stres ve bakım yükü ilişkisine örnek olarak verilebilir. Özellikle ebeveynin bakım verdiği durumlarda bakım yükünün kaygı ve stres etkileşimi daha yüksek olmaktadır (Ören ve Aydın, 2020, s. 303).

Bakım verme, birey ve toplum açısından sosyal ve psikolojik açıdan yükler meydana getirmektedir (Altay, Erkuran ve Avcı, 2018, s. 2). Bakım verme sürecinde kaygı ve stresin varlığı bu durumun ortaya çıkmasında etkindir. Kaygı, stres ve bakım yükü ilişkisinde sosyal destek ile ilişkili süreçlerin belirleyici nitelikte olduğu değerlendirilebilir. Çalışmada yapılacak olan saha araştırması ile birlikte bu ilişkinin daha sağlıklı bir biçimde anlaşılması beklenmektedir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı zorunlu yatışla sağlık kuruluşuna başvuran bireylerin birinci derece yakınlarının kaygı düzeyleri ve olumsuz yaşantı sonrası stres düzeylerini belirleyerek bakım yükünü değerlendirmek ve istemli yatış kararı verilen hasta yakınları ile kıyaslamaktır.

3.2. Araştırmanın Problemi

Zorunlu yatış kararı ile tedavi gören hastaların birinci derece yakınlarının kaygı, olumsuz yaşantı sonrası stres ve bakım yükü düzeylerinin istemli olarak yatarak tedavisi yapılan kişilerin birinci derece yakınlarına göre daha fazla olduğu düşüncesi çalışmanın problemi oluşturmaktadır.

3.3. Araştırmanın Yöntemi

Çalışmaya Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Sağlık Kurulu tarafından zorunlu yatış kararı verilen 100 hastanın yakını ve istemli yatışı uygun görülen 93 hastanın yakını dahil edilmiş ve katılımcılara kaygı, olumsuz yaşantıların yarattığı stres ve bakım yükü düzeylerini ölçen çeşitli ölçekler uygulanmıştır. Katılımcılara ölçekler uygulanmadan önce çalışmanın içeriği ve uygulanacak ölçekler açıklanmış, yazılı onam formu alınmıştır. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formunun yanında Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği (STAI), Olayların Etkisi Ölçeği (IES-R), Bakım Verme Yükü Ölçeği (CB) kullanılarak veriler toplanmış ve analiz edilmiştir. Çalışmanın yürütülebileceğine dair 24.06.2022 tarih 2022-11 sayılı etik kurul onayı İstanbul Gelişim Üniversitesi Etik Kurul Başkanlığı'ndan alınmıştır.

Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu: Araştırmaya katılan bireylere dair demografik bilgileri öğrenmek için oluşturulan bu form hasta, hasta yakınları, aynı evi paylaşmaya yönelik 25 sorudan oluşmaktadır. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu'nda hasta yakını ile ilgili cinsiyet, yaş, öğrenim durumu, medeni durum, çocuk

sahibi olma durumu, çalışıp çalışmama durumu, meslek, hastanın cinsiyeti, hastanın yaşı, hastanın öğrenim durumu, yatış tanısı ve hastalık öyküsü ile ilgili adli süreçler, kendisine veya başkasına zarar verme durumu, agresyon gibi klinik özellikler, evde yaşayan kişi sayısı, bakım verilen hastanın yakınlık derecesi, hasta ile birlikte oturma süresi ifadeleri yer almaktadır.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği: Kişilerin kendileri ile ilgili duygularını anlatmada hangi ifadeleri kullandığını ortaya koymak için geliştirilen ölçekte insanların ifadelere göre hiç, biraz, çok, tamamıyla şeklinde toplamda 4 tane katılım ifadeleri yer almaktadır. Ölçekte doğru ya da yanlış cevap olmadığı ve ifadelere katılım düzeylerinin belirlenmesi ifade edilmektedir. Durumluk kaygıya dair 20 ve sürekli kaygıya dair 20 olacak şekilde ölçekte toplamda 40 soru bulunmaktadır. Durumluk Kaygı Ölçeği, özellikle kaygı verici olaylardan sonra kişilerin anksiyete düzeylerini belirlemekte kullanılabilir. Her soru 4 üzerinden puanlandırılır. Ölçeklerde kaygının yokluğunu tanımlayan sorular bulunmaktadır. Bu olumlu ifade içeren sorular puanlanırken tersine dönmüş sorular olarak puanlanır. Durumluk Kaygı Ölçeği'nde tersine dönmüş sorular 1,2,5,8,10,11,15,16,19 ve 20. maddelerdir. Sürekli Kaygı Ölçeği'nde tersine dönmüş ifadeler ise 21,26,27,30,33,36 ve 39 uncu maddeleri oluşturur. Doğrudan ve tersine dönmüş ifadelerin ayrı ayrı toplam ağırlıkları bulunduktan sonra doğrudan ifadeler için elde edilen toplam ağırlık puanından, ters ifadelerin toplam ağırlık puanı çıkarılır. Bu sayıya, önceden saptanmış ve değişmeyen bir değer eklenir. Durumluk Kaygı Ölçeği için bu değişmeyen değer 50, Sürekli Kaygı Ölçeği için 35'dir (Ayaz, Bilgin ve Mollaoğlu, 2017). En son elde edilen değer bireyin kaygı puanıdır. Her iki ölçek 20 ile 80 arasında puanlandırılır. Yüksek puanlar yüksek kaygı düzeyini gösterir. 20 ile 37 arası puanlar "Hiç veya Az", 38 ile 44 arası puanlar "Orta", 45 ile 80 arasındaki puanlar ise "Yüksek" düzey kaygı olarak değerlendirilir. Ölçek ilk olarak Spielberger ve arkadaşları tarafından 1964 yılında geliştirilmiş, 1974-1977 yılları arasında Oner ve Le Compte tarafından Türkçeye uyarlanmış, genç ve yetişkin Türk bireyler için kullanılmaya başlamıştır (Oner ve Le Compte, 1985).

Olayların Etkisi Ölçeği: Olayların etkisi ölçeği, olumsuz yaşantı deneyimleyen bireylerin ölçek uygulandığı esnadaki stres düzeylerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Ölçek 22 sorudan oluşmaktadır ve katılımcılar son yedi günde yaşadığı semptomları 0 ile 4 arasında puanlamaktadır. Ölçeğin toplam puanı

maddelere verilen puanlar toplanarak hesaplanır. Toplam puan 0 ile 88 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar yüksek stres düzeyini göstermektedir. 33 ve üzerindeki puanlar travma sonrası stres bozukluğu açısından anlamlıdır. Ölçekten alınan puanı SCL-90-R ile kıyaslayabilme kolaylığı açısından ölçek puanlamasında ortalama puan yönteminin kullanılması da önerilmektedir. Ölçeğin üç alt ölçeği bulunmaktadır. Bu alt ölçekler “Yeiden Yaşantılama” (1.2.3.6.9.14.16.20. sorular), “Kaçınma” (5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22. Sorular) ve “Aşırı Uyarılma” (4, 10, 15, 18, 19, 21. Sorular) alt ölçekleridir. Alt ölçek ortalama puanları her alt ölçeğin ilgili sorularının aritmetik ortalaması alınarak bulunur. Toplam ortalama puan ise alt ölçek ortalama puanlarının toplanması ile elde edilir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Çorapoğlu vd. (2016) tarafından yapılmış ölçek Horowitz ve ark. (1979) tarafından geliştirilmiştir.

Bakım Verme Yüğü Ölçeği: Bireylerin bir başkasına bakım verirken yaşadığı güçlükleri belirlemek için geliştirilen Bakım Verme Yüğü Ölçeği 22 sorudan oluşmaktadır. Maddelerin 0’dan 4’e kadar değişen aralıklarda değerlendirildiği Likert tipi ölçekte 0 hiç, 1 biraz, 2 orta, 3 oldukça, 4 aşırı şeklinde kodlanmaktadır. Ölçekten en az 0 en fazla 88 puan alınmaktadır. Ölçek puanının yüksek olması bakım verme yükünün yüksek olduğu anlamına gelmektedir. 0-20 arasındaki puanlar “Az veya Hiç”, 21-40 arasındaki puanlar “Orta”, 41-60 arasındaki puanlar “Orta-Ağır”, 61-88 arasındaki puanlar “Ağır” olarak değerlendirilir. Ölçek Zarit, Reeve ve Bach-Peterson (1980) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması İnci tarafından yapılmıştır (İnci, 2006).

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Çalışmaya Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi sağlık kurulu tarafından zorunlu yatış kararı verilen 100 hastanın yakını ve istemli yatışı uygun görülen 93 hastanın yakını dahil edilmiş ve katılımcılara kaygı, olumsuz yaşantıların yarattığı stres ve bakım yükü düzeylerini ölçen ölçekler uygulanmıştır. Örneklem, hastaneye yatarak tedavi edilen hastaların birinci derece yakınları sırayla alınarak oluşturulmuştur. Dışlama kriterleri; 18 yaş altı 65 yaş üstünde olmak, aktif psikiyatrik hastalığı olması ve/veya tedavisinin devam ediyor olması, geçmiş kafa travması ya da nörolojik hastalık öyküsü, mental retardasyon öyküsü, aktif alkol ve/veya madde kullanım öyküsü olarak belirlenmiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formu, Sürekli ve Durumluk Kaygı ölçeği, Olay Etkileri Ölçeği, Bakım Verme Yüğü ölçeğinden elde edilen değerleri bilgisayar ortamına aktarıldı, gerekli hata kontrolleri ve veri temizliği yapıldı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğunu saptamak için “Kolmogorov-Smirnov testi” kullanılmıştır. Test sonucunda ve grafiksel olarak değişkenlerin dağılımı incelendikten sonra değişkenlerin dağılımının normal olduğunu karar verilmiştir. Verilerin tanımlayıcı istatistiklerinde ortalama, standart sapma, yüzdellik oran ve frekans değerleri kullanılmıştır. Bağımsız grupların kategorik verilerinin oranlarının karşılaştırılmasında Karşılaştırmalı Tablolardan yararlanılmıştır. Test değeri olarak Ki-kare ve Fischer Exact testleri değerlerinden yararlanılmıştır. Bağımsız grupların normal dağılıma uyan sayısal değişkenlerinin karşılaştırılması için Bağımsız Gruplar t testi ile ANOVA testleri uygulanmıştır. ANOVA sonrası post-hoc testlerinden Bonferroni kullanılmıştır. Parametrik değişkenlerin ilişkilerinin tespit edilmesi için Pearson testi uygulanmıştır. P değerinin 0.05’ten küçük olması istatistiksel olarak anlamlı fark kabul edilmiştir.

İstatistiksel analiz ve hesaplamalar için Ms-Excel 2010 ve IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY, IBM Corp.) kullanıldı. İstatistiksel kararlarda $p < 0.05$ anlamlı farklılığın göstergesi olarak kabul edilmiştir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Hasta yakınlarının demografik değişkenlerine ilişkin sonuçlara bu bölümde yer verilmiştir. Katılımcıların %51,8'i (n=100) zorunlu yatış kararı ile tedavi gören hastaların %48,2'si (n=93) ise istemli yatış ile tedavisi devam eden hastaların yakınlarından oluşmaktadır.

Zorunlu yatış kararı olan ve istemli yatışı olan hasta yakınlarında evli olanların oranının hiç evlenmemiş, dul, boşanmış/ayrı yaşayan hasta yakınlarından yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Diğer sosyodemografik değişkenlerin zorunlu yatış kararı olan ve istemli yatış karar olan hasta yakınları arasında benzer olduğu saptandı ($p>0,05$) (Tablo 6).

Tablo 3. Katılımcıların Sosyodemografik Özelliklerinin Yatış Türüne Göre Karşılaştırılması

	Zorunlu Yatış (n=100 (%51,8))	İstemli Yatış (n=93 (%48,2))	
Cinsiyet			
Kadın	53 (%53,0)	47 (%47,0)	$\chi^2 =0,117;$
Erkek	47 (%50,5)	46 (%49,5)	p=0,732
Eğitim Düzeyi			
Okuryazar değil/Okuryazar	9 (%81,8)	2 (%18,2)	
İlkokul	21 (%60,0)	14 (%40,0)	$\chi^2 =7,152;$
Ortaokul	23 (%54,8)	19 (%45,2)	p=0,128
Lise	32 (%45,1)	39 (%54,9)	
Üniversite	15 (%44,1)	19 (%55,9)	
Medeni Durum			
Evli	62 (%56,9)	47 (%43,1)	
Hiç evlenmemiş	25 (%52,1)	23 (%47,9)	$\chi^2 =10,021;$
Dul	11 (%52,4)	10 (%47,6)	p=0,018
Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	2 (%13,3)	13 (%86,7)	
Çocuk sahibi olma			
Var	63 (%52,9)	56 (%47,1)	$\chi^2 =0,158;$
Yok	37 (%50,0)	37 (%50,0)	p=0,691
Çalışma Durumu			
Çalışıyor	58 (%49,6)	59 (%50,4)	
Çalışmıyor	42 (%55,3)	34 (%44,7)	$\chi^2 =0,598;$ p=0,440

Zorunlu yatış kararı olan hastaların en çok Bipolar Affektif Bozukluk (BAB), Psikotik Bozukluk ve Şizofreni tanılarına; istemli yatışı olan hastaların en çok BAB ve Majör Depresyon ve Psikotik Bozukluk tanılarına sahip olduğu bulundu (p<0,05).

Zorunlu yatış kararı olan hastaların istemli yatışı olan hastalardan daha fazla sigara tükettiği görüldü (p<0,05).

Hastaların diğer sosyodemografik değişkenlerin zorunlu yatış kararı olan ve istemli yatış karar olan hasta yakınları arasında benzer olduğu tespit edildi (p>0,05) (Tablo 7).

Tablo 4. Katılımcıların Bakım Vermekle Yükümlü Olduğu Hastalara İlişkin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Yatış Türüne Göre Karşılaştırılması

	Zorunlu Yatış n=100(%51,8)	İstemli Yatış n=93 (%48,2)	
Hastanın Cinsiyeti			
Kadın	52 (%47,3)	58 (%52,7)	$\chi^2 =2,112$; p=0,146
Erkek	48 (%57,8)	35 (%42,2)	
Hastanın Eğitim Düzeyi			
Okuryazar değil/Okuryazar	22 (%84,6)	4 (%15,4)	$\chi^2 =19,270$; p=0,001
İlkokul	17 (%50,0)	17 (%50,0)	
Ortaokul	14 (%33,3)	28 (%66,7)	
Lise	36 (%48,0)	39 (%52,0)	
Üniversite	11 (%68,8)	5 (%31,3)	
Hastanın Tanısı			
Anksiyete	0 (%0,0)	13 (%100,0)	$\chi^2 =61,208$; p<0,001
BAB	30 (%46,2)	35 (%53,8)	
Depresyon	0 (%0,0)	2 (%100,0)	
Majör Depresyon	4 (%22,2)	14 (%77,8)	
MKK	3 (%21,4)	11 (%78,6)	
OKB	0 (%0,0)	1 (%100,0)	
Psikotik Bozukluk	29 (%64,4)	16 (%35,6)	
Şizofreni	34 (%97,1)	1 (%2,9)	
Sigara kullanımı			
Var	56 (%70,9)	23 (%29,1)	$\chi^2 =19,486$; p<0,001
Yok	44 (%38,6)	70 (%61,4)	
Alkol kullanımı			
Var	9 (%50,0)	9 (%50,0)	$\chi^2 =0,026$; p=0,872
Yok	91 (%52,0)	84 (%48)	
Madde Kullanımı			
Var	7 (%77,8)	2 (%22,2)	$\chi^2 =2,549$; p=0,110
Yok	93 (%50,5)	91 (%49,5)	
Geçmişte madde kullanımı			
Var	8 (%66,7)	4 (%33,3)	$\chi^2 =1,131$; p=0,288
Yok	92 (%50,8)	89 (%49,2)	

Zorunlu yatış kararı olan hastaların hastaneye yatış sayısının istemli yatış kararı olan hastalardan daha fazla olduğu görüldü (p<0,05).

Zorunlu yatış kararı olan hastaların istemli yatışı olan hastalardan daha fazla başkasına zarar verme öyküsü ve adli süreç öyküsü olduğu bulundu (p<0,05).

İstemli yatış kararı olan hastaların zorunlu yatışı olan hastalardan daha fazla düzenli tedavi aldığı saptandı (p<0,05).

Hastaların diğer sosyodemografik ve klinik değişkenlerinin zorunlu yatış kararı olan ve istemli yatış karar olan hasta yakınları arasında benzer olduğu tespit edildi ($p>0,05$) (Tablo 8).



Tablo 5. Katılımcıların Bakım Vermekle Yükümlü Olduğu Hastalara İlişkin Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Yatış Türüne Göre Karşılaştırılması (Devamı)

	Zorunlu Yatış (n=100(%51,8))	İstemli Yatış (n=93 (%48,2))	
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü			
Var	11 (%68,8)	5 (%31,3)	$\chi^2 =2,004$; p=0,157
Yok	89 (%50,3)	88 (%49,7)	
Yatış Sayısı			
1 defa	24 (%29,3)	58 (%70,7)	$\chi^2 =37,661$; p<0,001
2 defa	54 (%61,4)	34 (%38,6)	
3 defa	17 (%94,4)	1 (%5,6)	
4 defa	5 (%100,0)	0 (%0,0)	
Düzenli Tedavi Alma Durumu			
Evet	45 (%39,8)	68 (%60,2)	$\chi^2 =15,698$; p<0,001
Hayır	55 (%68,8)	25 (%31,3)	
İntihar Öyküsü			
Yok	92 (%50,8)	89 (%49,2)	$\chi^2 =1,131$; p=0,288
Var	8 (%66,7)	4 (%33,3)	
Başkasına Zarar Verme Öyküsü			
Var	18 (%81,8)	4 (%18,2)	$\chi^2 =8,954$; p=0,003
Yok	82 (%48,0)	89 (%52,0)	
Adli süreç Öyküsü			
Var	17 (%77,3)	5 (%22,7)	$\chi^2 =6,446$; p=0,011
Yok	83 (%48,5)	88 (%51,5)	
Bakım Verilen Hasta ile Yakınlık Derecesi			
Oğlu	11 (%50,0)	11 (%50,0)	$\chi^2 =1,515$; p=0,911
Kızı	11 (%45,8)	13 (%54,2)	
Annesi	13 (%59,1)	9 (%40,9)	
Babası	10 (%50,0)	10 (%50,0)	
Kardeşi	31 (%49,2)	32 (%50,8)	
Eşi	24 (%57,1)	18 (%42,9)	

Zorunlu yatış kararı olan hastaların hastalık süresinin istemli yatışı olan hastalardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan ve istemli yatışı olan hastaların yaşı ile hastalara bakmakla yükümlü olan katılımcıların yaşlarının, evde yaşadıkları kişi sayısının ve hasta ile birlikte oturulan sürenin benzer olduğu görüldü. ($p>0,05$) (Tablo 9).

Tablo 6. Katılımcıların Yaş ve Katılımcıların Bakım Vermekle Yükümlü Olduğu Hastaların Yaşı, Hastalık Süresi, Evde Yaşayan Kişi Sayısı ve Hasta İle Birlikte Oturulan Sürenin Yatış Türüne Göre Karşılaştırılması

	Zorunlu Yatış (n=100)	İstemli Yatış (n=93)	Grup Karşılaştırması
Yaş	43,00 (22,75)	40,00 (15,50)	Z=1,987; p=0,047
Hastanın Yaşı	39,50 (16,75)	35,00 (21,00)	Z=0,117; p=0,907
Hastalık Süresi	9,00 (3,00)	4,00 (3,00)	Z=8,583; p<0,001
Evde yaşayan kişi sayısı	4,00 (1,75)	4,00 (1,00)	Z=0,718; p=0,473
Hasta ile birlikte oturulan süre	21,00 (15,00)	20,00 (12,50)	Z=1,056; p=0,291

Zorunlu yatış kararı olan ve istemli yatışı olan hasta yakınlarında durumluk kaygı düzeylerinin hastanın tanısına göre farklılık gösterdiği saptandı ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için post-hoc testlerinden yararlanıldı ve post-hoc testleri sonucunda ikili karşılaştırmalar arasında anlamlılık bulunmadı.

Zorunlu yatış kararı olan hastalarda düzenli tedavi almayan hastaların yakınlarının durumluk kaygı düzeylerinin düzenli tedavi alanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 10).

Tablo 7. Durumluk Kaygı Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış (n=100)	İstemli Yatış (n=93)
Cinsiyet	Kadın	53,26 ± 13,62	48,06 ± 9,37
	Erkek	51,64 ± 13,93	44,72 ± 12,04
		t=0,589; p=0,557	t=1,493; p=0,139
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	49,33 ± 15,38	43,00 ± 2,83
	İlkokul	48,38 ± 12,99	44,29 ± 15,60
	Ortaokul	54,78 ± 13,86	49,47 ± 10,15
	Lise	56,25 ± 13,65	46,59 ± 8,91
	Üniversite	48,67 ± 12,37	44,89 ± 11,72
			F=1,688; p=0,159
Medeni Durum	Evli	52,92 ± 13,55	47,17 ± 11,52
	Hiç evlenmemiş	53,24 ± 14,99	47,35 ± 11,13
	Dul	45,91 ± 10,04	43,40 ± 11,39
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	66,50 ± 12,02	44,31 ± 7,25
		F=1,613; p=0,192	F=0,545; p=0,653
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	53,06 ± 14,29	45,70 ± 10,78
	Yok	51,54 ± 12,83	47,49 ± 11,01
		t=0,534; p=0,595	t=-0,777; p=0,439
Çalışma Durumu	Çalışıyor	52,98 ± 12,91	45,46 ± 11,12
	Çalışmıyor	51,83 ± 14,91	48,06 ± 10,32
		t=1,115; p=0,268	t=0,412; p=0,681
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	52,50 ± 14,57	46,40 ± 11,34
	Erkek	52,50 ± 12,90	46,43 ± 10,14
		t=0,000; p=1,000	t=0,014; p=0,989
Hastanın Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	47,64 ± 9,29	47,25 ± 2,22
	İlkokul	51,53 ± 10,25	48,29 ± 14,11
	Ortaokul	58,07 ± 19,06	44,07 ± 9,58
	Lise	53,56 ± 14,72	47,44 ± 10,64
	Üniversite	53,18 ± 13,51	44,4 ± 11,89
		F=1,369; p=0,250	F=0,579; p=0,679
Hastanın Tanısı	BAB	47,17 ± 14,71	48,57 ± 9,44
	Majör Depresyon	52,25 ± 7,80	47,86 ± 11,59
	MKK	64,67 ± 18,15	45,73 ± 9,53
	Psikotik Bozukluk	52,03 ± 10,89	44,63 ± 13,43
	Şizofreni	56,56 ± 13,86	
	Anksiyete		39,46 ± 7,48
	Depresyon		50,00 ± 4,24
		F=2,639; p=0,039	F=2,340; p=0,031
Sigara Kullanımı	Var	51,91 ± 14,58	48,83 ± 11,99
	Yok	53,25 ± 12,67	45,61 ± 10,42

		t=0,483; p=0,630	t=1,235; p=0,220
Alkol Kullanımı	Var	57,78 ± 14,86	47,67 ± 10,38
	Yok	51,98 ± 13,58	46,27 ± 10,95
		t=1,212; p=0,228	t=0,364; p=0,716
Madde Kullanımı (Son 6 Ay)	Var	51,29 ± 10,92	40,50 ± 20,51
	Yok	52,59 ± 13,96	46,54 ± 10,72
		t=0,242; p=0,810	t=0,777; p=0,439
Geçmişte Madde Kullanımı	Var	50,88 ± 10,18	46,00 ± 13,44
	Yok	52,64 ± 14,02	46,43 ± 10,81
		t=0,348; p=0,729	t=0,077; p=0,939
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	50,00 ± 11,68	38,40 ± 13,50
	Yok	52,81 ± 13,98	46,86 ± 10,59
		t=0,639; p=0,525	t=1,715; p=0,090
Hastaneye Yatış Sayısı	1 defa	48,71 ± 10,87	46,07 ± 10,53
	2 defa	53,2 ± 14,27	47,24 ± 11,56
	3 defa	56,71 ± 15,03	
	4 defa	48,8 ± 13,88	
		F=1,324; p=0,271	t=0,422; p=0,657
Düzenli Tedavi Görme	Evet	48,53 ± 12,48	46,09 ± 10,12
	Hayır	55,75 ± 13,95	47,28 ± 12,81
		t=2,696; p=0,008	t=0,468; p=0,641
İntihar Öyküsü	Yok	52,27 ± 13,58	46,42 ± 11,07
	Var	55,13 ± 16,07	46,25 ± 3,86
		t=0,562; p=0,575	t=0,03; p=0,976
Başkasına zarar verici davranış öyküsü	Var	49,89 ± 9,27	42,50 ± 13,18
	Yok	53,07 ± 14,5	46,58 ± 10,79
		t=0,891; p=0,375	t=0,735; p=0,464
Adli Süreç Öyküsü	Var	50,00 ± 9,68	46,40 ± 11,67
	Yok	53,01 ± 14,40	46,41 ± 10,87
		t=0,823; p=0,412	t=0,002; p=0,999
Bakım Verilen Hasta İle Yakınlık Derecesi	Oğlu	47,18 ± 9,05	46,00 ± 12,21
	Kızı	58,64 ± 16,09	51,23 ± 10,48
	Annesi	51,69 ± 15,68	41,78 ± 11,24
	Babası	56,50 ± 15,16	46,90 ± 15,10
	Kardeşi	51,77 ± 14,44	46,88 ± 9,71
	Eşi	51,83 ± 11,49	44,39 ± 9,24
		F=0,977; p=0,436	F=0,985; p=0,432

BAB:Bipolar Affektif Bozukluk MKK: Madde Kötüye Kullanımı

İstemli yatış kararı olan hastaların kadın yakınlarının sürekli kaygı düzeylerinin erkek hasta yakınlarından daha yüksek olduğu saptandı ($p<0,05$).

İstemli yatış kararı olan hastaların çalışmayan hasta yakınlarının sürekli kaygı düzeylerinin çalışan hasta yakınlarından daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$).

İstemli yatış kararı olan hasta grubunda alkol kullanan hastaların yakınlarının sürekli kaygı düzeylerinin kullanmayanlardan daha yüksek olduğu bulundu ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hastaların ortaokul mezunu olan yakınlarının sürekli kaygı düzeylerinin ilkokul mezunu hasta yakınlarından daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda düzenli tedavi alanların yakınlarının sürekli kaygı düzeylerinin düzenli tedavi almayanlardan daha yüksek olduğu tespit edildi ($p<0,05$) (Tablo 11).

Tablo 8. Sürekli Kaygı Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış (n=100)	İstemli Yatış (n=93)
Cinsiyet	Kadın	50,36 ± 6,98	46,66 ± 6,03
	Erkek	48,17 ± 6,81	40,74 ± 8,26
		t=1,584; p=0,116	t=3,942; p< 0,001
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	50,11 ± 8,84	44,5 ± 17,68
	İlkokul	46,14 ± 5,85	44,14 ± 8,38
	Ortaokul	48,83 ± 6,13	44,79 ± 7,41
	Lise	50,66 ± 6,98	42,74 ± 7,6
	Üniversite	51,27 ± 7,54	44,32 ± 7,73
		F=1,802; p=0,135	F=0,278; p=0,891
Medeni Durum	Evli	49,63 ± 6,51	43,23 ± 7,87
	Hiç evlenmemiş	49,48 ± 8,42	44,74 ± 6,38
	Dul	47,55 ± 6,33	47,90 ± 8,12
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	48,00 ± 7,07	40,54 ± 8,56
		F=0,302; p=0,824	F=1,941; p=0,129
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	49,14 ± 7,13	42,98 ± 8,58
	Yok	49,65 ± 6,71	44,86 ± 6,29
		t=0,35; p=0,727	t=1,219; p=0,226
Çalışma Durumu	Çalışıyor	49,4 ± 7,27	42,37 ± 7,92
	Çalışmıyor	49,24 ± 6,57	46,09 ± 7,01
		t=0,112; p=0,911	t=2,270; p= 0,026
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	49,04 ± 7,03	44,17 ± 7,58
	Erkek	49,65 ± 6,92	43,00 ± 8,13
		t=0,435; p=0,665	t=0,703; p=0,484
Hastanın Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	49,95 ± 4,92	51 ± 1,83
	İlkokul	46,00 ± 8,14	42,24 ± 7,5
	Ortaokul	54,29 ± 7,84	41,75 ± 9,29
	Lise	48,47 ± 6,04	44,77 ± 6,8
	Üniversite	49,73 ± 7,54	46 ± 5,79
		F=3,210; p= 0,016	F=1,832; p=0,130
Hastanın Tanısı	BAB	46,93 ± 6,92	45,74 ± 8,02
	Majör Depresyon	46,5 ± 7,51	43,14 ± 7,95
	MKK	45,33 ± 8,14	42,36 ± 8,83
	Psikotik Bozukluk	50,69 ± 6,41	44,56 ± 7,14
	Şizofreni	50,97 ± 6,84	
	Anksiyete		39,31 ± 6,47
	Depresyon		47,00 ± 1,41
		F=2,154; p=0,080	F=1,202; p=0,310
Sigara Kullanımı	Var	48,86 ± 7,10	43,39 ± 6,44
	Yok	49,93 ± 6,79	43,84 ± 8,20

		t=0,766; p=0,445	t=0,241; p=0,81
Alkol Kullanımı	Var	52,44 ± 8,46	47,67 ± 4,27
	Yok	49,02 ± 6,76	43,31 ± 7,96
		t=1,417; p=0,160	t=2,612; p=0,020
Madde Kullanımı (Son 6 Ay)	Var	49,57 ± 7,07	43,50 ± 7,78
	Yok	49,31 ± 6,98	43,74 ± 7,81
		t=0,095; p=0,925	t=0,042; p=0,966
Geçmişte Madde Kullanımı	Var	49,38 ± 6,57	46,00 ± 5,48
	Yok	49,33 ± 7,02	43,63 ± 7,87
		t=0,019; p=0,985	t=0,595; p=0,553
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	49,73 ± 5,61	40 ± 9,14
	Yok	49,28 ± 7,12	43,94 ± 7,69
		t=0,200; p=0,842	t=1,105; p=0,272
Hastaneye Yatış Sayısı	1 defa	47,79 ± 6,74	43,9 ± 7,79
	2 defa	49,65 ± 6,51	43,41 ± 7,96
	3 defa	50,65 ± 7,57	
	4 defa	48,8 ± 10,94	
		F=0,636; p=0,594	t=0,054; p=0,947
Düzenli Tedavi Görme	Evet	47,78 ± 6,72	43,65 ± 7,79
	Hayır	50,60 ± 6,93	43,96 ± 7,87
		t=2,053; p=0,043	t=0,171; p=0,864
İntihar Öyküsü	Yok	49,45 ± 6,93	43,73 ± 7,80
	Var	48,00 ± 7,56	43,75 ± 8,26
		t=0,487; p=0,639	t=0,073; p=0,944
Başkasına zarar verici davranış öyküsü	Var	50,11 ± 4,93	45,50 ± 5,45
	Yok	49,16 ± 7,33	43,65 ± 7,87
		t=0,525; p=0,601	t=0,463; p=0,644
Adli Süreç Öyküsü	Var	50,41 ± 5,10	47,2 ± 5,45
	Yok	49,11 ± 7,28	43,53 ± 7,86
		t=0,703; p=0,484	t=1,026; p=0,307
Bakım Verilen Hasta İle Yakınlık Derecesi	Oğlu	46,27 ± 5,97	42,27 ± 7,56
	Kızı	53,82 ± 7,14	46,92 ± 4,91
	Annesi	46,92 ± 8,06	45,67 ± 8,93
	Babası	50,00 ± 9,12	42,50 ± 10,86
	Kardeşi	49,00 ± 6,80	44,50 ± 7,04
	Eşi	50,13 ± 5,02	40,67 ± 7,93
		F=1,824; p=0,116	F=1,323; p=0,262

BAB:Bipolar Affektif Bozukluk MKK: Madde Kötüye Kullanımı

İstemli yatış kararı olan hasta yakınlarının kaçınma düzeylerinin hastanın tanısına göre gruplar arasındaki farklılığı anlamlı bulundu ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için posthoc testlerinden yararlanıldı ve posthoc testleri sonucunda ikili karşılaştırmalar arasında anlamlılık bulunmadı.

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda adli süreç öyküsü olmayan hasta yakınlarının kaçınma düzeylerinin adli süreç öyküsü olanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$). (Tablo 12).



Tablo 9. Olayların Etkisi Ölçeği'nin Alt Ölçeği Olan Kaçınma Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış (n=100)	İstemli Yatış (n=93)
Cinsiyet	Kadın	2,18 ± 0,59	1,83 ± 0,57
	Erkek	2,28 ± 0,49	2,03 ± 0,50
		t=0,888; p=0,377	t=1,800; p=0,075
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	2,13 ± 0,61	2,19 ± 0,80
	İlkokul	2,27 ± 0,66	1,94 ± 0,53
	Ortaokul	2,31 ± 0,43	1,97 ± 0,56
	Lise	2,24 ± 0,51	1,88 ± 0,54
	Üniversite	2,06 ± 0,59	1,96 ± 0,56
		F=0,599; p=0,664	F=0,211; p=0,932
Medeni Durum	Evli	2,26 ± 0,48	1,98 ± 0,54
	Hiç evlenmemiş	2,08 ± 0,64	1,90 ± 0,56
	Dul	2,40 ± 0,64	1,96 ± 0,5
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	2,13 ± 0,71	1,77 ± 0,57
		F=1,095; p=0,355	F=0,560; p=0,643
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	2,30 ± 0,53	1,94 ± 0,56
	Yok	2,09 ± 0,56	1,92 ± 0,53
		t=1,851; p=0,067	t=0,229; p=0,820
Çalışma Durumu	Çalışıyor	2,17 ± 0,54	1,91 ± 0,54
	Çalışmıyor	2,29 ± 0,55	1,96 ± 0,55
		t=1,085; p=0,280	t=0,427; p=0,670
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	2,29 ± 0,56	1,88 ± 0,54
	Erkek	2,16 ± 0,53	2,03 ± 0,55
		t=1,165; p=0,247	t=1,297; p=0,198
Hastanın Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	2,21 ± 0,41	1,84 ± 0,33
	İlkokul	2,23 ± 0,66	2,02 ± 0,55
	Ortaokul	2,36 ± 0,48	1,92 ± 0,55
	Lise	2,15 ± 0,62	1,88 ± 0,57
	Üniversite	2,33 ± 0,44	2,1 ± 0,47
		F=0,472; p=0,756	F=0,329; p=0,858
Hastanın Tanısı	BAB	2,18 ± 0,51	1,88 ± 0,56
	Majör Depresyon	2,41 ± 0,48	2,15 ± 0,44
	MKK	1,96 ± 0,69	2,27 ± 0,49
	Psikotik Bozukluk	2,07 ± 0,40	1,90 ± 0,57
	Şizofreni	2,40 ± 0,64	
	Anksiyete		1,55 ± 0,35
	Depresyon		1,81 ± 0,62
		F=1,929; p=0,112	F=2,553; p=0,020
Sigara Kullanımı	Var	2,25 ± 0,58	1,92 ± 0,49
	Yok	2,19 ± 0,50	1,93 ± 0,56
		t=0,606; p=0,546	t=0,076; p=0,939
Alkol Kullanımı	Var	1,99 ± 0,64	1,96 ± 0,52

	Yok	2,25 ± 0,53 t=1,381; p=0,170	1,93 ± 0,55 t=0,156; p=0,877
Madde Kullanımı (Son 6 Ay)	Var	2,02 ± 0,64	2,50 ± 0,18
	Yok	2,24 ± 0,54 t=1,04; p=0,301	1,92 ± 0,54 t=1,509; p=0,135
Geçmişte Madde Kullanımı	Var	1,98 ± 0,60	2,19 ± 0,38
	Yok	2,25 ± 0,54 t=1,303; p=0,196	1,92 ± 0,55 t=0,965; p=0,337
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	2,09 ± 0,62	2,00 ± 0,48
	Yok	2,24 ± 0,54 t=0,862; p=0,391	1,93 ± 0,55 t=0,289; p=0,773
Hastaneye Yatış Sayısı	1 defa	2,16 ± 0,56	1,92 ± 0,56
	2 defa	2,22 ± 0,59	1,97 ± 0,53
	3 defa	2,29 ± 0,43	
	4 defa	2,38 ± 0,27 F=0,338; p=0,798	t=0,401; p=0,671
Düzenli Tedavi Görme	Evet	2,11 ± 0,50	1,90 ± 0,56
	Hayır	2,32 ± 0,57 t=1,91; p=0,059	2,03 ± 0,48 t=1,063; p=0,291
İntihar Öyküsü	Yok	2,20 ± 0,54	1,93 ± 0,55
	Var	2,50 ± 0,57 t=0,562; p=0,575	2,03 ± 0,51 t=0,005; p=0,996
Başkasına zarar verici davranış öyküsü	Var	2,00 ± 0,68	2,09 ± 0,50
	Yok	2,27 ± 0,50 t=1,956; p=0,053	1,92 ± 0,55 t=0,6100; p=0,544
Adli Süreç Öyküsü	Var	1,99 ± 0,69	2,18 ± 0,33
	Yok	2,27 ± 0,50 t=2,016; p=0,047	1,92 ± 0,55 t=1,032; p=0,305
Bakım Verilen Hasta İle Yakınlık Derecesi	Oğlu	2,16 ± 0,32	1,95 ± 0,67
	Kızı	2,34 ± 0,5	1,99 ± 0,61
	Annesi	2,43 ± 0,52	1,89 ± 0,66
	Babası	2,41 ± 0,59	2,24 ± 0,33
	Kardeşi	1,99 ± 0,59	1,96 ± 0,52
	Eşi	2,31 ± 0,51 F=2,104; p=0,072	1,67 ± 0,43 F=1,616; p=0,164

BAB:Bipolar Affektif Bozukluk MKK: Madde Kötüye Kullanımı

İstemli yatış kararı olan hasta grubunda evli ve hiç evlenmemiş hasta yakınlarının yeniden yaşantılama düzeylerinin boşanmış veya ayrı yaşayan hasta yakınlarından daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

İstemli yatış kararı olan hasta grubunda hasta bakımını yapan kızın ve oğlun yeniden yaşantılama düzeylerinin kardeşinkinden daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan grupta düzenli tedavi almayan hastaların yakınlarının yeniden yaşantılama düzeylerinin düzenli tedavi alanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda başkasına zarar verici davranış öyküsü olmayan hastaların yakınlarının yeniden yaşantılama düzeylerinin başkasına zarar verici davranış öyküsü olanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda adli süreç öyküsü olmayan hasta yakınlarının yeniden yaşantılama düzeylerinin adli süreç öyküsü olanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda hasta bakımını yapan kız çocuğun yeniden yaşantılama düzeyinin erkek çocuğun yeniden yaşantılama düzeyinden daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 13).

Tablo 10. Olayların Etkisi Ölçeği'nin Alt Ölçeği Olan Yeniden Yaşantılamaya Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış (n=100)	İstemli Yatış (n=93)
Cinsiyet	Kadın	2,33 ± 0,88	1,75 ± 0,88
	Erkek	2,28 ± 0,68	1,59 ± 0,78
		t=0,259; p=0,796	t=0,929; p=0,355
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	2,53 ± 0,84	
	İlkokul	2,13 ± 0,73	1,78 ± 0,85
	Ortaokul	2,10 ± 0,74	1,43 ± 0,87
	Lise	2,55 ± 0,80	1,56 ± 0,77
	Üniversite	2,22 ± 0,79	2,01 ± 0,86
		F=1,669; p=0,164	F=1,714; p=0,154
Medeni Durum	Evli	2,38 ± 0,75	1,65 ± 0,80
	Hiç evlenmemiş	2,16 ± 0,78	2,07 ± 0,97
	Dul	2,19 ± 1,02	1,49 ± 0,70
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	2,50 ± 0,88	1,16 ± 0,39
		F=0,576; p=0,632	F=3,893; p=0,012
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	2,38 ± 0,77	1,56 ± 0,75
	Yok	2,18 ± 0,8	1,84 ± 0,92
		t=1,245; p=0,216	t=1,655; p=0,101
Çalışma Durumu	Çalışıyor	2,34 ± 0,79	1,55 ± 0,74
	Çalışmıyor	2,26 ± 0,78	1,88 ± 0,95
		t=0,543; p=0,588	t=1,736; p=0,088
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	2,32 ± 0,78	1,80 ± 0,85
	Erkek	2,29 ± 0,80	1,46 ± 0,77
		t=0,241; p=0,810	t=1,886; p=0,062
Hastanın Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	2,19 ± 0,47	1,91 ± 0,62
	İlkokul	2,13 ± 0,74	1,88 ± 0,94
	Ortaokul	2,71 ± 0,8	1,58 ± 0,89
	Lise	2,26 ± 0,91	1,61 ± 0,77
	Üniversite	2,43 ± 0,83	1,75 ± 0,84
		F=1,398; p=0,241	F=0,466; p=0,761
Hastanın Tanısı	BAB	2,09 ± 0,76	1,75 ± 0,95
	Majör Depresyon	2,13 ± 0,85	1,71 ± 0,95
	MKK	2,42 ± 1,08	1,6 ± 0,63
	Psikotik Bozukluk	2,25 ± 0,71	1,86 ± 0,76
	Şizofreni	2,55 ± 0,81	
	Anksiyete		1,26 ± 0,59
	Depresyon		1,56 ± 0,62
		F=1,520; p=0,203	F=0,751; p=0,630
Sigara Kullanımı	Var	2,41 ± 0,82	1,50 ± 0,74
	Yok	2,18 ± 0,73	1,73 ± 0,86
		t=1,445; p=0,152	t=1,137; p=0,258
Alkol	Var	2,26 ± 1,00	1,42 ± 0,74

Kullanımı	Yok	2,31 ± 0,77 t=0,169; p=0,866	1,7 ± 0,84 t=0,964; p=0,337
Madde Kullanımı (Son 6 Ay)	Var	2,00 ± 0,70	1,81 ± 0,62
	Yok	2,33 ± 0,79 t=1,071; p=0,287	1,67 ± 0,84 t=0,243; p=0,809
Geçmişte Madde Kullanımı	Var	1,95 ± 0,66	1,28 ± 0,72
	Yok	2,34 ± 0,79 t=1,331; p=0,186	1,69 ± 0,84 t=0,958; p=0,341
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	1,92 ± 0,72	1,15 ± 0,68
	Yok	2,35 ± 0,78 t=1,745; p=0,084	1,7 ± 0,83 t=1,449; p=0,151
Hastaneye Yatış Sayısı	1 defa	2,13 ± 0,83	1,64 ± 0,77
	2 defa	2,31 ± 0,79	1,76 ± 0,93
	3 defa	2,51 ± 0,79	
	4 defa	2,43 ± 0,54 F=0,835; p=0,478	t=1,268; p=0,286
Düzenli Tedavi Görme	Evet	2,04 ± 0,71	1,66 ± 0,81
	Hayır	2,52 ± 0,78 t=3,186; p=0,002	1,69 ± 0,90 t=0,135; p=0,893
İntihar Öyküsü	Var	2,53 ± 0,60	1,59 ± 0,83
	Yok	2,29 ± 0,80 t=0,844; p=0,401	1,67 ± 0,84 t=0,188; p=0,851
Başkasına zarar verici davranış öyküsü	Var	1,98 ± 0,72	1,19 ± 0,81
	Yok	2,38 ± 0,78 t=1,980; p=0,050	1,69 ± 0,83 t=1,191; p=0,237
Adli Süreç Öyküsü	Var	1,92 ± 0,64	1,40 ± 0,68
	Yok	2,39 ± 0,79 t=2,278; p=0,025	1,69 ± 0,84 t=0,747; p=0,457
Bakım Verilen Hasta İle Yakınlık Derecesi	Oğlu	1,77 ± 0,58	2,17 ± 0,93
	Kızı	2,72 ± 0,60	2,26 ± 0,69
	Annesi	2,34 ± 0,91	1,97 ± 0,65
	Babası	2,53 ± 0,82	1,51 ± 0,65
	Kardeşi	2,12 ± 0,78	1,36 ± 0,80
	Eşi	2,49 ± 0,73 F=2,587; p=0,031	1,43 ± 0,76 F=4,245; p=0,002

BAB:Bipolar Affektif Bozukluk MKK: Madde Kötüye Kullanımı

İstemli yatış kararı olan hasta grubunda hasta bakımını yapan kız çocuklarının aşırı uyarılmışlık düzeylerinin kardeşininkinden daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda düzenli tedavi almayanların yakınlarının aşırı uyarılmışlık düzeylerinin düzenli tedavi alanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 14).



Tablo 11. Olaylar Etkisi Ölçeği'nin Alt Ölçeği Olan Aşırı Uyarılmışlık Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış (n=100)	İstemli Yatış (n=93)
Cinsiyet	Kadın	2,31 ± 0,97	1,68 ± 1,00
	Erkek	2,44 ± 0,71	1,41 ± 0,85
		t=0,800; p=0,425	t=1,395; p=0,166
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	2,43 ± 0,62	2,00 ± 0,24
	İlkokul	2,25 ± 0,82	1,71 ± 0,92
	Ortaokul	2,41 ± 0,91	1,35 ± 1,10
	Lise	2,54 ± 0,88	1,43 ± 0,85
	Üniversite	2,09 ± 0,89	1,82 ± 0,95
		F=0,856; p=0,494	F=1,028; p=0,397
Medeni Durum	Evli	2,44 ± 0,81	1,66 ± 0,99
	Hiç evlenmemiş	2,31 ± 0,96	1,7 ± 0,98
	Dul	2,14 ± 0,92	1,38 ± 0,77
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	2,25 ± 1,06	1,03 ± 0,54
		F=0,476; p=0,699	F=1,932; p=0,130
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	2,48 ± 0,87	1,49 ± 0,9
	Yok	2,19 ± 0,82	1,63 ± 0,98
		t=1,606; p=0,112	t=0,691; p=0,491
Çalışma Durumu	Çalışıyor	2,36 ± 0,84	1,39 ± 0,82
	Çalışmıyor	2,38 ± 0,89	1,83 ± 1,05
		t=0,543; p=0,588	t=1,736; p=0,088
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	2,45 ± 0,92	1,62 ± 0,97
	Erkek	2,29 ± 0,78	1,42 ± 0,87
		t=0,897; p=0,372	t=1,003; p=0,318
Hastanın Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	2,17 ± 0,52	1,92 ± 0,29
	İlkokul	2,37 ± 0,82	1,87 ± 1,04
	Ortaokul	2,77 ± 0,92	1,4 ± 1,05
	Lise	2,32 ± 0,97	1,47 ± 0,84
	Üniversite	2,41 ± 0,95	1,6 ± 0,71
		F=1,102; p=0,360	F=0,917; p=0,458
Hastanın Tanısı	BAB	2,16 ± 0,89	1,6 ± 1,08
	Majör Depresyon	2,71 ± 1,18	1,67 ± 1,01
	MKK	2,78 ± 1,13	1,47 ± 0,65
	Psikotik Bozukluk	2,17 ± 0,54	1,78 ± 0,87
	Şizofreni	2,66 ± 0,92	
	Anksiyete		1,00 ± 0,61
	Depresyon		2,00 ± 0,47
		F=2,309; p=0,063	F=1,027; p=0,419
Sigara Kullanımı	Var	2,44 ± 0,87	1,41 ± 0,73
	Yok	2,29 ± 0,84	1,59 ± 0,99
		t=0,866; p=0,388	t=0,802; p=0,425
Alkol	Var	2,57 ± 1,19	1,43 ± 0,71

Kullanımı	Yok	2,35 ± 0,82 t=0,742; p=0,460	1,56 ± 0,95 t=0,413; p=0,680
Madde Kullanımı (Son 6 Ay)	Var	2,29 ± 1,01	1,83 ± 0,24
	Yok	2,38 ± 0,85 t=0,274; p=0,785	1,54 ± 0,94 t=0,436; p=0,664
Geçmişte Madde Kullanımı	Var	2,21 ± 0,96	1,08 ± 0,88
	Yok	2,39 ± 0,85 t=0,561; p=0,576	1,57 ± 0,93 t=1,022; p=0,309
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	2,05 ± 0,95	0,97 ± 0,80
	Yok	2,41 ± 0,84 t=1,345; p=0,182	1,58 ± 0,93 t=1,446; p=0,152
Hastaneye Yatış Sayısı	1 defa	2,08 ± 0,71	1,50 ± 0,81
	2 defa	2,44 ± 0,91	1,68 ± 1,09
	3 defa	2,53 ± 0,88	
	4 defa	2,57 ± 0,69 F=1,344; p=0,265	1,85 ± 0,163 t=1,854; p=0,163
Düzenli Tedavi Görme	Evet	2,03 ± 0,78	1,55 ± 0,90
	Hayır	2,65 ± 0,82 t=3,859; p<0,001	1,54 ± 1,03 t=0,052; p=0,958
İntihar Öyküsü	Yok	2,34 ± 0,85	1,54 ± 0,94
	Var	2,77 ± 0,82 t=1,493; p=0,139	1,62 ± 0,80 t=0,374; p=0,709
Başkasına zarar Verici Davranış Öyküsü	Var	2,12 ± 0,90	1,00 ± 0,98
	Yok	2,43 ± 0,84 t=1,382; p=0,170	1,57 ± 0,93 t=1,208; p=0,230
Adli Süreç Öyküsü	Var	2,05 ± 0,93	1,23 ± 0,83
	Yok	2,44 ± 0,83 t=1,722; p=0,088	1,57 ± 0,94 t=0,777; p=0,439
Bakım Verilen Hasta İle Yakınlık Derecesi	Oğlu	2,03 ± 0,72	1,86 ± 1,05
	Kızı	2,83 ± 0,89	2,28 ± 0,92
	Annesi	2,37 ± 1,09	1,89 ± 1,05
	Babası	2,70 ± 0,86	1,38 ± 0,79
	Kardeşi	2,17 ± 0,86	1,21 ± 0,78
	Eşi	2,44 ± 0,66	1,35 ± 0,81 F=3,647; p=0,005

BAB:Bipolar Affektif Bozukluk MKK: Madde Kötüye Kullanımı

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda düzenli tedavi almayan hastaların yakınlarının olaydan etkilenme düzeylerinin düzenli tedavi alanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda adli süreç öyküsü olmayan hastaların yakınlarının olaydan etkilenme düzeylerinin adli süreç öyküsü olanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

İstemli yatış kararı olan grupta Olayların Etkisi Ölçeği toplam puanı ile hastanın yakınlık derecesi grupları arasındaki fark anlamlı bulundu ($p<0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu belirlemek için posthoc testlerinden yararlandı ve posthoc testleri sonucunda ikili karşılaştırmalar arasında anlamlılık bulunmadı (Tablo 15).

Tablo 12. Olayların Etkisi Ölçeği Toplam Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış (n=100)	İstemli Yatış (n=93)
Cinsiyet	Kadın	6,81 ± 2,18	5,26 ± 2,12
	Erkek	7,00 ± 1,71	5,04 ± 1,95
		t=0,485; p=0,629	t=0,539; p=0,591
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	7,08 ± 1,80	6,44 ± 0,56
	İlkokul	6,65 ± 1,98	5,43 ± 1,97
	Ortaokul	6,83 ± 1,94	4,75 ± 2,30
	Lise	7,33 ± 1,98	4,87 ± 1,89
	Üniversite	6,36 ± 2,08	5,79 ± 2,10
		F=0,761; p=0,553	F=1,122; p=0,351
Medeni Durum	Evli	7,08 ± 1,82	5,29 ± 2,08
	Hiç evlenmemiş	6,54 ± 2,17	5,67 ± 2,27
	Dul	6,73 ± 2,32	4,83 ± 1,74
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	6,88 ± 2,65	3,96 ± 1,02
		F=0,473; p=0,702	F=2,24; p=0,089
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	7,16 ± 1,94	4,99 ± 1,91
	Yok	6,47 ± 1,96	5,39 ± 2,2
		t=1,715; p=0,089	t=0,927; p=0,356
Çalışma Durumu	Çalışıyor	6,88 ± 1,96	4,85 ± 1,84
	Çalışmıyor	6,94 ± 2,00	5,67 ± 2,26
		t=0,140; p=0,889	t=1,798; p=0,077
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	7,06 ± 2,04	5,29 ± 2,07
	Erkek	6,74 ± 1,89	4,91 ± 1,96
		t=0,81; p=0,420	t=0,875; p=0,384
Hastanın Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	6,57 ± 1,15	5,67 ± 1,08
	İlkokul	6,73 ± 2,02	5,77 ± 2,29
	Ortaokul	7,85 ± 1,84	4,91 ± 2,28
	Lise	6,74 ± 2,28	4,96 ± 1,81
	Üniversite	7,17 ± 2,15	5,45 ± 1,96
		F=1,113; p=0,355	F=0,659; p=0,622
Hastanın Tanısı	BAB	6,42 ± 2,02	5,22 ± 2,28
	Majör Depresyon	7,24 ± 2,25	5,53 ± 2,21
	MKK	7,15 ± 2,77	5,34 ± 1,46
	Psikotik Bozukluk	6,49 ± 1,31	5,54 ± 2,05
	Şizofreni	7,62 ± 2,17	
	Anksiyete		3,81 ± 1,26
	Depresyon		5,38 ± 1,71
		F=2,015; p=0,099	F=1,184; p=0,321
Sigara Kullanımı	Var	7,10 ± 2,06	4,84 ± 1,75
	Yok	6,65 ± 1,83	5,25 ± 2,12
		t=1,123; p=0,264	t=0,852; p=0,396
Alkol	Var	6,82 ± 2,57	4,8 ± 1,76

Kullanımı	Yok	6,91 ± 1,91 t=0,126; p=0,900	5,19 ± 2,06 t=0,541; p=0,590
Madde Kullanımı (Son 6 Ay)	Var	6,30 ± 2,13	6,15 ± 0,68
	Yok	6,95 ± 1,96 t=0,836; p=0,405	5,13 ± 2,05 t=0,699; p=0,486
Geçmişte Madde Kullanımı	Var	6,15 ± 2,03	4,55 ± 1,88
	Yok	6,97 ± 1,96 t=1,138; p=0,258	5,18 ± 2,04 t=0,601; p=0,550
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	6,06 ± 2,16	4,12 ± 1,89
	Yok	7,01 ± 1,93 t=1,524; p=0,131	5,21 ± 2,03 t=1,173; p=0,244
Hastaneye Yatış Sayısı	1 defa	6,36 ± 1,84	5,05 ± 1,84
	2 defa	6,96 ± 2,09	5,41 ± 2,30
	3 defa	7,34 ± 1,82	
	4 defa	7,37 ± 1,37 F=0,992; p=0,400	t=1,577; p=0,212
Düzenli Tedavi Görme	Evet	6,18 ± 1,75	5,11 ± 2,00
	Hayır	7,49 ± 1,94 t=3,500; p=0,001	5,26 ± 2,16 t=0,314; p=0,755
İntihar Öyküsü	Yok	6,82 ± 1,96	5,15 ± 2,04
	Var	7,80 ± 1,86 t=1,426; p=0,191	5,25 ± 2,10 t=0,396; p=0,716
Başkasına zarar Verici Davranış Öyküsü	Var	6,10 ± 2,13	4,28 ± 2,21
	Yok	7,08 ± 1,89 t=1,943; p=0,055	5,19 ± 2,03 t=0,874; p=0,384
Adli Süreç Öyküsü	Var	5,95 ± 2,13	4,81 ± 1,73
	Yok	7,10 ± 1,88 t=2,231; p=0,028	5,17 ± 2,05 t=0,386; p=0,701
Bakım Verilen Hasta İle Yakınlık Derecesi	Oğlu	5,96 ± 1,34	5,99 ± 2,58
	Kızı	7,89 ± 1,67	6,53 ± 2,04
	Annesi	7,14 ± 2,22	5,75 ± 2,05
	Babası	7,64 ± 2,14	5,13 ± 1,63
	Kardeşi	6,28 ± 2,06	4,53 ± 1,74
	Eşi	7,24 ± 1,70	4,45 ± 1,78
		F=2,274; p=0,053	F=3,069; p=0,013

BAB:Bipolar Affektif Bozukluk MKK: Madde Kötüye Kullanımı

Zorunlu yatış kararı olan Şizofreni hastalarının yakınlarının bakım verme yükünün BAB ve Psikotik bozukluğu olan hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda sigara kullanan hastaların yakınlarının bakım verme yükünün kullanmayanlara göre daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda çocuğu olan hasta yakınlarının bakım verme yükünün çocuğu olmayan hasta yakınlarından daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hastalarda düzenli tedavi almayan hastaların yakınlarının bakım verme yükünün düzenli tedavi alanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda hasta bakımını yapan kız çocuğun bakım verme yükünün erkek çocuktan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

Zorunlu yatış kararı olan hastalarda ortaokul mezunu olan hasta yakınlarının bakım verme yükünün okuryazar olmayan veya sadece okuryazar olan hasta yakınlarından daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$).

İstemli yatış kararı olan hasta yakınlarının bakım verme yükünün hastanın tanısına göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Ancak istemli yatış hasta grubunda OKB ve Şizofreni tanılı hasta sayısı 1 olduğu için posthoc testler hesaplanamamıştır.

İstemli yatış kararı olan hasta grubunda 2 defa hastaneye yatanların yakınlarının bakım verme yükünün 1 defa yatanlardan daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$) (Tablo 16).

Tablo 13. Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Değişkenlere Göre Karşılaştırılması

		Zorunlu Yatış (n=100)	İstemli Yatış (n=93)
Cinsiyet	Kadın	51,30 ± 14,90	36,70 ± 9,35
	Erkek	50,38 ± 14,64	37,15 ± 8,96
		t=0,310; p=0,757	t=0,237; p=0,813
Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	48,11 ± 8,05	35,50 ± 0,71
	İlkokul	50,29 ± 13,35	36,79 ± 10,09
	Ortaokul	50,7 ± 16,61	35,32 ± 11,85
	Lise	53,5 ± 17,00	37,72 ± 7,97
	Üniversite	48,00 ± 11,61	37,16 ± 8,49
			F=0,476; p=0,753
Medeni Durum	Evli	51,08 ± 13,25	37,68 ± 8,51
	Hiç evlenmemiş	49,96 ± 18,76	35,39 ± 9,69
	Dul	49,45 ± 12,42	39,8 ± 13,02
	Boşanmış/Ayrı Yaşıyor	63,50 ± 19,09	34,69 ± 6,37
			F=0,554; p=0,647
Çocuk Sahibi Olma Durumu	Var	53,10 ± 13,63	36,45 ± 8,47
	Yok	47,08 ± 15,87	37,65 ± 10,09
		t=2,004; p=0,048	t=0,621; p=0,536
Çalışma Durumu	Çalışıyor	51,34 ± 16,04	36,92 ± 8,7
	Çalışmıyor	50,21 ± 12,81	36,94 ± 9,93
		t=0,378; p=0,707	t=0,013; p=0,990
Hastanın Cinsiyeti	Kadın	52,67 ± 15,87	37,34 ± 8,82
	Erkek	48,92 ± 13,24	36,23 ± 9,67
		t=1,280; p=0,204	t=0,570; p=0,570
Hastanın Eğitim Düzeyi	Okuryazar değil/Okuryazar	43,55 ± 10,23	45,75 ± 3,40
	İlkokul	49,59 ± 16,70	37,24 ± 8,28
	Ortaokul	58,57 ± 14,22	36,32 ± 10,16
	Lise	53,67 ± 14,69	36,13 ± 9,28
	Üniversite	48,55 ± 14,83	38,40 ± 4,72
			F=2,967; p=0,023
Hastanın Tanısı	BAB	48,00 ± 12,33	37,57 ± 8,41
	Majör		
	Depresyon	40,25 ± 22,88	34,29 ± 6,59
	MKK	60,33 ± 14,01	36,91 ± 9,94
	Psikotik		
	Bozukluk	45,28 ± 11,20	41,25 ± 9,08
	Şizofreni	58,59 ± 15,22	
	Anksiyete		32,08 ± 9,02
Depresyon		36,00 ± 7,07	
		F=5,285; p=0,001	F=2,768; p=0,012

Sigara Kullanımı	Var	53,80 ± 15,44	38,43 ± 9,37
	Yok	47,14 ± 12,95	36,43 ± 9,04
		t=2,347; p=0,021	t=0,915; p=0,363
Alkol Kullanımı	Var	51,33 ± 18,27	40,33 ± 7,89
	Yok	50,82 ± 14,43	36,56 ± 9,20
		t=0,099; p=0,922	t=1,183; p=0,240
Madde Kullanımı (Son 6 Ay)	Var	47,43 ± 17,23	44,00 ± 2,83
	Yok	51,13 ± 14,58	36,77 ± 9,15
		t=0,640; p=0,524	t=1,111; p=0,269
Geçmişte Madde Kullanımı	Var	46,25 ± 16,30	36,00 ± 9,42
	Yok	51,27 ± 14,59	36,97 ± 9,15
		t=0,925; p=0,357	t=0,206; p=0,837
Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü	Var	44,91 ± 16,70	36,40 ± 8,85
	Yok	51,61 ± 14,38	36,95 ± 9,18
		t=1,432; p=0,155	t=0,132; p=0,896
Hastaneye Yatış Sayısı	1 defa	45,92 ± 10,17	36,76 ± 8,92
	2 defa	51,46 ± 16,23	38,00 ± 8,41
	3 defa	55,71 ± 14,47	
	4 defa	51,80 ± 13,52	
			F=1,583; p=0,199
Düzenli Tedavi Görme	Evet	44,71 ± 11,73	36,56 ± 8,76
	Hayır	55,91 ± 15,07	37,92 ± 10,13
		t=4,177; p<0,001	t=0,637; p=0,526
İntihar Öyküsü	Yok	50,49 ± 14,88	37,02 ± 9,14
	Var	55,25 ± 12,63	34,75 ± 9,43
		t=0,844; p=0,401	t=0,188; p=0,851
Başkasına zarar verici Davranış öyküsü	Var	49,33 ± 14,83	31,25 ± 16,36
	Yok	51,21 ± 14,76	37,18 ± 8,73
		t=0,488; p=0,627	t=1,277; p=0,205
Adli Süreç Öyküsü	Var	47,59 ± 14,81	38,2 ± 9,52
	Yok	51,54 ± 14,69	36,85 ± 9,14
		t=1,010; p=0,315	t=0,32; p=0,750
Bakım Verilen Hasta İle Yakınlık Derecesi	Oğlu	39,73 ± 12,44	37,27 ± 5,08
	Kızı	57,73 ± 15,94	41,23 ± 9,62
	Annesi	54,85 ± 14,88	38,89 ± 7,18
	Babası	55,40 ± 14,25	39,00 ± 12,15
	Kardeşi	47,74 ± 13,50	33,19 ± 9,67
	Eşi	52,83 ± 14,29	38,11 ± 7,03
		F=2,699; p=0,025	F=2,013; p=0,085

BAB:Bipolar Affektif Bozukluk MKK: Madde Kötüye Kullanımı

Zorunlu yatış kararı olan hasta yakınlarının Durumluk Kaygı Ölçeği ve Sürekli Kaygı Ölçeği toplam puanlarının, Olayların Etkisi Ölçeği'nin kaçınma, yeniden yaşantılama, aşırı uyarılmışlık alt ölçek puanlarının ve toplam puan ortalamalarının ve Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin toplam puanlarının istemli yatışı olan hasta yakınlarından daha yüksek olduğu görüldü ($p<0,05$), (Tablo 17).

Tablo 14. Durumluk Kaygı ve Sürekli Kaygı, Olayların Etkisi Ölçeği ve Alt Ölçekleri ve Bakım Verme Yükü Puanlarının Yatış Türüne Göre Karşılaştırılması

	Zorunlu Yatış (n=100)	İstemli Yatış (n=93)	Grup Karşılaştırması
Durumluk kaygı	52,5 ± 13,72	46,41 ± 10,85	t=10,848; p=0,001
Sürekli kaygı	49,33 ± 6,95	43,73 ± 7,77	t=7,771; p<0,001
Kaçınma	2,23 ± 0,55	1,93 ± 0,54	t=0,543; p<0,001
Yeniden Yaşantılama	2,31 ± 0,79	1,67 ± 0,83	t=0,831; p<0,001
Aşırı Uyarılma	2,37 ± 0,86	1,55 ± 0,93	t=0,930; p<0,001
Olayların Etkisi Ölçeği Toplam Ortalama Puanları	6,90 ± 1,96	5,15 ± 2,03	t=2,030; p<0,001
Bakım Verme Yükü	50,87 ± 14,71	36,92 ± 9,11	t=9,113; p<0,001

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda hastalık süresi ile evde yaşayan kişi sayısı arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($r=0,286$; $p<0,01$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda hasta ile birlikte oturulan süre ile evde yaşayan kişi sayısı arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($r=0,241$; $p<0,01$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda hastalık süresi ile yakınlarının durumluk kaygı düzeyleri arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($r=0,205$; $p<0,01$).

Zorunlu yatış kararı olan hasta grubunda yaş ile yakınlarının kaçınma alt ölçek puanı arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($r=0,213$; $p<0,01$).

İstemli yatış kararı olan hasta grubunda hastalık süresi ile hasta ile birlikte oturulan süre arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($r=0,228$; $p<0,01$).

İstemli yatış kararı olan hasta grubunda hasta ile birlikte oturulan süre ile yakınlarının durumluk kaygı düzeyleri arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($r=0,267$; $p<0,01$).

İstemli yatış kararı olan hasta grubunda hasta ile birlikte oturulan süre ile yakınlarının sürekli kaygı düzeyleri arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($r=0,297$; $p<0,01$).

İstemli yatış kararı olan hasta grubunda hasta ile birlikte oturulan süre ile yakınlarının kaçınma alt ölçek puanı arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($r=0,306$ $p<0,01$).

İstemli yatış kararı olan hasta grubunda hasta yaşı ($r=0,269$), hastalık süresi ($r=0,254$) ve hasta ile birlikte oturulan süre ($r=0,307$) ile yakınlarının yeniden yaşantılama alt ölçek puanı arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,01$).

İstemli yatış kararı olan hasta grubunda hastalık süresi ($r=0,252$) ve hasta ile birlikte oturulan süre ($r=0,359$) ile yakınlarının yeniden yaşantılama alt ölçek puanı arasında zayıf, pozitif yönlü ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görüldü ($p<0,01$). (Tablo 18)

Tablo 15. Yatış Türlerinde Sürekli ve Durumluk Kaygı, Olayların Etkisi Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Ölçek Puanları ve Bakım Verme Yükü Puanlarının Katılımcının Yaşı, Katılımcının Bakmakla Yükümlü Olduğu Hastanın Yaşı, Hastalık Süresi, Evde Yaşadığı kişi Sayısı, Hasta ile Birlikte Oturma Süresi Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Korelasyon Analizi

		Yaş	Hasta yaşı	Hastalık süresi	Evde yaşayan kişi sayısı	Hasta ile birlikte oturma süresi	Durumluk kaygı	Sürekli kaygı	Kaçınma	Yeniden Yaşantılama	Aşırı Uyarılma	Olay Etkileri	Bakım Verme Yükü
Yaş	Zorunlu Yatış	1,000											
	İstemli Yatış	1,000											
Hasta yaşı	Zorunlu Yatış	-0,107	1,000										
	İstemli Yatış	-0,106	1,000										
Hastalık süresi	Zorunlu Yatış	-0,121	0,077	1,000									
	İstemli Yatış	-0,056	0,086	1,000									
Evde yaşayan kişi sayısı	Zorunlu Yatış	-0,061	-0,173	,286**	1,000								
	İstemli Yatış	-0,066	0,041	0,024	1,000								
Hasta ile birlikte oturma süresi	Zorunlu Yatış	0,195	0,137	-0,154	,241*	1,000							
	İstemli Yatış	0,085	0,037	,228*	0,187	1,000							

Durumluk kaygı	Zorunlu Yatış	-0,009	-0,072	,205*	0,039	0,095	1,000						
	İstemli Yatış	-0,014	0,055	0,129	-0,019	,267**	1,000						
Sürekli kaygı	Zorunlu Yatış	-0,068	0,024	0,098	-0,127	0,122	0,507	1,000					
	İstemli Yatış	0,025	0,042	0,175	-0,091	,297**	0,414	1,000					
Kaçınma	Zorunlu Yatış	,213*	-0,125	0,126	-0,032	-0,108	0,245	0,206	1,000				
	İstemli Yatış	0,054	-0,150	0,048	0,050	,306**	0,253	0,142	1,000				
Yeniden Yaşantılama	Zorunlu Yatış	-0,002	-0,077	0,135	-0,067	-0,129	0,432	0,540	0,615	1,000			
	İstemli Yatış	-0,129	,269**	,254*	0,119	,334**	0,307	0,422	0,408	1,000			
Aşırı Uyarılma	Zorunlu Yatış	0,047	-0,045	0,128	-0,052	-0,046	0,564	0,497	0,628	0,816	1,000		
	İstemli Yatış	-0,021	,256*	,295**	0,044	,307**	0,394	0,446	0,501	0,903	1,000		
Olay Etkileri	Zorunlu Yatış	0,079	-0,085	0,145	-0,059	-0,102	0,486	0,490	0,798	0,926	0,936	1,000	
	İstemli Yatış	-0,048	0,188	,252*	0,082	,359**	0,374	0,415	0,664	0,932	0,962	1,000	
Bakım Verme Yükü	Zorunlu Yatış	0,056	-0,086	0,197	0,131	-0,079	0,492	0,273	0,460	0,592	0,639	0,643	1,000
	İstemli Yatış	-0,020	0,102	0,077	-0,004	0,114	0,176	0,163	0,256	0,456	0,516	0,492	1,000

**p < 0,01; * p<0,05.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA

Çalışmamızda, zorunlu ve istemli yatış gruplarında hasta yakınlarının sosyodemografik verileri kıyaslandığında iki grup arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Bu durum, her iki grubun sosyodemografik veriler açısından benzer olduğunu göstermektedir. Böylece gruplar arasında yapılacak kıyaslamalarda sosyodemografik değişkenlerin karıştırıcı etkisinin ortadan kalktığı düşünülmektedir. Her iki grupta da evli hasta yakını grubu hiç evlenmemiş, dul, boşanmış/ayrı yaşayan hasta yakını sayısından yüksek saptanmıştır. Bu durum ülkemizde hakim olan geleneksel yapının evlilikleri teşvik etmesi ve sürdürülmesini desteklemesi ile açıklanabilir.

Zorunlu ve istemli yatış gruplarında hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri kıyaslandığında; zorunlu yatış grubunda en sık görülen tanıların Şizofreni, Psikotik Bozukluk ve Bipolar Affektif Bozukluk; istemli yatış grubunda ise Majör Depresyon, Psikotik Bozukluk ve Bipolar Affektif Bozukluk olduğu görülmüştür. Çalışmamızda Şizofreni hastalarının %97,1'inin, Psikotik Bozukluk tanılı hastaların %64,4'ünün zorunlu yatış ile tedavi gördüğü saptanmıştır. Çalışmamızın sonuçlarıyla benzer biçimde, Demirdoğan ve Solmaz (2018), ülkemizde yürüttükleri ve zorunlu yatışı konu aldıkları çalışmalarında yaygın olarak zorunlu yatış kararı verilen hastalıkların Şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluk olduğunu göstermişlerdir. Güncel bir çalışmada da (Kaikoushi ve ark., 2022, s.32-42) en sık zorunlu yatış gerektiren psikiyatrik tanıların %72.9 ile Şizofreni ve Psikotik Bozukluklar olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde Ielmini ve arkadaşlarının çalışmasında (2018) en sık zorunlu yatış tanılarının Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar olduğu saptanmıştır. Çalışmamızın verileri bu anlamda literatür ile uyumludur. Çalışmamızda Majör Depresyon tanısı ile yatışı olan hastaların %77,8'inin istemli yatış kararı doğrultusunda tedavi gördükleri saptanmıştır. Majör Depresyonda zorunlu yatış gerekliliği genellikle kendine zarar verme düşünceleri nedeniyle ortaya çıkmakta olduğundan bu tanı grubundaki hastaların az bir kısmının (%22,2) zorunlu yatışa yönlendirildiği görülmektedir. Tehlikeliliği görece çok az olan Anksiyete Bozukluğu, Obsesif-Kompulsif Bozukluk

gibi tanılarda ise tedavinin istemli yatış ile sürdürüldüğü görülmüştür. Bu durum; kendisine ve çevresine zarar verme ihtimali daha yüksek olan, muhakeme bozukluğuna daha çok sebep olan, bu nedenle içgörünün az olduğu tanıların daha çok zorunlu yatışa yönlendirildiğini, Majör Depresyon gibi muhakemenin görece korunmuş olduğu hastalık gruplarında ise kişilerin kendi rızaları ile tedaviyi kabul ettiklerini düşündürmektedir.

Zorunlu yatışı olan hastaların daha çok sigara tükettiği görülmüştür. Çalışmamızda zorunlu yatışta en sık saptanan tanılar olan Şizofreni, Psikotik Bozukluk ve Bipolar Affektif Bozukluk hastalarının daha çok sigara tükettiğine dair literatürde çeşitli veriler bulunmaktadır. Dongen (1999) çalışmasında sigara kullanma oranının Şizofreni hastalarında %70-90 olduğunu ifade etmiştir. Sagud ve arkadaşları (2018) ise Şizofreni tanısında sigara kullanma sıklığının %50-60'tan fazla olduğunu ifade etmişlerdir. Başka bir çalışmada Şizofreni hastaları için sigara kullanma sıklığı %65-90, Bipolar Affektif Bozukluk hastaları için ise %60,6 olarak bildirilmiştir (Aubin ve ark., 2012, s. 271-284). Bu veriler göz önünde bulundurulduğunda, çalışmamızda zorunlu yatış hastalarında sigara kullanımının daha fazla olmasının hastalık tanıları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür ve çalışmamızın verileri literatür ile uyumludur.

Çalışmamızda, zorunlu yatış kararı verilen hasta grubunda hastalık süresi ve hastaneye yatış sayısının istemli yatış grubundan daha yüksek olduğu, düzenli ilaç kullanımının daha az olduğu, başkasına zarar verme eğilimlerinin ve adli süreç öykülerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Gültekin vd. (2013), yapmış oldukları araştırmada zorunlu ve istemli yatışları karşılaştırmışlardır ve sonuçlarına göre zorunlu yatış kararı verilmesinde bireyin kendisine ve çevresine zarar verme olasılığı dikkate alındığı sonucuna ulaşmışlardır. Fazel ve ark. çalışmalarında (2009) Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluk tanılı hastalarda saldırgan davranışların daha fazla olduğunu göstermişlerdir. Öncü ve ark. (2002) ise Psikotik Bozukluk ve Şizofreni tanılarında yineleyici suçların daha sık görüldüğünü bildirmişlerdir. Acosta ve ark. (2012) Şizofreni hastalarının ilaç uyumunun kötü olduğunu, ilaç uyumsuzluğunun %50 civarında tahmin edildiğini vurgulamışlardır. Literatür verileri çalışmamamızın verileri ile uyumlu olup farklılık saptanan değişkenlerin tanı ile ilişkili olduğunu desteklemektedir. Çalışmamızda zorunlu yatış kararı verilen hastaların tanılarına bakıldığında, Şizofreni, Psikotik Bozukluk ve Bipolar Affektif Bozukluk tanılarına

sahip olan hastaların hastalığı kabul etmekte güçlük yaşadığı, bu nedenle ilaç uyumlarının kötü olduğu ve daha sık hastane yatışına ihtiyaç duydukları düşünülmektedir. Ayrıca başkasına zarar verme davranışları ve adli süreçler de zorunlu yatış açısından önemli bulgular olduğundan zorunlu yatış grubunda yüksek olmaları tahmin edilebilir bir durumdur. Sonuç olarak hastaların sosyodemografik ve klinik verilerindeki farklılıkların hastaların tanıları ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Yaş, evde yaşayan kişi sayısı, hasta ile birlikte oturlan süre gibi tanı ile ilişkili olmayan değişkenlerin sıklığının benzer olması, bu değişkenlerin verilerin kıyaslanmasındaki karıştırıcı etkisini ortadan kaldırmaktadır. Literatüre bakıldığında, Gültekin vd. (2013)'in çalışmasında istemli ve zorunlu yatış kıyaslamasında erkeklerin zorunlu yatış kararı oranları daha yüksektir. Bu anlamda çalışmamızın verilerinde zorunlu yatış ve istemli yatış hastaları arasında cinsiyet açısından eşit dağılım göstermesi literatürden farklılık göstermektedir.

Araştırmamızda, zorunlu ve istemli yatış hasta yakını gruplarının durumluk ve sürekli kaygı düzeyleri sosyodemografik ve klinik veriler açısından değerlendirildiğinde, zorunlu yatış kararı verilen hastaların yakınlarında düzenli tedavi almayan hastaların yakınlarının durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum düzenli ilaç kullanmayan hastaların hastalık dönemlerinin daha sık ve şiddetli olması ile ilişkili olabilir.

Yürüttüğümüz çalışmada zorunlu ve istemli yatış hasta yakını gruplarının sürekli kaygı düzeyleri sosyodemografik ve klinik veriler açısından değerlendirildiğinde, istemli yatış grubunda sürekli kaygı düzeylerinin kadın hasta yakınlarında erkek hasta yakınlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum Kaygı Bozukluklarının sıklığının kadınlarda genel olarak fazla olması ile açıklanabilir (Tamam ve Demirkol, 2019, s.1641-1644). Mitsonis ve arkadaşlarının çalışmasında (2010) Şizofreni hastalarının bakım vereninin kadın olmasının sıkıntı hissinde artmaya sebep olduğu gösterilmiştir. Çalışmamızın başka bir bulgusu istemli yatışlarda alkol kullanan hastaların yakınlarında sürekli kaygı düzeyinin fazla olmasıdır. Alkol kullanımı ve sonuçları hasta yakınlarında sürekli kaygıyı arttırmaktadır. İstemli yatış kararı olan hastaların çalışmayan hasta yakınlarının sürekli kaygı düzeylerinin çalışan hasta yakınlarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgu işsizliğin yol açtığı

ekonomik kaygıların ve psikolojik özerklik azlığının kaygıyı arttırdığı şeklinde yorumlanabilir.

Zorunlu yatış kararıyla birlikte hastaların birinci derece yakınlarında psikososyal bozuklukların gözlenmesi riskinin yüksek olduğu çalışmada vurgulanan sonuçlardan birisidir. Ören ve Aydın (2020), bakım yükünü inceledikleri çalışmanın sonuçlarına göre engelli çocuğu olan ebeveynlerin kaygı düzeyleri oldukça yüksektir.

Çalışmamızda zorunlu ve istemli yatış hasta yakını gruplarının yatış sürecinden etkilenme düzeyleri sosyodemografik ve klinik veriler açısından değerlendirildiğinde, zorunlu yatışı olan düzenli tedavi alan hastaların yakınlarının yatış sürecinden etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum düzenli ilaç kullanımına rağmen zorunlu yatışa ihtiyaç duyulmasının hastalığın şiddetli olduğunu göstermesi ve tedaviye olan inancın sorgulanmasının sonucu olabilir. Zorunlu yatış grubunda adli süreç öyküsü olmayan hasta yakınlarının yatış sürecinden etkilenme düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu durum adli süreci olan hastaların ailede sürekli olarak kaygıya sebep olması, ancak yatış sürecinin adli süreçlere dahil olmaya sebep olabilecek hastalığı iyileştireceğini ya da en azından kontrol altına alacağını düşündürmesine ve buna bağlı rahatlamaya sebep olmasına bağlı olabilir. Sonuç olarak, zorunlu yatış kararından sadece hasta değil hasta yakınları da travmatik etkilenmeler yaşayabilmektedir. Efe (2018), olumsuz yaşam olayları konulu çalışmada bireylerin karşılaştığı olumsuz yaşam olaylarının stres düzeyini artırdığını ve psikolojik danışma hizmeti almaya yönelimi yükselttiğini gösteren sonuçlar elde etmişlerdir. Bu nedenle psikolojik destek sürecine hasta yakınlarının da dahil edilmesi oldukça önemlidir.

Çalışmamızda zorunlu ve istemli yatış hasta yakını gruplarının kaçınma düzeyleri sosyodemografik ve klinik veriler açısından değerlendirildiğinde, zorunlu yatış kararı verilen hastaların yakınlarında adli süreç öyküsü olan hastaların yakınlarının kaçınma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Zorunlu ve istemli yatış hasta yakını gruplarının yeniden yaşantılama düzeyleri sosyodemografik ve klinik veriler açısından değerlendirildiğinde, zorunlu yatış kararı verilen hastaların yakınlarında düzenli tedavi almayan hastaların yakınlarının yeniden yaşantılama düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca zorunlu yatış

grubunda başkasına zarar verici davranış tariflenmeyen hastaların yakınlarında yeniden yaşantılama düzeyleri daha yüksek bulunmuştur. Zorunlu yatış hasta grubunda hasta bakımını yapan kız çocuğun yeniden yaşantılama düzeyinin erkek çocuğun yeniden yaşantılama düzeyinden daha yüksek olduğu görülmüştür.

Araştırmamızda zorunlu ve istemli yatış hasta yakını gruplarının yeniden yaşantılama düzeyleri sosyodemografik ve klinik veriler açısından değerlendirildiğinde, istemli yatış kararı verilen hastaların yakınlarında bakım veren çocukların yeniden yaşantılama düzeylerinin bakım veren kardeşlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Zorunlu ve istemli yatış hasta yakını gruplarının aşırı uyarılmışlık düzeyleri sosyodemografik ve klinik veriler açısından değerlendirildiğinde, zorunlu yatış kararı verilen hastaların yakınlarında düzenli tedavi almayan hastaların yakınlarının aşırı uyarılmışlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. İstemli yatış kararı verilen hastaların yakınlarında ise bakım veren kız çocukların aşırı uyarılmışlık düzeylerinin bakım veren kardeşlere göre daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Çalışmamızda zorunlu ve istemli yatış hasta yakını gruplarının bakım verme yükü düzeyleri sosyodemografik ve klinik veriler açısından değerlendirildiğinde, zorunlu yatış hastalarında Şizofreni hastalarının yakınlarının bakım verme yükünün Psikotik Bozukluk ve BAB hastalarına göre daha fazla olduğu görülmüştür. Zorunlu yatış kararı olan grupta Şizofreni hastalarının bakım yükünün Bipolar Affektif Bozukluk ve Psikotik Bozukluk hastalarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Şizofreni gibi kronik gidişli, sürekli bakım ihtiyacı olan bir hastalıkta daha fazla bakım yükü gerekmesi tahmin edilebilir bir durumdur. Wong ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) da hastalığın kronik nitelikte olmasının bakım yükünü arttırdığı bulunmuştur. Altay, Erkuran ve Avcı'ya göre (2018) bakım verilen hastanın tanısının bakım verenin yükü açısından belirleyici rolleri bulunmaktadır. Ayrıca hastalık süresi, sosyal ilginin azalması, semptomların şiddetli olması bakım yükünün artmasına sebep olan faktörlerdir (Gupta ve ark., 2015, s.162). Şizofreni ve Psikotik Bozukluk tanılarının kronik gidişli ve sosyal ilgi kaybına sebep olan hastalıklar olması zorunlu yatışlarda bakım yükünün fazla olmasını açıklayabilir. Nehra ve ark.'nın çalışmasında (2005) BAB ve Şizofreni hastalarının yakınları arasında bakım yükü açısından farklılık gözlenmemiştir. Benzer şekilde Sharma ve arkadaşlarının çalışmasında (2017) da

BAB ve Şizofreni tanıları bulunan hastaların yakınları arasında bakım verme yükü açısından farklılık saptanmamıştır. Çalışmamızda en sık zorunlu yatış tanularından birisi olan BAB hastalarının yakınlarında da bakım yükünün fazla olduğu verisi çalışmamızın bulgularını destekler niteliktedir. Bu veriler çalışmada ulaşılan sonuçlarla benzerlik göstermektedir. Zorunlu yatış grubunda sigara kullanan hastaların yakınlarının bakım yükü daha yüksektir. Ayrıca zorunlu yatış grubunda bakım veren yakının çocuğunun olması bakım yükünü arttırmaktadır. Çocuk sahibi olmak gibi birden çok kişiye bakım verme durumu veya sigara kullanmak gibi bakım alan kişinin ihtiyaçlarındaki artışların bakım yükünü arttırdığı gözlenmiştir. Zorunlu yatışı olan hasta grubunda düzenli tedavi almayan hasta yakınlarının bakım yükü düzenli tedavi alanlara göre daha yüksektir. Tedavinin sürekli olmaması, semptomların sık tekrarlamasına sebep olarak bakım yükünü arttırabilmektedir. Özellikle şizofreninin negatif semptomlarının şiddetli olması bakım yükünü arttıran bir faktördür (Provencher ve Mueser, 1997, s. 71-80) Zorunlu tedavi grubunda bakım veren kız çocuğunun bakım yükü erkek çocuğa göre daha yüksektir. Caqueo-Urizar ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında da kadın cinsiyetin bakım yükünün daha fazla olduğuna dair bulgular bildirilmiştir. İstemli yatış grubunda ise hastaneye yatış sayısının artması bakım yükünü arttırmaktadır. Bu durum, kronikleşmiş hastalık öyküsü, yatış gerektirecek atak sıklığının fazla olmasının aileyi olumsuz etkilediğine işaret etmektedir. Hastaneye sık yatış, kötü hastalık gidişine ve buna bağlı olarak bakım yükünde artışa yol açabilmektedir.

Çalışmamızın bulguları incelendiğinde, zorunlu yatış kararı olan hasta yakınlarının durumluk ve sürekli kaygı düzeylerinin istemli yatışı olan hasta yakınlarına göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Gupta ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin anksiyete düzeylerinin bakım vermek zorunda olduğu bir kişi olmayan bireylere göre daha yüksek olduğu; ayrıca Şizofreni hastalarının bakım verenlerinin mental sağlıklarının başka hastalıklara sahip yakınlarına bakım veren kişilere göre daha düşük olduğu gösterilmiştir. Benzer şekilde Martens ve Addington (2001) da Şizofreni hastalarının yakınlarında sıkıntı hissinin yüksek olduğunu göstermişlerdir. Bu veriler zorunlu yatış grubunda Şizofreni hastalarının daha fazla olduğu düşünüldüğünde verilerimizi desteklemektedir. Metin ve Helvacı'nın çalışmasında (2019) bakım veren kişinin aile üyesi olması durumunda kaygı düzeyinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu da aile

üyelerinin olası kaybına karşılık yaşanan endişelerin bir sonucu olarak kabul edilmektedir. Literatür bulguları değerlendirildiğinde, Şizofreni hastalarının yakınlarında kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda zorunlu yatış kararı ile hastaneye yatışı yapılan hastalarda Şizofreni tanısının daha sık olduğu göz önünde bulundurulduğunda, zorunlu yatış kararı olan hastaların yakınlarında kaygı düzeyinin fazla olmasının hastanın tanısı ile ilişkili olduğu düşünülebilir. Ayrıca zorunlu yatış kararı verilmesinde hastanın tehlikeliliği, yani çevresine ve kendisine zarar verici davranışlarının bulunmasının etkili olduğu düşünüldüğünde, zorunlu yatış kararı ile hastaneye yatışı olan hastaların yakınlarında kaygı düzeyinin fazla olmasının hastanın zarar verici davranışları ile ilişkili olabileceği sonucuna ulaşılmıştır. Sonuç olarak zorunlu yatış kararı ile hastaneye yatışı olan hastaların agresif davranışları hasta yakınlarındaki kaygı düzeyini arttırabileceği sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırmamızın sonuçlarına bakıldığında, zorunlu yatış kararı olan hasta yakınlarında istemli yatışı olan hasta yakınları ile kıyaslandığında yatış sürecinden etkilenme oranı daha yüksek olduğu görülmüştür. Ayrıca olaydan kötü etkilenmeye işaret eden kaçınma, yeniden yaşantılama ve aşırı uyarılmışlık düzeylerinin de zorunlu yatış kararı olan hasta yakınlarında daha yüksek olduğu saptanmıştır. Weller ve arkadaşlarının çalışmasında (2015) da psikiyatrik yatışların hasta yakınlarının günlük hayatlarında bozulmalara varacak seviyelerde etkiler yaratabileceğini göstermişlerdir. Zorunlu yatış kararı ile yatışı olan hasta yakınlarının yatış olayından daha fazla etkilenmeleri, zorunlu yatış kararı verilen hastaların agresif davranışları, çevreye ve kendilerine zarar verme risklerinin daha yüksek olması ve bu davranışlara en fazla yakın aile bireylerinin maruz kalması ile açıklanabilir. Ayrıca çalışmanın sonuçları incelendiğinde, zorunlu yatış kararı verilen hasta yakınlarında her ne kadar DSM-5 travma tanımına göre ölüm, ağır yaralanma veya cinsel saldırıya maruz kalma, maruz kalındığına şahsen şahit olma, yakınlarının maruziyetini öğrenme veya travmatik olaya ayrıntılarıyla aşırı şekilde maruz kalma olmamasına rağmen; kaçınma, yeniden yaşantılama ve aşırı uyarılmışlık gibi Travma Sonrası Stres Bozukluğu semptomlarının yoğun yaşandığının görülmesi, zorunlu yatış olayının oldukça travmatize edici bir olay olarak yaşantılanabileceği sonucunu göstermektedir.

Zorunlu yatış kararı olan hasta yakınlarında istemli yatışı olan hasta yakınları ile kıyaslandığında bakım yükünün daha yüksek olduğu görülmüştür. Ampalam ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) da psikiyatrik hastaların yakınlarının bakım verme yükü tıbbi hastalıklara göre daha yüksek saptanmıştır. Chadda ve arkadaşları (2007) da Şizofreni ve Bipolar Affektif Bozukluk tanılarında bakım verme yükünün yüksek olduğunu belirtmişlerdir. Bu veriler ile çalışmamızın bulguları kıyaslandığında, zorunlu yatış kararı verilen hastaların tanılarının çoğunlukla Şizofreni, Psikotik Bozukluk ve Bipolar Affektif Bozukluk olması, zorunlu yatış kararı verilen hasta yakınlarında bakım verme yükünün fazla olmasını açıklayan bir durumdur. Şizofreni, Psikotik Bozukluk ve Bipolar Affektif Bozukluk tanılarının kronik, tekrarlayıcı ataklarla giden ve işlevsellikte bozulmalara sebep olabilen hastalıklar olması bakım yükünü arttıran etkenler olabilmektedir. Bu hastalıklarda içgörü azlığı, ilaç uyumsuzluğu ve bu sebeple hastalık dönemleri ve ilaç takiplerinin hasta yakınları tarafından sürdürülmesi gerekliliği de bakım verme yükünü arttıran sebepler arasında sayılabilir. Ayrıca, atak dönemlerinde hastanın kendisine ve çevresine zarar verici davranışlar sergileme riski ve bu tehlikeliliğe yönelik gerekli önlemlerin alınmasının hasta yakınları tarafından sağlanmaya çalışılması da bakım verme yükünün artmasında etkili olabilmektedir. Altay, Erkuran ve Avcı (2018), bakım yükü konusunda yaptıkları çalışmada hastalara bakım veren hasta yakınlarının sorunlara karşı baş etme yöntemlerinin büyük öneme sahip olduğunu gösteren sonuçlar elde etmişlerdir. Araştırmacılara göre bakım yükünün azaltılması için aile içinde sorumluluk paylaşımının yapılması gerekmektedir. Aksi takdirde bakım veren kişinin psikososyal yönden sorunlar yaşaması muhtemeldir. Bu süreçte bakım veren bireylerin sosyal desteğe ihtiyaç duyduğu göz önünde bulundurulmalı, klinikte sadece hastalar ile değil hasta yakınları ile ilgili görüşmelere de önem verilmelidir. Fertelli ve Tuncay (2019), bakım veren bireylerdeki bakım yükünü inceledikleri çalışmada sosyal destek algısının önemine değinmişlerdir. Araştırmacılara göre hastalara bakım veren bireylerin sosyal destek algısının yüksek olması son derece önemlidir ve bu sosyal destek algısı hem hasta hem de hasta yakını açısından önemli bir etkiye sahiptir. Sosyal destek algısının düşük olması halinde hasta yakınının yaşam kalitesinin de düşmesi beklendiği için bu durum hastanın tedavisine olumsuz yönde yansıma riski taşımaktadır.

Sonuç olarak, araştırmamızın sonuçları bir bütün olarak değerlendirildiğinde, zorunlu yatış kararı gerektirecek psikiyatrik hastalığı bulunan kişilerin yakınlarında sürekli kaygı düzeyi yüksek saptanmıştır. Bu kişiler yatış sürecini kötü bir deneyim olarak yaşamakta ve bu olaydan olumsuz etkilenmektedirler. Ayrıca genellikle kronik, sosyal engellere sebep olan hastalıklar olan zorunlu yatış gerektiren hastalıklar hasta yakınlarının bakım yükü düzeylerinde artışa sebep olmaktadır. Bu verilerin sebepleri değerlendirildiğinde, zorunlu yatış kararı verilen hastaların tanılarının daha çok şizofreni, Psikotik Bozukluk ve Bipolar Affektif Bozukluk olması, zorunlu yatış kararı verilen hastaların kendisine ve çevresine zarar verme risklerinin yüksek olması, tehlikelilik ihtimallerinin fazla olması ve bu riskten en fazla yakın aile bireylerinin etkilenmesi; şizofreni, Psikotik Bozukluk ve Bipolar Affektif Bozukluk hastalıklarının kronik, ataklar ile giden, işlevselliği bozan, ilaç reddi ve içgörü zayıflığının sık görülen hastalıklar olması ve hastalık ve ilaç takibi ile yakın aile bireylerinin ilgilenmesi gerekliliği çalışmamızın bulgularını açıklayan faktörler olarak sayılabilir. Tüm bu bulgular göz önünde bulundurulduğunda, zorunlu yatış kararı sadece hastaları değil hasta yakınlarını da olumsuz etkilemekte, hatta psikiyatrik semptomların ortaya çıkmasına sebep olabilmektedir. Bu sebeple hasta yakınlarının sosyal desteğini arttırmaya, bakım yükünü paylaşmaya yönelik müdahalelerin geliştirilmesi önem arz etmektedir. Ayrıca ortaya çıkabilecek semptomları sorgulamak erken tanı ve tedavi süreçlerinin başlatılmasına imkan sağlayabilir. Psikoeğitim de hasta yakınlarının yatış sürecini olumsuz yaşantılama deneyimini azaltabilir, zorunlu yatışı travma deneyimi olmaktan uzaklaştırabilir. Tüm bu açılardan bakıldığında, alışmamamızın sonuçları psikiyatrik hastaların zorunlu yatış ve tedavi sürecinde hasta yakınlarını sosyal ve psikolojik yönlerden desteklemek gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın kesitsel nitelikte olması, tek merkezden dahil edilen katılımcılar ile yürütülmesi çalışmanın kısıtlılıklarındandır. Ayrıca çalışma ileride daha yüksek sayıda katılımcı ile tekrarlanması, verilerin güvenilirliğine katkı sağlayabilir.

Çalışmamızın sonuçları şunlar olarak belirlenmiştir:

- Zorunlu yatış kararı olan hasta yakınlarında sürekli kaygı düzeyi istemli yatış hastalarının yakınlarına göre daha yüksek bulunmuştur.
- Zorunlu yatış kararı olan hasta yakınlarında yatış sürecinden etkilenme düzeyi ve etkilenme düzeyinin alt boyutları olan kaçınma, yeniden yaşantılama ve aşırı uyarılmışlık düzeyleri istemli yatışı olan hasta yakınlarına göre daha yüksek bulunmuştur.
- Zorunlu yatış kararı verilen hasta yakınlarında bakım verme yükü istemli yatışı olan hasta yakınlarına göre daha yüksek tespit edilmiştir.
- Zorunlu yatış kararı olan hastaların en çok Bipolar Affektif Bozukluk (BAB), Psikotik Bozukluk ve Şizofreni tanılarına; istemli yatışı olan hastaların en çok BAB ve Majör Depresyon ve Psikotik Bozukluk tanılarına sahip olduğu bulunmuştur.
- Zorunlu yatış kararı olan hastaların istemli yatışı olan hastalardan daha fazla başkasına zarar verme öyküsü ve adli süreç öyküsü olduğu bulunmuştur.
- Zorunlu yatış kararı olan hastaların hastalık süresinin istemli yatışı olan hastalardan daha yüksek olduğu görülmüştür.

Çalışmamızdan elde ettiğimiz verilere dayanarak ileride geliştirilecek ve yürütülecek çalışmalara önerilerimiz şu şekildedir:

- Çalışmamızın büyük örneklem gruplarıyla ve çok merkezli tekrarlanması bulgularımızı destekleyecek ve sağlamlaştıracaktır.

- Zorunlu yatış kararı olan hasta yakınlarının durumluk kaygı düzeyleri ile istemli yatışı olan hasta yakınlarının durumluk kaygı düzeyleri arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu bulgunun doğrulanması için daha yüksek katılımcı sayısından oluşan ve çok merkezli çalışmalar geliştirilebilir.
- Zorunlu yatış kararı olan hasta yakınlarının kaygı düzeylerinin, yatış sürecinden etkilenme düzeylerinin ve bakım verme yüklerinin istemli yatışı olan hastaların yakınlarına göre daha yüksek olduğu çalışmamızda görülmüştür. Bu bulgular ışığında bakım veren aile bireylerine yönelik müdahaleler önem kazanmaktadır. Bakım veren ailelere yönelik sosyal destek, psikoeğitim gibi programlar düzenlemek ve bu programların etkinliğini belirlemek ileri çalışmaların hedefi olabilir.
- Çalışmamızda hasta yakınlarında saptanan bulguların hastaların yaşam kalitesi ve semptomları üzerindeki etkilerini tespit etmek için ek çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

KAYNAKÇA

- Acosta, F.J., Hernandez J.L., Pereira J., Herrera J. ve Rodrigoz C.J. (2012). Medication adherence in schizophrenia, *World Journal of Psychiatry*, 2(5), 74-82.
- Akçakaya, R.Ö. ve Erden, S.Ç. (2014). Stres ve stresle baş etmede psikiyatrik yaklaşım. *Turkish Family Physician*, 5 (2), 18-25.
- Alçı, D., Aydın, O. ve Aydemir, Ö. (2019). DSM V yaygın anksiyete bozukluğu için şiddet ölçeği Türkçe formunun güvenilirliği ve geçerliği. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, 389-395.
- Ampala P., Gunturu S. ve Padma V. (2012). A comparative study burden in psychiatric illness and chronic medical illness. *Indian Journal of Psychiatry*, 54(3), 239-243.
- Altay, B., Erkuran, H. ve Avcı, İ.A. (2018). Alzheimerlı hastaya bakım verenlerin bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (2), 1-8.
- Arslantaş H. ve Adana F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-177.
- Asoğlu, M., Karka, İ., Pirinççioğlu, F., Göbelek, M., Çelik, H., Takatak, H. ve Ulgar, Ş.B. (2018). Yaygın anksiyete bozukluğu tanısı konulan hastaların anksiyetelerinin ifade biçimlerinin kültürel yansımaları. *Bezmialem Science*, 6 (4), 242-247.
- Aubin HJ., Rollema H., Svenson T.H. ve Winterer G. (2012). Smoking, quitting, and psychiatric disease: A review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 36, 271-284.
- Ayaz, A., Bilgin, N. ve Mollaoğlu, N. (2017). Dental anksiyetede durumluk ve sürekli kaygı ölçeğinin kullanılması. *Klinik Bilimler Dergisi*, 8 (2), 1553-1560.
- Aydın, P.Ç. (2017). Kaygı ve endişe. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 10 (4), 228-236.
- Bakan İ. (2004). Çağdaş Yönetim Yaklaşımları İlkeler Kavramlar ve Yaklaşımlar, Beta Yayınevi, İstanbul, 47
- Balcı, A. (2014). Çalışanlarda stres kaynakları, stresle başa çıkma yöntemleri ve sağlık sektörü. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Basut, E. ve Erden, G. (2005). Suça yönelen ve yönelmeyen ergenlerin stres belirtileri ve stresle başa çıkma örüntüleri yönünden incelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 12 (2), 48-55.
- Bolu A., Erdem M. ve Öznur T. (2014). Travma Sonrası Stres Bozukluğu. *Anatolian Journal of Clinical Investigation*, 8(2), 98-104.
- Büber, F.D. (2018). Örgütlerde iş stresi ve yönetimi. *Journal of Organizational Psychology and Behavior*, 1 (1), 48-61.
- Büyüköztürk Ş. (1997). Araştırmaya Yönelik Kaygı Ölçeğinin Geliştirilmesi. *Eğitim Yönetimi*, 3(4), 453-464.
- Caqueo-Urizar A., Miranda-Castillo C., Giraldez S.L., Maturana S.L.L., Perez M.R. ve Tapio F.M. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*. 26, 235–243.
- Cetolin, S.F., Engroff, E., Sebben, A.A., Beltrame, V., Moser, A.M.M., Trissoldi, L. ve Zimmermann, A.T. (2021). Aspects and causes of compulsory hospitalization in psychiatry beds. *International Journal of Development Research*, 11(1), 43402-43406.
- Chadda R.K., Singh T.B. ve Ganguly K.K. (2007). Caregiver burden and coping. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42, 923-930.
- Chou K.R. (2000) Caregiver: A concept analysis. *Hournal of Pediatric Nursing*, 15 (6), 398-407.
- Civaner, M. (2014). Tıp etiği nereye. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1 (1), 4-12.
- Çapkın, N. (2011). Personelin kaygı düzeyinin iş tatminine olan etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Çoban, A.E. ve Karaman, N.G. (2013). Üniversite öğrencilerinin umutsuzluk, kaygı ve ilişkilerle ilgili bilişsel çarpıtmaları. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 78-88.
- Çorapçıoğlu, A., Yargıç, İ., Geyran, P. ve Kocabaşoğlu, N. (2006). Olayların etkisi ölçeği Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *New Symposium Journal*, 44 (1), 14-22.
- Demirdoğan, S. ve Solmaz, M. (2018). Psikiyatride zorunlu yatışlar. *Adli Tıp Dergisi*, 32 (2), 84-90.
- Dongen C.J.V. (1999). Smoking and persistent mental illness: an exploratory study. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 37 (11), 26-34.
- Duman Z.Ç. ve Bademli K. (2013). Kronik Psikiyatrik Hastalarının Aileleri: Sistematik Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel yaklaşımlar*, 5(1): 78-94.
- Edisan, Z. (2014). Tıp etiği açısından sağlık alanında yaşam kalitesi. Doktora Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

- Efe, İ.A. (2018). Olumsuz yaşam olayları, psikolojik danışma hizmeti alma, ruminasyon ve stres arasındaki ilişki. Ankara Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi, 51 (2), 95-119.
- Er, R.A. ve Şehiraltı, M. (2010). Psikiyatrik bozukluğu olan hastanın zorla tedavi edilmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1 (1), 39-42.
- Fazel S., Gulati G., Linsell L., Geddes J.R. ve Grann M. (2009). Schizophrenia and Violence: Systematic Review and Meta-Analysis. PLoS Medicine, 6(8), e1000120.
- Gupta S., Isherwood G., Jones K. ve Van Impe K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. BMC Psychiatry, 15,162.
- Gülseren L., Çam B., Karakoç B., Yiğit T., Esen Danacı A., Çabukçuoğlu Z., Taş C., Gülseren Ş. ve Mete L. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler, Turk Psikiyatri Derg, 21, 203-212.
- Gültekin, B.K., Çelik, S., Tihan, A., Beşkardeş, A.F. ve Sezer, U. (2013). Bir psikiyatri hastanesinde istemli ve istem dışı yatışların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Nöropsikiyatri Arşivi, 50, 216-221.
- Gündüz, N. (2019). Adli psikiyatri bağlamında zorunlu yatışlar, erişkinlerde ceza ehliyetleri, yasal kısıtlamalar ve fiil ehliyeti. Akademisyen Kitabevi, Ankara.
- Hiçyılmaz, S. (2020). Örgütsel stres kaynakları ve yönetimi. Uluslararası Beşeri Bilimler ve Eğitim Dergisi, 6 (14), 670-707.
- Hogstel, M.O. (2001) Gerontology: Nursing care of the Older Adult, Delmar/Thomson Learning, USA, 616.
- Ielmini M., Caselli I., Poloni N., Gasparini A., Pagani R., Vender S. ve Callegari C. (2018). Compulsory versus voluntary admission in psychiatry: an observational study. Minerva Psichiatrica, 59(3), 129-134.
- İnci, F.H. (2006). Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- İştar, E. (2012). Stres ve verimlilik ilişkisi. Akademik Bakış Dergisi, 33, 1-21.
- Kaba, İ. (2019). Stres, ruh sağlığı ve stres yönetimi. Akademik Bakış Dergisi, 73, 63-81.
- Kafadar M.T. (2014). Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Veren Yakınlarında Tükenmişlik Sendromu ve Sosyal İşlevsellik Düzeyi, Uzmanlık Tezi, Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi.
- Kahil A., Palabıykoğlu N.R. (2018). İkincil Travmatik Stres. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 10(1), 59-70.

- Kaikoushi K., Nystazaki M., Chatzittofis A., Middleton N. ve Karanikola N.K.M. (2022). Involuntary psychiatric admission in Cyprus: A descriptive correlational study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 40, 32-42.
- Karadağ, E. ve Sölpük, N. (2018). Türkiye'de yapılan çalışmalarda depresyon ve kaygı ilişkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 31, 163-171.
- Karakaş, A.C. (2013). Paylaşma tutumlarının sınav kaygısı gelecek kaygısı ile ilişkisi. *İnsan ve Toplum Bilimleri Araştırmaları Dergisi*, 2 (1), 135-157.
- Karakaya, E. ve Öztop, D.B. (2013). Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi. *Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi*, 2, 10-24.
- Kırcali Yılmaz A. (2019). Şizofreni Hasta Yakınlarında Aile Yüğü, Kendini Damgalama ve İlişkili Etmenler, *Bilim Uzmanlığı Tezi*, Kocaeli Üniversitesi.
- Kula, K.Ş. ve Saraç, T. (2017). Fen edebiyat fakültesi öğrencilerinin kaygı ve umutsuzluklarının incelenmesi. *Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 26 (2), 14-29.
- Magana, S.M., Garcia, J.I.M., Hernandez M.G. ve Cortez R. (2007), Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv*, 58, 378-384.
- Magliano L., Marasco C., Fiorillo A., Malagnone C., Guarneri M. ve Maj M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy, 106, 291-298.
- Martens L. ve Addington J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 128-133.
- Metin, Z.G. ve Helvacı, A. (2019). Kalp yetersizliği hastalarına bakım veren aile üyelerinde algılanan bakım yükü ve etkileyen faktörler. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 10 (22), 59-66.
- Mitsonis C., Voussoura E., Dimopoulos N., Psarra V., Kararizou E., Latzouraki E., Zervas I. ve Katsanou M.N. (2010). Factors associated with caregiver psychological distress in chronic schizophrenia, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 331-337.
- Nehra R., Chakrabati S., Kulhara P. ve Sharma R. (2005). Caregiver-coping in bipolar disorder and schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 329-336.
- Nesipoğlu, G. (2015). Psikiyatri hastalarının zorunlu yatışından doğan etik sorunlar ve bu sorunların klinik etik kapsamında değerlendirilmesi. *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Nesipoğlu, G. (2017). Zorunlu yatış özelinden ulusal ruh sağlığı yasasının önemi ve gerekliliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku Tarihi Dergisi*, 25 (2), 49-56.

- Oner, N. ve Le Compte A. (1985), Durumluk-Sürekli kaygı envanteri elkitabı, 20. Basım İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları
- Or, R. (2013). Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali. Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Öncü F., Soysal H., Uygur N., Özdemir F., Türkcan S., Yeşilbusra D. ve Alataş G. (2002). Zorunlu Klinik Tedavi Sonrası Yineleyici Suç İşleyen Adli Psikiyatri Olgularının Tanı ve Suç niteliği Açısından Değerlendirilmesi, *Düşünen Adam*, 15(3), 132-148.
- Ören, B. ve Aydın, R. (2020). Engelli çocuğa sahip ebeveynlerde bakım veren yükü ve depresyon durumlarının incelenmesi. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7 (3), 302-309.
- Özdemir, H.Ç. ve Şenol, S. (2019). Bakım yükü değerlendirme ölçeklerine sistematik bir bakış. *İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4 (2), 61-68.
- Özel, Y. ve Karabulut, A.B. (2018). Günlük yaşam ve stres yönetimi. *Türkiye Sağlık Bilimleri ve Araştırmaları Dergisi*, 1 (1), 48-56.
- Özer, M.A. (2012). Çalışanlar için verimlilik anahtarı: stres yönetimi. *TÜHİS İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 24 (1-2), 45-66.
- Öztürk, A. (2014). Sosyal kaygıyı açıklayan yaklaşımlar. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13 (48), 15-26.
- Öztürk O. ve Uluşahin A. (2011). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevi, Yenilenmiş 11. Baskı, 496-511.
- Pallis, D.J., Apostolou, N.S., Economou, M.P. ve Stefanis, C.N. (2007). Compulsory hospitalisation and optimal mental health care. *Psichiatriki Journal*, 18 (4), 307-315.
- Provencher H.L. ve Mueser K.T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of the persons with schizophrenia, *Schizophrenia Research*, 26(1), 71-80.
- Perlick D.A., (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder, *Bipolar Disord*, 9, 262-273.
- Sagud M., Vuksan-Cusa B., Jaksic N., Mihalevic-Peles A., Kuzman M.R. ve Pivac N., (2018) Smoking in Schizophrenia: An Updated Review. *Psychiatria Danubina*, 30(4), 216-223.
- Sayım, F. (2011). Sağlık piyasası ve etik: tıbbi etik ve deontoloji kavramları. MKM Yayınları, Bursa.

- Sharma R., Sharma S.C. ve Pradhan S.N. (2017). Assessing Caregiver Burden in Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder in Kathmandu Medical College, Journal of Nepal Health Research Council, 15(3), 258-263.
- Şahin, M. (2019). Korku, kaygı ve kaygı bozuklukları. Avrasya Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, 6 (10), 117-135.
- Şar, V. (2017). Savaş ve terör yaşantılarında travma sonrası stres. Okmeydanı Tıp Dergisi, 33, 114-120.
- Şen, N. ve Özkan, F.S. (2017). Psikiyatri hastalarında zorunlu yatış ve zorla tedaviye bir bakış açısı. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7 (3), 176-181.
- Şentürk, C.K. (2016). Lise öğrencilerinin matematik kaygılarının yordanması. Yüksek Lisans Tezi, Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kırşehir.
- Tamam, L. ve Demirkol, M.E. (2019). Anksiyete bozuklukları. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 1641-1643.
- Tayaz, E. ve Koç, A. (2018). Engelli bireye bakım verenlerde algılanan bakım yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. Bakırköy Tıp Dergisi, 14, 44-52.
- Tekin, G.O. (2010). Çalışma yaşamında stres kaynakları ve kamu kurumlarında çalışanlar üzerine etkileri. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne.
- Telef, B.B. (2013). Olumlu ve olumsuz yaşantı ölçeği. Anatolian Journal of Psychiatry, 14, 62-68.
- Topçu, A.E. ve Güre, A. (2021). Olumsuz yaşam olayları, anne-ergen ilişkisi ve ergen uyumu arasındaki ilişkiler. Türk Psikiyatri Dergisi, 36 (87), 106-125.
- Ulusoy, S., Cantürk, G., Çelik, Z., Mutlu, S., Kaya, C.C., Terzioğlu, M. ve Yavuz, K.F. (2021). Engelli çocukların bakım verenlerinde başa çıkma tutumları ve depresif belirti düzeylerinin bakım yükü ile ilişkisi. Bilişsel Davranışçı Terapi ve Araştırmaları Dergisi, 10 (1), 1-11.
- Uysal, Z. (2006). Çatışma çözme eğitim programının ortaöğretim dokuzuncu sınıf düzeyindeki öğrencilerin çatışma çözme becerilerine etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Weller B.E., Faulkner M., Doyle O., Daniel S.S. ve Goldston D.B.(2015) Impact of Patients' Psychiatric Hospitalization on Caregivers: A Systematic Review, Psychiatry Online, 66(5), 527-534.
- WHO (1996). Mental health care law: ten basic principles. Geneva: World Health Organization Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, 5-12.

- Wong D.F.K., Lam A.Y.K., Chan S.K. ve Chan S.F., (2012). Quality of life caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10, 15.
- Yağmur T. ve Türkmen S.N., (2017). Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinde Algılanan Stres ve Psikolojik Dayanıklılık, *Manisa Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4(1), 542-548.
- Yıldırım Kaptanoğlu, A. Tıp etiğinin tanımı, gerekçesi, tıp etiği ilkeleri. <http://www.aysegulyildirimkaptanoglu.com/> , Erişim Tarihi: 20.04.2022.
- Yıldırım, S., Engin, E. ve Başkaya, V.A. (2013). İnmeli hastalara bakım verenlerin yükü ve yükü etkileyen faktörler. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 50, 169-174.
- Yılmaz, A. ve Ekici, S., (2003). Örgütsel yaşamda stresin kamu çalışanlarının performansına etkileri üzerine bir araştırma. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 10 (2), 1-19.

EKLER

EK A. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

A. Hasta Yakınıını Tanıtıcı Sorular

1. Cinsiyet

1. Kadın

2. Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

3. Öğrenim durumunuz nedir?

3. Okur-yazar değil

4. Okur-yazar

5. İlkokul

6. Ortaokul

7. Lise

8. Üniversite

4. Medeni durumunuz nedir?

1. Evli

2. Hiç evlenmemiş

3. Dul

4. Boşanmış/ayrı yaşıyor

5. Çocuğunuz var mı?

1. Var

2. Yok

6. Bir işte çalışıyor musunuz?

1. Evet

2. Hayır

7. Mesleğiniz

1. Ev hanımı

2. İşçi

3. Memur

4. serbest

5. İşsiz

6. Emekli

7. Öğrenci

B. Hastayı Tanıtıcı Bilgiler

8. Hastanın cinsiyeti

1. Kadın

2. Erkek

9. Hastanın yaşı.....

10. Öğrenim durumu

1. Okur-yazar değil

2. Okur-yazar

3. İlkokul

4. Ortaokul

5. Lise

6. Üniversite

11. Yatış tanısı

12. Sigara Kullanımı:

1. Var

2. Yok

13. Alkol Kullanımı:

1. Var

2. Yok

14. Madde Kullanımı (son 6 ayda):

1. Var

2. Yok

15. Geçmiş Madde Kullanımı:

1. Var (varsa belirtiniz.....)

2. Yok

16. Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü:

1. Var (varsa belirtiniz.....)

2. Yok

17. Hastalık Süresi:

18. Yatış Sayısı (toplam):

19. Düzenli Tedavi Kullanma Durumu:

1. Evet

2. Hayır

20. İntihar Öyküsü:

1. Yok

2. Var

21. Başkasına zarar verici davranış öyküsü:

1. Var

2. Yok

22. Adli süreç öyküsü

1. Var

2. Yok

C. Aynı Evi Paylaşma İle İlgili Özellikler

23. Evde yaşayan kişi sayısı.....

24. Bakım verdiğiniz hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

1. Oğlu

2. Kızı

3. Annesi

4. Babası

5. Kardeşi

6.Eşi

25. Kaç yıldır hasta ile birlikte oturuyorsunuz?.....

EK B. Durumluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği

STAI FORM TX – I

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HİÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3	Su anda sinirlerim gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

STAI FORM TX – 2

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetmeksizin **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		Hemen hemen hiçbir zaman	Bazen	Çok zaman	Hemen her zaman
21.	Genellikle keyfim yerindedir	(1)	(2)	(3)	(4)
22.	Genellikle çabuk yorulurum	(1)	(2)	(3)	(4)
23.	Genellikle kolay ağlarım	(1)	(2)	(3)	(4)
24.	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	(1)	(2)	(3)	(4)
25.	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçırırım	(1)	(2)	(3)	(4)
26.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
27.	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
28.	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
29.	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
30.	Genellikle mutluyum	(1)	(2)	(3)	(4)
31.	Herşeyi ciddiye alır ve endişelenirim	(1)	(2)	(3)	(4)
32.	Genellikle kendime güvenim yoktur	(1)	(2)	(3)	(4)
33.	Genellikle kendimi emniyette hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
34.	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	(1)	(2)	(3)	(4)
35.	Genellikle kendimi hüzünlü hissedirim	(1)	(2)	(3)	(4)
36.	Genellikle hayatımdan memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
37.	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	(1)	(2)	(3)	(4)
38.	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	(1)	(2)	(3)	(4)
39.	Aklı başında ve kararlı bir insanım	(1)	(2)	(3)	(4)
40.	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	(1)	(2)	(3)	(4)

EK C. Olayların Etkisi Ölçeği

OLAYLARIN ETKİSİ ÖLÇEĞİ – DEĞİŞTİRİLMİŞ/GÖZDEN GEÇİRİLMİŞ

Yönergeler: Aşağıda insanların bazen stres dolu olaylardan sonra yaşadıkları zorlukların listesi bulunmaktadır. Lütfen bir maddeyi

okuyun ve sonra SON YEDİ GÜN BOYUNCA her zorluğun sizin için ne kadar sıkıntı/rahatsızlık verici olduğunu aşağıdaki cümleye

göre belirtin: -----, bu zorluklardan ne kadar rahatsız oldunuz ya da zarar gördünüz?

1.	Benzeyen her şey, olayla ilgili duygularımı aklıma getiriyor ve hatırlatıyor.
2.	Uykumu sürdürmekte, kesintisiz ve derin bir uyku uyumakta zorlanıyorum, uykum bölünüyor.
3.	Olayla ilgisiz ve farklı şeyler dahi bana olayı hatırlatıyor, aklıma getiriyor ve düşündürüyor.
4.	Kendimi huzursuz ve öfkeli hissediyorum.
5.	Olayı düşündüğümde, olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda keyfimin kaçmasına canımın sıkılmasına izin vermiyorum.
6.	İstemediğim halde olay aklıma geliyor ve onu düşünmek zorunda kalıyorum.
7.	Sanki olayı yaşamamışım, olmamış ve gerçek değilmiş gibi hissediyorum.
8.	Olayı hatırlatan durum, yer ve koşullardan uzak duruyorum, kaçınıyorum.
9.	Olayla ilgili görüntüler fotoğraf gibi, film gibi gözümün önünde canlanıyor.
10.	Ani ses, görüntü ve hareketlerden çabuk irkiliyorum ve abartılı tepkiler veriyorum.

11.	Olayı düşünmemeye çalışıyorum.
12.	Olayla ilgili birçok duyguyu hala taşıdığımı fark ettim fakat bunların üzerinde durmuyorum ve bunları çözmeye çalışmıyorum.
13.	Sanki bütün duygularımı kaybetmiş gibi hissediyorum. Kendimi halsizleşmiş ve donuklaşmış gibi algılıyorum.
14.	Zaman zaman olay sırasındaki duygularımı yeniden hatırlıyorum ve sanki o anı yeniden yaşıyormuş gibi tepkiler gösteriyorum.
15.	Uykuya dalmakta zorluk çekiyorum.
16.	Olayla ilgili yaşadığım duyguları o kadar canlı hatırlıyorum ki, sanki dalga dalga üzerime geliyorlar.
17.	Olayı hafızamdan silmeye ve unutmaya çalışıyorum.
18.	Dikkatimi toplamada ve yoğunlaşmada zorluk çekiyorum.
19.	Olayı hatırlatan şeylerle karşılaştığımda, terleme, kızarma, titreme, çarpıntı, nefes alma güçlüğü, göğüste baskı hissi gibi bedensel belirtiler yaşıyorum.
20.	Olayla ilgili rüyalar görüyorum.
21.	Kendimi tetikte ve diken üstünde hissediyorum, güvenliğimle ilgili endişeler duyuyorum.
22.	Olay hakkında konuşmamaya çalışıyorum.

EK Ç. Bakım Verme Yüğü Ölçeği

BAKIM VERME YÜĞÜ ÖLÇEĞİ

Açıklama: Aşağıda insanların bir başkasına bakım verirken hissettiklerini yansıtan ifadeler bulunmaktadır. Her bir sorudan sonra sizin bu duyguları hiçbir zaman, nadiren, bazen, oldukça sık ve hemen her zaman olmak üzere hangi sıklıkla yaşadığınızı gösteren ifadeler yer almaktadır. Doğru ya da yanlış cevap yoktur.

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
12. Yakınına bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?

0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman

22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK D. Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ HASTA VE HASTA YAKINI ONAM FORMU

Sayın Katılımcımız;

Bu çalışmada yer almanız isteğinize bağlıdır. Çalışmayı reddetme ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahiptir. Bu durum herhangi bir cezai duruma veya tedaviniz için herhangi bir olumsuzluğa yol açmayacaktır. Çalışmada zorunlu yatış kararı ile sağlık kuruluna başvuran hastaların 1. derece yakınlarının kaygı düzeyleri ve olumsuz yaşantı sonrası stres düzeylerinin belirlenmesi, bakım yükünün değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmaya katılmanız halinde hastalar için araştırmada “Sosyodemografik Veri Formu, Bakım Verme Yükü Ölçeği, Olay Etki Ölçeği, Durumluluk ve Sürekli Kaygı Ölçeği” uygulanacaktır.

Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu olur formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmada elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla yayınlanacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışma Psk. Oya Kaptan, Dr. Öğr. Üyesi Erkal Erzincan tarafından yürütülecektir.

Bu formu okudum ve anladım. Bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi ve Telefonu :

Açıklamaları yapan araştırmacının;

Adı Soyadı:

İmzası:

