

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARA BİRİNCİL BAKIM VEREN
BİREYLERİN DUYGU DIŞAVURUMU AÇISINDAN
DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZDE ALGÖNÜL

İstanbul Üniversitesi, Edebiyat Fakültesi, Psikoloji Bölümü, 2013

Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Klinik Psikoloji Yüksek Lisans
Programı, 2017

Bu tez, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü'ne Yüksek Lisans (MA) derecesi
ile sunulmuştur.

IŞIK ÜNİVERSİTESİ

2017

İŞIK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARA BİRİNCİL BAKIM VEREN BİREYLERİN DUYGU
DIŞAVURUMU AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZDE ALGÖNÜL

ONAYLAYANLAR:

Prof.Dr. Feryal Çam Çelikel
(Tez Danışmanı)

Işık Üniversitesi

Prof.Dr. Ömer Saatçioğlu

Işık Üniversitesi

Doç.Dr. Özlem Sertel Berk

İstanbul Üniversitesi

ONAY TARİHİ: 05.06.2017

EVALUATION OF THE EXPRESSED EMOTION LEVELS IN PRIMARY CAREGIVERS OF SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Abstract

The Statement of the Problem: Schizophrenia is a disease, that affects not only the patient but also the caregivers and those individuals living together, as well. The aim of this study was to investigate the expressed emotion of the individuals who are the primary caregivers of schizophrenia patients and to identify possible relationships with the patients' disease characteristics.

Method: In this study, the expressed emotion of the primary caregivers of patients with schizophrenia were examined. The sample consisted of patients with schizophrenia, who were hospitalized and followed-up at Bakırköy Psychiatry and Neurological Diseases Training and Research Hospital, and their primary caregivers, with 53 individuals in both groups. All participants were applied a Patient or Caregiver Data Form, the Expressed Emotion Scale (EE), the Beck Depression Inventory (BDI) and the Beck Anxiety Scale (BAI).

Results: The patient group consisted of 28 females and 25 males, with a mean age of $40,98 \pm 12,82$ years and the caregiver group consisted of 35 females and 18 males, with a mean age of $49,34 \pm 15,15$ years. In the caregiver group, 23 individuals were the parents of the patient. Compared to others, the parent caregivers had significantly higher scores on hostility/criticism subscale of EE scale. Among the caregivers, females, parents, and those without a job had significantly higher scores on BDI and BAI. The caregivers of those patients with younger age of disease onset had significantly higher total scores of EE scale compared to those with higher age of disease onset. It was observed that the caregivers of schizophrenia patients with hospitalizations had significantly higher EE scale scores than those without. In the caregiver group, a significant and positive relationship was found between the total and all subscale scores of EE scale and the BDI and the BAI scores. The age of schizophrenia patients had a statistically significant negative relationship with the BDI and BAI scores of the caregivers. Besides, the age of disease onset of the schizophrenia patients had a statistically significant negative relationship with the

total EE scale, BDI and BAI scores of the caregivers. A significant and positive relationship was observed between the number of hospitalizations of the patients and the EE scale total scores of the caregivers.

Conclusion: In summary, our study suggests a relationship between the expressed emotion levels of the primary caregivers and the age of onset of schizophrenia and the number of hospitalizations.

Key Words: Schizophrenia, caregiver, expressed emotion, depression, anxiety.

ŞİZOFRENİ TANILI HASTALARA BİRİNCİL BAKIM VEREN BİREYLERİN DUYGU DIŞAVURUMU AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özet

Problem Tanımı: Şizofreni hasta bireyi etkilediği gibi hastaya bakım veren ve birlikte yaşamakta olduğu bireyleri de etkileyen bir hastalıktır. Bu araştırmanın amacı, şizofreni tanılı hastalara birincil bakım veren bireylerin duygu dışavurumlarının incelenmesi ve hastaların hangi klinik özellikleri ile ilişkili olduğunun araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmada, şizofreni tanısı almış olan hastaların ve bu hastalara birincil bakım vermekte olan kişilerin özellikleri araştırılarak bakım verenlerin duygu dışavurumları açısından incelenmiştir. Araştırmanın örneklemi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak ve ayaktan tedavi görmekte olan 53 şizofreni tanılı hasta ve bu hastalara birincil olarak bakım veren 53 katılımcıdan oluşmaktadır. Veriler, Hastaya Ait Özellikler Bilgi Formu, Bakım Verene Ait Özellikler Bilgi Formu, Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) kullanılarak elde edilmiştir.

Bulgular: Hasta grubunun 28'i kadın ve 25'i erkektir ve yaş ortalaması $40,98 \pm 12,82$ 'dir. Bakım veren grubunun ise 35'i kadın 18'i erkek olup yaş ortalaması $49,34 \pm 15,15$ 'tir ve 23'ü hastanın ebeveynidir. Ebeveyn bakım verenlerde DDÖ'nün düşmancıl/eleştirel oluş (EDO) puanlarının diğer bakım verenlere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bakım verenler arasında, kadın, çalışma hayatı olmayan ve hastanın ebeveyni olan bireylerde BDÖ ve BAÖ puanlarının erkek ve çalışma hayatı olan bakım verenlere oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Şizofreni başlangıç yaşı daha küçük olan hastaların bakım verenlerinin, başlangıç yaşı daha yüksek olanlara oranla DDÖ toplam puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Hastaneye yatışı olan şizofreni hastalarına bakım verenlerin DDÖ puanlarının, hastaneye yatışı olmayan

hastaların bakım verenlerine oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bakım veren grupta DDÖ toplam ve alt ölçek puanları ile BDÖ ve BAÖ arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Şizofreni hastalarının yaşları ile bakım veren bireylerin BDÖ ve BAÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Şizofreni hastalarının hastalık başlangıç yaşı ile bakım veren bireylerin DDÖ toplam, BDÖ ve BAÖ puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Hastaneye yatış sayıları ile hastalara bakım verenlerin DDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç: Özetle çalışmamızda, şizofreni tanılı hastalara bakım veren bireylerin duygu dışavurumlarının, hastaların hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış sıklığı ve bakım verenin hastanın kendi ebeveyni olması ilişkili bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Şizofreni, bakım veren, duygu dışavurumu, depresyon, anksiyete.

Teşekkürler

Tez çalışmam boyunca bilgi ve tecrübelerini paylaşan saygı değer hocam Prof. Dr. Feryal Çam Çelikel'e tezime verdiği önem ve emekten dolayı teşekkürlerimi sunarım. Psikoloji bilimi ile tanışmamı sağlayan, alanda yoluma ışık tutan, eğitim hayatım boyunca verdiği destek ile her zaman yanımda olan engin bilgileri ve yol göstericiliği için çok saygı değer hocam Prof. Dr. Aykut Kazancıgil ve eşine çok teşekkür ederim. Verdikleri eğitim ve gösterdikleri yol ile psikoloji alanındaki bakış açımın oluşmasını sağlayan saygı değer hocalarım Prof. Dr. Tevfika Tunaboşlu İkiz ve Yrd. Doç. Dr. Bengi Pirim Düşgör'e çok teşekkür ederim. Alandaki engin bilgilerini ve deneyimlerinden yararlandığım, eğitim hayatımdaki desteğini esirgemeyen saygı değer hocam Uzm. Dr. Şahap Nurettin Erkoç'a teşekkürlerimi sunarım. Tezim esnasında deneyim ve bilgilerini paylaşan Uzm. Dr. Güzide Tuna Yener Örüm ve Uzm. Dr. Ersin Uygun'a çalışmamın yürütülmesindeki desteklerinden dolayı çok teşekkür ederim. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi yönetimine ve çalışanlarına, çalışmama gönüllü olarak dahil olmayı kabul eden katılımcılara teşekkürlerimi sunarım. Tez yazım süreci boyunca her zaman yanımda olan Tansu Kısacık'a, bu süreçte karşılaştığım zorluklarda motivasyonu ile desteklerini her zaman hissettiğim değerli meslektaşlarım Ezgi Çayırılı, Begüm Akdeniz, Eyşan Türker, Naz Öktem, Başak Alpat ve Enes İlyas Kansız'a çok teşekkür ederim. Tüm hayatım boyunca desteklerini esirgemeyen, her zaman maddi manevi yanımda olan çok sevgili babam Vedat Algönül'e, annem Özden Algönül'e, kardeşlerim Esat Algönül, Elif Algönül ve Göksu Algönül'e ve hayatım boyunca motivasyon kaynağım olan Asya Algönül'e sonsuz minnetlerimi sunarım.

Özde Algönül
İstanbul, 2017

İçindekiler

Abstract	ii
Özet	iv
Teşekkürler.....	vi
İçindekiler	vii
Tablolar Listesi	x
Kısaltmalar Listesi	xi
BÖLÜM 1	1
1. GİRİŞ	1
1.1. Araştırmanın Amacı	2
1.2. Araştırmanın Başlıca Hipotezleri	2
1.3. Araştırmanın Önemi	2
1.4. Araştırmanın Sayıtları	3
BÖLÜM 2	4
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Şizofreninin Tanımı.....	4
2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi.....	4
2.3. Şizofrenide Klinik Belirtiler ve Alt Tipler	5
2.4. Şizofrenide Gidiş	5
2.5. Şizofrenide Nüks	7
2.6. Şizofrenide Psikososyal Faktörler	7
2.7. Şizofrenide Ailenin Önemi.....	8
2.8. Şizofrenide Bakım Veren Kavramı	10
2.9. Şizofrenide Yük Kavramı.....	11
2.10. Duygu Dışavurumu Kavramı	12
2.11. Şizofrenide Duygu Dışavurumu Kavramı	15
BÖLÜM 3	17
3. YÖNTEM.....	17

3.1. Örneklem	17
3.2. Veri Toplama Araçları.....	17
3.2.1. Hastaya Ait Özellikler Bilgi Formu.....	17
3.2.2. Bakım Verene Ait Özellikler Bilgi Formu	17
3.2.3. Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ).....	18
3.2.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	18
3.2.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)	19
3.3. Verilerin Analizi	19
BÖLÜM 4	20
4. BULGULAR	20
4.1. Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi	20
4.1.1. Hasta ve Bakım Veren Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	20
4.2. Katılımcıların Klinik ve Diğer Özellikleri	23
4.2.1. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri.....	23
4.2.2. Bakım Veren Grubunun Diğer Özellikleri	24
4.3. Ölçeklerin İncelenmesi	25
4.3.1. Bakım Veren Grubunun Ölçek Puanları.....	25
4.3.2. Ölçeklerin Normallik Testi	25
4.3.3. Bakım Verenler Grubunda Duygu Dışavurumu Düzeylerinin Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi	26
4.3.4. Bakım Veren Grubunda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi	27
4.3.5. Hastaların Klinik Özellikleri ile Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Düzeyleri ile İlişkisi.....	29
4.3.6. Bakım Veren Grubunda Ölçekler Arası Korelasyon	31
4.3.7. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri ve Bakım Veren Grubunun Yaş ve Bakım Verme Süresi ile Ölçekler Arası Korelasyon	32
BÖLÜM 5	34
5. TARTIŞMA	34
BÖLÜM 6	41
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	41
Kaynaklar	
Ekler	
EK A: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	

EK B: Hastaya Ait Özellikler Bilgi Formu

EK C: Bakım Verene Ait Özellikler Bilgi Formu

EK D: Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ)

EK E: Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

EK F: Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ)

Özgeçmiş

TABLolar LİSTESİ

Tablo 2.1. Şizofrenide Olumlu ve Olumsuz Gidiş Göstergeleri	6
Tablo 4.1. Hasta Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	21
Tablo 4.2. Bakım Veren Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	22
Tablo 4.3. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri	23
Tablo 4.4. Bakım Veren Grubunun Diğer Özellikleri	24
Tablo 4.5. Bakım Veren Grubunda Duygu Dışavurumu, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri	25
Tablo 4.6. Ölçeklerin Normallik Dağılımları	25
Tablo 4.7. Bakım Veren Grubunda Duygu Dışavurumu Düzeylerinin Grubun Sosyodemografik Özellikleri ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi	26
Tablo 4.8. Bakım Veren Grubunda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Grubun Sosyodemografik Özellikleri ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi	28
Tablo 4.9. Hastaların Klinik Özelliklerinin Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Düzeyleri ile İlişkisi	30
Tablo 4.10. Bakım Veren Grubunda Ölçekler Arası Korelasyon	31
Tablo 4.11. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri ve Bakım Veren Grubunun Yaş ve Bakım Verme Süresi ile Ölçekler Arası Korelasyon	32

KISALTMALAR LİSTESİ

DDÖ Toplam: Duygu Dışavurumu Ölçeği Toplam

DDÖ EDO: Duygu Dışavurumu Eleştirel/Düşmancıl Oluş Alt Ölçeği

DDÖ İKKM: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi/Koruma Kollama/Müdahale Alt Ölçeği

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

BİRİNCİ BÖLÜM

1. GİRİŞ

Şizofreni, karakteristik özellikleri sanrılar, varsanılar, dağınık konuşma ve davranış olan, kişisel bakım ve genel işlevsellikteki sorunlarla kendini gösteren bir rahatsızlıktır (Butcher ve ark, 2013). Şizofrenik bozukluk yalnızca bireyin kişisel talihsizliği değil, aynı zamanda bakım veren kişi, aile, akrabalar ve arkadaşlar için de kaygı verici bir yaşantıdır (Deniz ve ark, 1999).

Şizofrenide genetik faktörlerin etkisi yadsınamaz. Ancak ileri sürülen biyolojik faktörler tek başlarına hastalığın ortaya çıkışını, gidişini ve sonuçlarını açıklamakta yetersiz kalmakta ve biyolojik-organik bir zeminde de olsa psikososyal streslerin hastalığın gidişini etkilediği bilinmektedir (Berksun, 1992). Şizofreni hastalarının, 1960'lardan itibaren akıl hastanelerinden çıkıp toplum içinde yaşamlarını sürdürmeleri ile birlikte, aileler hastaların bakımıyla ilgilenmekle birinci derecede yükümlülük kazanmışlardır (Tüzer ve ark, 2003). Bakım veren faktörünün ortaya çıkmasıyla, bakım verenin negatif bir özelliği olarak 'yük' kavramı önem kazanmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2009). Aileyi dışarıda bırakan tedavi modellerinin eksik ya da etkisiz olduğu düşünülmektedir (Bellack ve Mauser, 1993). Psikososyal stresler ve nöksler arasındaki ilişki birçok araştırmada gösterilmiştir (Malla ve ark, 1990). Aile bireylerinin yüksek duygu dışavurumu, iletişim şekli, duygulanım tarzı gibi bazı özelliklerin hastaneden taburcu olunduktan sonra hastalığın nöksü üzerindeki etkisinin gösterildiği çalışmalar mevcuttur (Barbato, 2000).

Duygu dışavurumu kavramı Brown ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve ev ortamı içerisinde, hastaya bakım veren bireyin sahip olduğu duygusal tepkiler anlamında kullanılan bir kavramdır. Ölçülebilen bazı özelliklerin şizofreninin gidişini yordayabilmesinin yanında ev ortamı içerisinde şizofreni tanısı almış olan bireye gösterilen duygusal tepkiler ile hastanın davranış bozuklukları arasında karşılıklı bir etkileşim söz konusudur. Duygu dışavurumu düşmancıl/eleştirel oluş ve

aşırı ilgi/koruma kollama/müdahale olmak üzere iki alt başlık halinde ele alınmaktadır (Berksun, 1992).

Şizofreni tanısı almış hastalara bakım veren kişiler ile yapılan çalışmalarda, duygu dışavurumunun hastalığın seyri üzerindeki etkisi incelenmiş ve yüksek duygu dışavurumu düzeyine sahip bakım verenlerin hastalarında hastalığın nüksetme oranının yüksek olduğu belirtilmiştir (Saunders, 1999). Hastaya uygulanan ilaç tedavisi ve psikoterapötik girişimlerin yanında, ailelere ve bakım verenlere destek olarak uygulanacak psikoeğitim programları hastalığın prognozunda etkili bir durum olan duygu dışavurumuna önemli katkılar sağlamaktadır (Arslantaş ve ark, 2009).

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmanın amacı, şizofreni tanılı hastalara birincil bakım veren bireylerin duygu dışavurumu açısından değerlendirmek, birincil bakım verenlerin sosyodemografik ve diğer değişkenleri, duygu dışavurum düzeyleri, depresyon ve anksiyete düzeyleri ve şizofreni tanısı almış hastalara ait sosyodemografik değişkenler, hastalığın gidişatı ve nükse bağlı olarak hastaneye yatış sayısı arasında ilişkili olup olmadığını belirlemektir.

1.2. Araştırmanın Başlıca Hipotezleri

Araştırmamızda, şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin duygu dışavurumu düzeyleri yükseldikçe bakım vermekte oldukları hastalarının nükse bağlı hastaneye yatışlarının artabileceği öngörülmüştür. Ayrıca, şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin duygu dışavurum düzeyleri ile depresyon ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olabileceği düşünülmüştür.

1.3. Araştırmanın Önemi

Şizofreni, hastalığın prognozu ve hastayı birçok yönden olumsuz etkilemesi sebebiyle kişiyi bakıma muhtaç bırakan bir hastalıktır. Şizofreni hastanın hayatını etkilediği kadar hastanın birlikte yaşamakta olduğu kişileri, ailesini, bakım verenlerini ve çevresini de olumsuz yönde etkilemektedir.

Şizofreni hastalarına bakım vermekte olan kişilerin bakım sürecinde üstlendikleri yük oldukça fazladır. Ve bakım verenler bu yükü hastalarına ister istemez yansıtmak durumunda kaldıklarından hastalara yönelik duygu dışavurumlarının yüksek olabileceği düşünülmüştür. Bakım yükünün kişileri psikolojik açıdan olumsuz yönde etkilediği göz önüne alındığında, ülkemizde ve dünyada şizofreni hastalarına bakım verenlere yönelik ilginin son dönemlerde artmakla birlikte halen yeterli olmadığı düşünülmektedir.

Şizofreni kuşkusuz ilaç tedavisinin gerekli olduğu bir hastalıktır. Şizofreni tanısı almış hastanın sosyal işlevselliği ve yeti yitimi düşünüldüğünde tedavisi için birincil faktör olan medikal desteği hastaya temin edebilecek olan kişi bakım verendir. Bu durumun, hastanın yaşamına biraz daha iyi koşullarda devam edebilmesi için en önemli faktör olan farmakolojik tedavinin çoğunlukla bakım veren kişinin insiyatifinde olduğu anlamına geldiği düşünülmektedir. İlaç tedavisine ek olarak psikososyal müdahalelerde de bulunulmalıdır. Hastaya bakım veren bireylerin de tedavi planına dahil edilmesinin olumlu etkileri bir çok araştırmada görülmüştür.

Duygu dışavurumunun Türk örneğinde incelenmesinin ve bakım veren kişilerin hastaya ve hatalığa dair bakış açısının değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmüştür. Duygu dışavurum düzeylerinin sosyodemografik özellikler açısından değerlendirilmesinin Türk toplumundaki şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin özelliklerini yansıtabileceği düşünülmüştür.

1.4. Araştırmanın Sayıtları

Araştırmaya katılan bireyler, verilen bilgi ve veri toplama araçlarına içtenlikle cevap vermişlerdir. Araştırma örnekleme şizofreni hastalarının ve hastalara bakım vermekte olan kişilerin genelini temsil edebilir özelliktedir.

İKİNCİ BÖLÜM

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreninin Tanımı

Şizofreni, erken yaşlarda başlayarak kişide bilişsel, duygulanım ve psikososyal alanlarda uzun süreli bozukluklara ek olarak bireysel ve ekonomik kayıplara yol açan bir hastalıktır. Tanımlanmaya ilk başlandığı zamanlardan beri bir beyin hastalığı olarak görülmektedir. Birçok psikotik belirti ve beyin işlevi bozukluğu içeren, vücudun diğer bölümlerini de etkilemekte olan nörogelişimsel bir bozukluktur. Şizofreni belirtilerinin çeşitlilik göstermesinin yanında, hastalığın ortaya çıkışı ve gidişatı açısından heterojen bir yapıdadır. Başlangıç yaşı, farmakolojik tedaviye verilen yanıtlar ve nöroanatomi bulgular arasında da farklılıklar göstermektedir (Soygür ve ark., 2007).

2.2. Şizofreninin Epidemiyolojisi

Şizofreni bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı %1'dir. Fakat ailesinde genetik yükünlük olan kişilerde bu oran çok daha fazladır. Şizofreni riski en çok tek yumurta ikizlerinde mevcuttur. Sonrasında ise, anne ve babanın ikisinin de şizofreni hastası olduğu kişilerde risk fazladır. Birinci derece akrabalarında şizofreni hastalığı bulunan kişilerde ve çift yumurta ikizlerinde de şizofreni riskinin daha fazla olduğu belirtilmiştir. İkinci derece akrabalarında şizofreni hastası olan kişilerde daha az olmasına karşın risk bulunmaktadır (Gottesman, 1991).

Şizofreni tanılı erkek hastaların 2/3'ü 25 yaş önce tanı almaktayken, kadın hastaların 1/3'ü 25 yaş öncesi tanı almaktadır (Lewis, 1992). Şizofreni erkeklerde kadınlara oranla daha erken başlama eğilimindedir. Başlama yaşı erkek hastalarda yaklaşık 25 iken kadınlarda ise 29'dur (Jablensky ve Cole, 1997). Cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise, şizofreninin kadınlarda %1,5, erkeklerde ise %1,02 oranında görülmekte olduğu ifade edilmiştir (Häfner, 2003).

Kadın şizofrenlerde premorbid işlevsellik, sosyal meslek uyumu ve prognozun daha iyi olduğu ve bu durumun şizofreninin etyopatogenezi ile ilgili olabileceği belirtilmiştir (Karamustafaloğlu ve ark., 1998).

2.3. Şizofrenide Klinik Belirtiler ve Alt Tipleri

Pozitif ve negatif belirti kavramları nörolojik sendromlardaki belirtileri kategorize edebilmek amacıyla 19. yüzyılda Hughling Jackson tarafından ortaya atılmıştır. Pozitif belirtiler normal olmayan aşırılık ve sapmalar olarak tanımlanan belirtilerdir. Negatif belirtiler ise normal işlevlerde eksiklik ya da yok belirtileri olarak tanımlanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Pozitif belirtiler algı bozuklukları (varsanı), düşünce bozuklukları (sanrı), katatoni, kavramsal dezorganizasyon ve konuşmada dezorganizasyon belirtilerinden oluşmaktadır. Negatif belirtiler sıkı affekt, apati, anhedoni, dikkat ve motivasyonda azalma, avolüsyon, aloji, iş hayatı ve kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşama belirtilerinden oluşmaktadır (Işık, 2006).

DSM-4 ve ICD-10 gibi sınıflandırma dizgelerinde şizofreni tanısı almış kişilerin baskın gelen belirtilerine göre dağınık (dezorganize/hebefrenik), paranoid, katatonik ve ayrıştırılmayan türler olarak belirtilmiştir. DSM-5'te şizofreninin alt tiplerine yer verilmemiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2015).

2.4. Şizofrenide Gidiş

Şizofreninin gidişi ve sonlanması ile ilgili veriler değişkenlik göstermektedir. Hastalığın belirtileri tamamıyla düzelmemektedir ve hastalar geç dönemlerinde nörobilişsel bozukluklar göstermektedir. İlk şizofrenik epizod öncesi ve sonrasında nörobilişsel bozulmalar ve negatif belirtiler kendini göstermektedir. Hastalığın gidişi ve sonlanması hastalara göre farklılık göstermekte ve genellikle sonrasında hastalık stabil bir sürece girmektedir (Işık, 2006).

Son yıllarda yürütülmüş çalışmalarda, tedaviye erken başlamanın yalnızca ilk epizoda olumlu bir etkisinin olacağı ancak orta ve uzun süreli hastalık gidişinde anlamlı bir etkisinin olmayacağı belirlenmiştir. Tedaviye geç başlama ile pozitif ve negatif belirtiler, yaşam kalitesi ve işlevsellik arasında herhangi bir ilişki olmadığı bulunmuştur (Ho ve ark., 2000).

İlk belirtilerin ortaya çıkması ile tedaviye başlama arasında geçen sürenin uzaması, hastanın remisyona girmesi için çok daha uzun bir süre tedavi almak durumunda kalmasına ve girilen remisyona da kalitesinin iyi olmamasına sebep olarak tedaviye alınan yanıtın zayıf olmasına sebep olduğundan söz edilmiştir (Loebel ve ark., 1992).

Bir başka çalışmada ise, hastalar beş yıl süreyle takip edilmiş ve yalnızca %13'ünün tek bir epizod geçirdiği ve beş yıl boyunca herhangi başka bir epizod

geçirmedikleri kaydedilmiştir. Hastaların %30'unda tamamen bir iyileşme sürecinden ya da minimal bir düzeyde bozukluk gösteren ataklar gözlenmiştir. Hastaların %10'unda ise ilk epizod sonrasında bütünüyle iyileşme sürecinin olmadığı ve kimi zaman alevlenme dönemlerinin bulunduğu görülmüştür. Aynı çalışmanın %47'lik kesiminde ise, geçirilen epizodlardan sonra daha da şiddetlenerek devam eden epizodlar görülmüştür (Shepher ve ark., 1989).

Ülkemizde yapılan bir araştırmada yedi bölgede yaşanan 692 hasta üç yıl boyunca izlenmiştir. Hastaların %86,1'inin ilk altı ayda antipsikotik kullanımına devam ettikleri saptanmıştır. Hastaların %80'inin üç yıl sonunda hala antipsikotik kullanımının devam ettiği bildirilmiştir (Şaylan ve ark., 2004).

Duygu dışavurumu ile ilişkisine bakıldığında bakım veren bireyin duygu dışavurumunun düşük olmasının hastalığın prognozunu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Bentsen ve ark., 1998). Remschmidt ve Theisen (2012) şizofrenide prognozu öngörmemizi sağlayan bir dizi olumlu ve olumsuz gösterge ileri sürmüştür. Bunlar Tablo 2.1'de gösterilmektedir.

Tablo 2.1. Şizofrenide Olumlu ve Olumsuz Gidiş Göstergeleri*

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

*(Remschmidt ve Theisen, 2012)

2.5. Şizofrenide Nüks

Kronikleşmiş psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda hastaneye yatış ve çıkış sayısının fazla olması 'döner kapı fenomeni' olarak isimlendirilmiştir (Gastal ve ark., 2000). Şizofrenide nüksü etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bunlardan biri düzenli ilaç kullanımınıdır. Düzenli ilaç kullanımı olmayan hastalarda, düzenli ilaç kullanımı olan hastalara oranla nüks riski çok daha fazladır (Gilbert ve ark., 1995). Yapılan başka bir araştırmada, ilk atak sonrasında düzenli ilaç kullanımının olmaması durumunda nüks riskinin arttığı bildirilmiştir (Gitlin ve ark., 2001).

Düzenli ilaç kullanımının olmamasının sebeplerinden biri ilaçların yan etkileridir. Şizofreni hastalarının yaklaşık %25-66'sı yan etkilerinden dolayı ilaç tedavisini yarıda kesmektedir (Conley ve Kelly, 2001). İlaç tedavisini yarıda bırakan hastalar ortalama 6-24 ay sonra nüks sorunu ile karşılaşmaktadırlar (Davis, 1975). Düzenli ilaç kullanımı olan hastalarda ise, yaklaşık bir yıl içerisinde ortalama olarak %15 nüks görülmekteyken, plasebo verilenlerde bu oran %75 civarındadır. Bir ya da birden fazla epizod geçiren hastaların 2-3 yıl süreyle izlenerek yapılmış olduğu bir çalışmada ise %60-90 oranlarında nüks gösterdikleri belirlenmiştir (Kissling ve ark., 1991).

Hastalığın gidişinde, olası tetikleyici faktörlerle belirtiler arasındaki ilişkinin incelenmesi ve hastanın bu konudaki farkındalığının sağlanması, nükslerin azalmasında önemlidir (Sungur ve Yalnız, 1999).

Şizofrenide başa çıkma stratejilerinin öğretilmesi amacıyla hastaya bakım verenlerin ve ailesinin tedavi programına dahil edilmesinin nüksü azaltmada etkili olduğu fakat bir çok bakım verenin tedavi programından erken bir evrede ayrılmak durumunda kaldığı belirtilmiştir (Tarrier, 1991). Şizofreni tanısı almış hastalarda strese karşı bir yatkınlığın söz konusu olduğu ve stres faktörleriyle karşılaşmalarının nüksü arttırdığı bilinmektedir (Zubin ve Spring, 1977).

2.6. Şizofrenide Psikososyal Faktörler

Şizofreni nörobiyolojik nedenleri açıkça ortaya konmuş olan bir hastalık olmakla beraber, hastalık gidişinde psikososyal faktörlerin de çok önemli bir rolü vardır. Şizofreni hastalarının şizofreni tanısı almadan önceki dönemlerine bakıldığında tanı almayan kişilere oranla çok daha fazla yaşam olayı bildirdikleri ve belirtilerinin gidişatının olumsuz yönde olmasının bildirilmiş olan hastalık öncesi yaşam olaylarıyla ilgili olduğu gözlemlenmiştir (Norman ve Malla, 1993).

Şizofreninin başlamasından sonra psikososyal işlevsellik ciddi olarak bozulmaktadır (Karamustafalıoğlu ve ark., 1998). Şizofreni hastalığında esas tedavi yöntemi olan ilaç tedavisine psikososyal yöntemlerle destek verilmesi oldukça önemlidir. Nöroleptikler şizofreni tedavisinde çok büyük bir öneme sahip olmasının yanında şizofrenide geliştirilmiş olan ve farmakolojik olmayan yöntemler de bulunmaktadır (Bellack ve Mueser, 1993). Şizofreni hastalarına verilen düşük dozdaki antipsikotiklerle birlikte psikososyal yöntemlerin de kullanılması hastanın ve ailenin yaşam kalitesini olumlu yönde etkilemektedir (Hogarty, 1993). Şizofreni tanılı hastalarda ilaç tedavisine destek olarak uygulanan psikoterapilerdeki yeni gelişmeler, yeti yitimi, eğitimsel yöntemler ve ailesel stres düzenlemesini bilişsel davranışsal stratejilerle bütünleştirmiştir. Böylelikle şizofreni hastasındaki yetersizlikleri ve yıkımı iyileştirmede büyük bir umut kaynağı olduğu düşünülmektedir (Falloon, 1991).

Şizofreni tanılı hastalara uygulanmakta olan sorun çözücü ve destekleyici terapilerin özellikle sosyal ve meşguliyet terapileri ile bir arada uygulandıkları zaman ayaktan tedavi görmekte olan hastalardaki nöksleri önleyebildikleri saptanmıştır (Hogarty ve ark., 1974). Psikososyal müdahale yöntemlerinin pozitif belirtilere de etkisinin olduğu belirtilmiştir. Şizofreni tanısı almış hastalara uygulanan başa çıkma stratejilerinin güçlendirilmesi eğitimi işitsel halüsinasyonlara göre hezeyanların düzeyini azaltmada daha çok etkili olmaktadır (Penn ve Mueser, 1996).

2.7. Şizofrenide Ailenin Önemi

Psikoz başlangıcı olarak kabul edilen erken erişkinlik veya geç ergenlik dönemleri çoğunlukla kişilerin aileleriyle birlikte yaşadıkları dönemlerdir. Ailelerin, ruh sağlığında bir takım bozulmalar olan kişiler için sosyal ağın önemli bir parçası olduğu kabul edilmektedir (Lieberman ve Fenton, 2000).

Şizofreninin uzun yıllar boyunca ailedeki bir fonksiyonel bozukluğa psikopatolojik bir yanıt olarak ortaya çıktığı düşünülmüştür. Bu düşünce ile birlikte ailenin etyopatogenezdeki rolü üzerine odaklanılmıştır. Fakat günümüzde şizofreninin organik-biyolojik bir temele dayandığı kabul görmüştür. Ve böylelikle ailenin etyopatogenezdeki etkisi prognozdaki rolüne kaymış durumdadır (Berkson, 1992).

Literatürde şizofreni üzerine yapılmış olan birçok aile çalışmalarında hastalığın etiyojisi için önemli bir anlam taşımakta olan ebeveynlerin kişilik özellikleri üzerinde durulmuştur. 1948 yılında ‘şizofrenojenik’ anne olarak tanımlanan

annelerden bahsedilmiştir (Fromm-Reichmann, 1948). Şizofreni ve anne üzerine bir çok çalışması bulunan Tietze, aşırı endişeli, obsesif ve dominant tipteki anneleri tanımlamıştır (Tietze, 1949).

Önceki yıllarda hasta yakınları hastalığın nedeni olarak gösterilmekteydi. Ancak daha sonrasında bu tutum yerini hastaların ailelerinin ve bakım verenlerinin tedavi planına dahil edilmesine bırakmıştır. Böylelikle ruhsal-egitimsel yaklaşımlara ve bakım verenlere yönelik bir çok terapi yöntemine daha çok yer verilmeye başlanmıştır (Pitschel-Walz ve ark., 2015).

Şizofreni hastalarının bakım verenleri hastalığın nedenleri ve tedavisi ile ilgili bilgiler, stres faktörleri ve şizofreni hastalığının belirtileriyle baş edebilme, hastayla iletişim kurma, sorun çözme becerileri, bakım verdikleri hastaların yasal haklarıyla ilgili bilgiler ve hasta için boş zaman aktivitelerinin planını yapma ile ilgili bilgilere ihtiyaç duymaktadırlar (Gümüş, 2006). Yapılmış olan çalışmalarda hastaya bakım verenler ve hasta ile birlikte yaşayan kişilerin, şizofreni hastalığı ve hastalıkla nasıl baş edebilecekleri konusunda bilgi sahibi olmak için oldukça istekli oldukları görülmüştür (Mueser ve ark., 1992).

Ailelerin de tedaviye dahil edilmesi son derece önemlidir. Rehabilitasyon sürecinde hem şizofreni hastalarına hem de bakım verenlerine yönelik yöntemler bir arada bulunmalıdır (Kuşcu, 2000). Şizofreni hastalarına ve bakım verenlerine yönelik tedavi planına dahil edilen psikososyal yaklaşımlar; bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, aile için psikoeğitim, işe uyumlandırma terapileri, sosyal beceri eğitimi ve bilişsel davranışçı terapilerdir (Doğan, 2002).

Aile müdahale tekniklerinden özellikle psikoeğitim etkili bir yöntemdir. Hastalık ve prognozuyla ilgili eğitim, stresin azaltılması, iletişimin geliştirilmesi, baş etme yöntemleri ve problem çözme becerileri psikoeğitim kapsamında değerlendirilmesi gereken konulardır (APA, 2000). Bakım veren ailelerin hastalıkla daha iyi baş edebilmeleri açısından verilecek olan psikoeğitimlerin içeriği ailenin duygusal yönünü kapsayacak şekilde yapılmalıdır. Bakım veren kişilerin aldıkları psikoeğitim sayesinde hastalık hakkındaki bilgileri artmakta, bakım yükleri azalmakta ve hastalarına bakım verme memnuniyetleri artmaktadır (Brichwood ve ark., 1992). Ailelerin hastalık ve karşılaştıkları sorunlar hakkında eğitilmeleri, stresle baş etme tekniklerini öğrenmeleri, kendileri ile aynı durumda olan diğer bakım verenlerle duygularını paylaşmaları tedaviye yarar sağlayıcı girişimlerdir (Bellack ve Mueser, 1993).

Tüm bu yöntemlerin uygulanmasında hastanın tedavi gördüğü kurum, terapist, hasta ve hastaya bakım veren kişilerin işbirliği içerisinde olması gerekmektedir (Gaebel ve Marder, 1996). Terapist yaşanan sorunları belirlemek, zayıf ve güçlü yanlarını tanımak ve uygun baş etme stratejileri geliştirmek amacıyla aileyle işbirliği içerisinde olmak durumundadır (Wynne ve ark., 1994). Uzmanlar hasta yakınlarına bilgi verirken, iyileşmenin haftalar ya da aylar içerisinde olabileceğini ve kronik hastalıklardaki iyiyeye gitme durumunun her yeni ataktan sonra benzer bir şekilde olduğunu ve olacağını anlatmalıdırlar (Strauss ve ark., 1985). Tedavi programı kapsamına hastanın ailesinin de dahil edilmesinin ekonomik olarak da sonuçları bulunmaktadır. Tedaviye ailenin de dahil edilmesinin hasta başına düşen tedavi maliyetini ortalama olarak %27 oranında azalttığı belirlenmiştir (Tarrier ve ark., 1991).

Kronik psikiyatri hastalarının bakım verenleri ile yapılan araştırmalarda müdahale yöntemlerine bakım verenlerin de dahil edilmesinin olumlu etkisi bilinmesine rağmen bakım verenlerin ruh sağlığı uzmanlarından yeterli derecede yardım alamadıkları bildirilmiştir (Walz ve ark., 2001). Aile tedavisi ile yapılan çalışmalarda özellikle erkek şizofreni hastaları üzerinde iyileşme sürecine ailenin dahil edilmesinin etkisinin çok düşük ve bir miktar olumsuz olduğunun belirtildiği çalışmalar da mevcuttur (Spencer ve ark., 1988).

Ek olarak şizofreni hastalarının aileleri ya da eşleri ile birlikte yaşadıkları ev ortamlarındaki şefkat duygusunun ya da duygusal bağlarının her zaman iyi olmayabileceği düşünülmektedir (Brown ve ark., 1962). Ailelerin sahip oldukları sağlıksız ve yüksek duygu dışavurumu oranını azaltmaya yönelik olarak bilgilendirme çalışmaları, ailelere yönelik iletişim ve sorun çözme eğitimlerine yönelik yöntemler üzerine odaklanılmıştır (Leff ve ark., 1989).

2.8. Şizofrenide Bakım Veren Kavramı

Şizofreni, hastayı etkilediği gibi hastanın yakın çevresini ve yaşamakta olduğu toplumun da tamamını etkileyebilen bir rahatsızlıktır (Sevinçok, 2000). Kronik psikiyatri hastaları çoğunlukla aileleri ile birlikte yaşamaktadırlar. Bakım vermekte olan aile ise genellikle herhangi bir destek unsuru olmadan bakım verici rolünü üstlenmektedirler (Pickett-Schenk ve ark., 2008). Kronikleşmiş psikiyatrik rahatsızlıkları olan kişiler bilişsel bozulmalara ek olarak yeti yitimi, ekonomik ve sosyal açıdan kayıplar yaşamaktadırlar. Hastalar aile içerisinde ve sosyal çevrelerinde kendilerinden beklenmekte olan rollerini yerine getiremez hale

gelmelerinden dolayı çeşitli güçlükler yaşamakta ve sürekli bir destek ve bakım almak zorunda kalmaktadırlar (Saunders, 2003).

Şizofreni hastasındaki sanrılar, varsanılar, dezorganize davranışlar gibi psikotik belirtiler hem hastanın kendisi için hem de birlikte yaşadığı kişiler ve ailesi için çok stresli olabilmektedir (Lobban ve ark., 2013). Psikiyatrik hastaların bakım verenleri ve ailelerinin hastanın psikotik belirtilerle beraber rezidüel belirtileriyle de başa çıkma konusunda zorlayıcı güçlüklerle karşılaştıkları bilinmektedir (Fadden ve ark., 1987). Bu duruma bağlı olarak genel popülasyon ile karşılaştırıldığında psikiyatrik rahatsızlığı bulunan bireylere bakım verenlerde stres, anksiyete ve depresyon düzeyleri de artmaktadır (Kuipers ve ark., 2010). Bakım veren ailelerin sağlığının korunmasının önemi vurgulanmakta ve ailenin tedavi programına dahil edilmesinin gerekli olduğu belirtilmektedir (Doğan ve ark., 2002).

Şizofreni tanısı almış kişilere bakım verenler ve birlikte yaşayanlar yaşadıkları güçlükler sebebiyle çoğunlukla toplumdan kendilerini uzaklaştırmış ve hastaya karşı yabancılaşmış kişilerdir (Beels ve ark., 1984). Şizofreni tanısı almış kişilere bakım veren aileler çoğunlukla ruh sağlığı bozuklukları hakkında çok az bilgiye sahiplerdir. Bu durum bakım verenlerin bakım verici rollerindeki sorumluluklarıyla etkili bir biçimde baş etmede yetersiz olmalarına neden olmaktadır (Haley ve ark., 2011). Şizofreni hastalarına bakım verenlere stresle başa çıkma becerilerini kullanmaları ve hastalık hakkında bilgi sağlayacak destek grupları bakım verme sürecinde oldukça önemlidir. Ek olarak hastaların davranışlarının düzenlenmesinde problem çözme becerilerini eğiten ve toplumsal destek kaynaklarına daha fazla yol açan destek gruplarının ise bakım verenlerdeki anksiyete düzeyini önemli miktarda azalttığı bilinmektedir (Abramowitz ve Coursey, 1989).

2.9. Şizofrenide Yük Kavramı

Şizofreni hastaları klorpromazinin keşfi ile depo hastanelerin kapatılması sebebiyle 1960'lardan itibaren akıl hastanelerinden çıkmış ve toplum içerisinde hayatlarını sürdürmeye başlamışlardır. Bu durum sonucunda aileler hazır olmadıkları halde hastalarının bakımıyla ilgilenmekte birinci derece sorumlu haline gelmişlerdir (Awad ve Voruganti, 2008). Aile içerisinde psikiyatrik bir rahatsızlığın olması hastalığa bir yanıt niteliğindeki çeşitli etkileşim biçimlerinin kendini göstermesine yol açmakta ve bir sonuç olarak aile üyelerinin hastalıkla baş etme sürecinde yük duygusu ortaya çıkmaktadır (Levene ve ark., 1996). Psikiyatrik rahatsızlığa sahip bireyin sergilediği davranışları bakım verme ihtiyacını ortaya çıkarmaktadır. Bu

ihtiyaç bakım veren kişiler için ‘yük’ olarak isimlendirilmektedir (Atkinson ve Coia, 1995).

Sullivan şizofrenik davranış ile anormal aile ortamı üzerindeki çalışmalarını 20. yüzyılın başlarında yapmıştır. Sullivan’ın yapmış olduğu çalışmalar sonrasında birçok araştırmacı şizofreni ile aile ortamını konu alan çalışmalara ağırlık vermiştir. Takip eden yıllarda özellikle ‘anne’nin şizofreni hastalığındaki rolü üzerine odaklanmışlardır. Frieda Fromm-Reichann şizofrenojenik anne kavramını ortaya atmıştır. İlerleyen yıllarda aile faktörünü şizofreninin etiyojisine koyan teoriler etkisini giderek yitirmiş ve aile faktörü ile hastalığın seyri arasındaki ilişkileri konu alan çalışmalara ağırlık verilmeye başlanmıştır (Arslantaş ve Adana, 2011).

Yapılan çalışmalarda yük kavramı, üzerine yapılan çalışmalar neticesinde nesnel yük ve öznel yük olmak üzere iki grupta değerlendirilmiştir. Nesnel yük, bakım verenin sosyal aktivitelerinde azalma, aile içi ilişkilerinin bozulması ve maddi anlamda yaşanan zorluklar olarak tanımlanmaktadır. Öznel yük, hastanın rahatsızlık veren davranışları neticesinde bakım verenin kendini kötü hissetmesi, sosyal durumlardan duyulan utanç duygusu, anksiyete ve depresyon gibi bakım verenin psikolojik olarak etkilendiği durumlardaki yük olarak açıklanmaktadır (Magliano, L. ve ark., 2005). Bakım süresince bakım verenin yaşamakta olduğu duygusal, ekonomik ve fiziksel açıdan güçlükleri kapsayan bir yük kavramından da söz edilmiştir. Şizofreni hastalarına bakım veren kişilerin ekonomik, fiziksel ve psikolojik yük altında oldukları durum ‘bakıcı yükü’ olarak nitelendirilmiştir (Magliano ve ark., 2002).

Yük ile yapılan çalışmalarda hastaların psikotik davranışlarından çok, aktivite ve öz bakımla ilgili yaşanan zorlukların bakım verenlere daha fazla yük getirdiği belirlenmiştir (Gülseren, 2002). Bakım sürecinde hastalığın şiddeti arttığında ve hasta kişideki yeti yitimi fazla olduğunda bakıcının yükü artmaktadır (Pereira ve Almeida, 1999). Pozitif belirtilerin, düşmanlı tutumların ve yeti yitiminin de yükü arttıran etmenlerden olduğu bilinmektedir (Wolthaus ve ark., 2002). Negatif belirtilerinin ailenin yük düzeyini öngörmede önemli bir faktör olduğu bilinmektedir (Dyck ve ark., 1999).

2.10. Duygu Dışavurumu Kavramı

Duygu dışavurumu, şizofrenik aile üyesinin patolojik davranışlarına karşı ortaya çıkmakta olan tavır, tutum ve başa çıkmaya yönelik tepkilerin bir göstergesi olarak tanımlanmıştır (Vaughn ve Leff, 1976).

George Brown ve meslektaşları 1950'lerde Londra'da bulunan Tıbbi Araştırma Merkezi'nin (Medical Research Center) Sosyal Psikiyatri Ünitesinde epidemiyolojik bir çalışma başlatmışlardır. Araştırma 12 yıllık bir süreye yayılmış olup 3 ayrı çalışmadan oluşmaktadır. Yapılan bu çalışmalardaki amaç şizofreni tanısı ile tedavi görmekte olan yatan hastaların taburcu olduktan sonraki süreçlerini özellikle de nükslerini inceleyebilmektir. Aynı zamanlarda Klorpromazin'in keşfiyle birlikte çok sayıda hasta hastanelerden taburcu edilerek toplum içerisine geri dönmüşlerdir (Vaughn, 1989).

Yapılan ilk çalışma 1958 yılında Brown, Carstairs ve Topping tarafından ve 229 erkek hastanın katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Brown ve arkadaşları bu çalışmada, hastaların hastanelerden taburcu olduktan sonra dönmüş oldukları çevrelerindeki kişilerin hayat tarzları ile hastaların sosyal hayatlarında başarılı veya başarısız oluşlarının ilgisi olduğunu belirtmiştir. Ek olarak ailenin herhangi bir üyesinde hastalık ortaya çıktığı zaman aile ortamındaki gerilimin yükseldiğini ve ortamdaki bu gerginliğin hastalığın ileri safhalarında herkesi etkileyecek önemli bir faktör haline dönüşebileceğini belirtmişlerdir (Brown ve ark., 1958). Araştırmanın sonucuna göre, taburcu olduktan sonra pansiyonlarda ve evde kardeşleriyle yaşamakta olan hastalar, büyük kurumlara yerleştirilen ve ailesiyle yaşayan hastalara oranla daha iyi bir gidişat göstermişlerdir (Hooley, 1985; Bland, 1989). Araştırmanın bir diğer sonucu ise, taburcu olan hastaların akrabaları ile geçirdikleri süre ne kadar uzunsa nüks riskinin o kadar artmakta olduğudur. Ek olarak hasta ve/veya yakınlarının bir işte çalışması sebebiyle birlikte geçirdikleri zamanın azalması durumlarında ise nüks riski belirgin olarak azalmaktadır (Berkson, 1992).

Daha sonrasında 1959 yılında ikinci bir araştırmaya başlayan George Brown, 129 erkek şizofreni hastası ve birincil akraba konumundaki bireyler ile taburculuk esnasında, taburculuktan 2 hafta sonra ve 1 yıl sonra olmak üzere görüşmeler yapmıştır. Yapılan görüşmelerde ifade edilen duygular duygu dışavurumu olarak adlandırılmış, düşmanlık ve baskın oluş olarak tanımlanmıştır (Brown, 1962). Çalışmada duygu dışavurumunun değerlendirilmesi yapılırken sadece konuşulanların içeriğine değil, konuşma hızı, sesin tonu ve vurgulama gibi özelliklerin de üzerinde durulmuştur (Berkson 1992). Duygu dışavurumu kavramı hem hasta hem de hasta yakını açısından detaylı bir şekilde incelenmiştir. Hastanın birlikte yaşamakta olduğu bakım verenlerin duygu dışavurum düzeyleri belirlenmiş ve bakım verenler yüksek

duygu dışavurumu gösterenler, düşük duygu dışavurumu gösterenler olarak 2 gruba ayrılmıştır (Brown, 1962).

Brown ve arkadaşlarının iki hipotezi vardır. İlk hipotezleri; hastalar taburcu edildikten sonra evlerine döndükleri zaman, bir aile üyesi tarafından şiddetli duygu dışavurumu, düşmanlık ve dominant davranışlar ile karşılaşabileceği bir durumda hastaların davranışlarının daha da kötüleşebileceği yönündedir. İkinci hipotezleri ise; hasta bu tarz olumsuz tutumların bulunduğu eve geri dönmesine rağmen ailesi ile daha az kişisel temasta bulunursa hastalığının nüks etmemesinin mümkün olduğu yönündedir. Bir yıl boyunca devam eden çalışma sonucunda yüksek duygu dışavurumu düzeyine sahip bakım verenlerin hastalarının nüks riski %56, düşük duygu dışavurumu düzeyine sahip bakım verenlerin hastalarının nüks oranı ise %21 olarak saptanmıştır. Diğer bir bulgu ise şizofreni hastalarının yakınlarının niteliği ile ilgilidir. Eşleri ve ebeveynleri ile yaşamakta olan şizofreni hastalarının bakım verenleri, erkek kardeşlerine, kız kardeşlerine ve diğer yakın akrabaları ile yaşamakta olan hastaların bakım verenlerine oranla daha fazla hastayı kabul etme oranına sahiptirler. Evdeki yakın akrabalar ile yaşamak durumunun kaçınılmaz olduğu şizofreni hastalarının klinik durumlarında bozulma olma riskinin arttığına dair çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmaların sonuçlarının yalnızca hastalığın süresi, hastalığın geçmişteki şiddeti veya taburculuk sırasındaki klinik durumun farklılıkları ile açıklanmasının mümkün olmadığı belirtilmiştir (Brown, 1962).

Brown 1962'deki bu makalesinde nüks üzerinde etkisi olan beş faktörden bahsetmiştir: A) Bakım verenden hastaya karşı duygu dışavurumu, B) Bakım verenden hastaya karşı düşmanlık, C) Bakım verenden hastaya karşı dominant ve emir verici davranışlar, D) Hastadan bakım verenlere duygu dışavurumu, E) Hasta tarafından bakım verenlere ve ailenin diğer üyelerine düşmanlık (Brown, 1962).

Yapılan üçüncü çalışma ise Brown ve arkadaşları tarafından 1966 yılında gerçekleştirilmiştir. Hasta yakınlarının hastalara dair duygularının ölçülmesi amacıyla Camberwell Aile Görüşmesi ölçeği geliştirilmiştir. Fakat ölçeğin uygulanması üç saat sürmekte ve bu durum pratik açıdan klinisyeni zor durumda bırakmaktadır (Berksun, 1992). Bu sebepten dolayı Camberwell Aile Görüşmesi yöntemi tekrar incelenmiş ve görüşme süresi 1 saate indirilmiştir. Sonraki yıllarda bu çalışma tekrar edilmiş ve yine çok yakın sonuçlara ulaşılmıştır (Vaughn ve Leff, 1976).

Brown ve arkadaşları 1972 yılında 101 şizofren hastası ve bakım verenleri bir yıl süreyle izledikleri çalışmalarında düşmanlık ve eleştirel oluş ifadeleriyle

hastalığın yeniden bozulma riski arasında anlamlı ilişki bulmuşlardır (Brown ve ark., 1972). Yapılan görüşmeler sırasında aşırı koruyucu ve kollayıcılık, düşmanlık ile eleştirel cümle sayısı değerlendirilmiştir. Çalışmanın sonucunda ise duygu dışavurum düzeyinin semptomatik nökslerin en iyi yordayıcısı olduğu bulunmuştur (Bland, 1989).

Daha sonrasında Brown 1972’de ‘duygu dışavurumu’ kavramını yeniden tanımlamıştır. Ve makalesinde duygusal yanıtları değerlendirme başlığı altında altı maddeden söz etmiştir. Bu maddeler şu şekildedir: 1) Evdeki birinin hakkında eleştiri yapılması, 2) Hastaya karşı olan düşmanlığın var olup olmadığı ve derecesi, 3) Doyumsuzluk, 4) Hastaya karşı olan sıcaklığın ve yakınlığın değerlendirilmesi, 5) Akrabaların hasta ile olan ilişkilerinde aşırı derecede fedakarlık, müdahalecilik ve kendilerinin iç dünyası ile hastanın iç dünyası arasında ayırım yapamaması (Brown, 1972).

2.11. Şizofrenide Duygu Dışavurumu

Şizofreni tanısı almış hastalar çevresindeki kişilerin yüksek düzeyde ve sağlıklı duygu dışavurumlarını stres içeren bir yaşam olayı şeklinde algılayabilmektedir. Şizofreni hastalarının strese olan duyarlılığı göz önüne alındığında, bakım veren bireylerin duygu dışavurumlarının hasta tarafından stres içeren bir yaşam olayı olarak algılanmasına ve buna bağlı olarak kortizol salgılanmasına neden olma olasılığı artmaktadır (Hooley ve Gotlib, 2000). Diyatez-stres modeliyle tutarlı olarak, kişide var olan biyolojik yatkınlığa çevresel bir stres faktörü de eklendiği zaman bir etkileşim olduğu ve bu etkileşim sonucunda nöks riskinin arttığı düşünülmektedir. Hasta değişkenleri kontrol edildiğinde duygu dışavurumunun nöksü öngördüğü bilinmektedir (Nuechterlein ve ark., 1992). Duygu dışavurum düzeyi yüksek olan bakım verenle yaşamının hastaların hastaneye yatışından 9-12 ay sonra nöks riskini iki kat artırdığı belirlenmiştir (Butzlaff ve Hooley, 1998).

Duygu dışavurumu yüksek olan ailelere yararlı olmak adına birçok psikoeğitim ve destekleyici psikoterapi çalışmaları yapılmıştır. Yapılan bu çalışmalarda ailelerin duygu dışavurum düzeylerinin olabildiğince düşürülmesi amaçlanmıştır. Yapılan bir çalışmanın sonucuna göre, ailelerin psikoeğitim ve destekleyici psikoterapi ile duygu dışavurum düzeyleri azaldığı takdirde hastalığın nöks sayısı ve hastaneye yatış oranının azaldığı tespit edilmiştir (Pharoah ve ark., 2010).

Görüldüğü üzere şizofreni tanılı hastalara birincil bakım veren bireylerin bakmakta oldukları hastalarına yönelik duygu dışavurumlarının, bakım verenlerin sosyodemografik ve diğer özelliklerinden etkilenmesiyle beraber hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini de etkilediğine yönelik yapılmış ve halen yapılmakta olan birçok çalışma bulunmaktadır.

Bu araştırmanın öncelikli amacı, şizofreni tanılı hastalara bakım vermekte olan bireylerin duygu dışavurumlarının, hastalar ve bakım verenlere yönelik kapsamlı bir değerlendirmesinin yapılması ve şizofreni hastalığının gidişine ek olarak bakım verme sürecindeki rolünün incelenmesidir.

BÖLÜM 3

3. YÖNTEM

3.1. Örneklem

Bu araştırma, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 12'si yatarak ve 41'i ayaktan tedavi görmekte olan şizofreni (DSM-5 tanı sistemine göre) tanı hastalar (n=53) ve bu hastalara birincil bakım vermekte olan kişilerle (n=53) yürütülmüştür. Araştırmamız gönüllülük esasına dayanarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalayan katılımcılarla tamamlanmıştır.

Çalışma için Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Etik Kurul'unun yanı sıra Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurul'undan izin alınmıştır. Ölçek ve formlar, yatarak tedavi görmekte olan hastaların bakım verenlerine serviste bulunan ziyaretçi odasında, ayaktan tedavi görmekte olan hastaların bakım verenlerine ise poliklinikte özel olarak ayrılmış bir odada uygulanmıştır. Katılımcılardan bir kişi dışında araştırmaya katılmayı reddeden olmamıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

3.2.1. Hastaya Ait Özellikler Bilgi Formu (EK B)

Şizofreni tanı hastalara ait sosyodemografik ve klinik bilgilerin elde edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bilgi formudur. Hastanın yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni durumu, maddi durumu, eğitim durumu, çalışma hayatının olup olmadığı, kimlerle yaşadığı gibi sosyodemografik bilgileri almak üzere hazırlanmış olan sorular bulunmaktadır. Ek olarak hastanın klinik gidişi hakkındaki bilgileri de toplamak amacıyla hastanın geçmiş yıllarda almış olduğu tanılar, hastalığın başlangıç yaşı, hastalık süresi, hastaneye yatış sayısı, düzenli ilaç tedavisi alıp almadığı, adli özgeçmişinin olup olmadığı, saldırganlık öyküsü, intihar girişimi, fiziksel hastalığı, ailede psikiyatrik öykü, alkol, madde ve sigara kullanım özellikleri değerlendirilmiştir.

3.2.2. Bakım Verene Ait Özellikler Bilgi Formu (EK C)

Hastaya bakım veren kişiye ait bilgilerin elde edilmesi amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bilgi formudur. Bakım verenin yaşı, cinsiyeti, mesleği, medeni durumu, maddi durumu, eğitim durumu, çalışma hayatının olup olmadığı, kimlerle yaşadığı ve hastaya yakınlık derecesi gibi bilgileri almak üzere hazırlanmış olan sorular bulunmaktadır. Ek olarak bakım verme süresi, psikiyatrik bir rahatsızlığı

olup olmadığı, fiziksel hastalığının olup olmadığı, ailesinin psikiyatrik öyküsü, alkol, madde ve sigara kullanım özellikleri değerlendirilmiştir.

3.2.3. Duygu Dışavurumu Ölçeği (DDÖ) (EK D)

Cole ve Kazarian tarafından 1988 yılında geliştirilmiş bir ölçektir (Cole ve Kazarian, 1988). Ülkemizde 1992 yılında Berksun tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (Berksun, 1992). Ölçek 41 sorudan oluşmakta ve şizofreni tanısı almış hastaların bakım verenlerine duygu dışavurum düzeylerini belirlemek amacıyla uygulanmaktadır. Ölçek 29 sorusu düşmanlık/eleştirel oluş ve 12 sorusu aşırı ilgi/koruma kollama/müdahale olmak üzere 2 alt ölçekten oluşmaktadır. Katılımcılar sorulara doğru (D) ve yanlış (Y) şeklinde cevap vermektedir. Cevapları ters olan olumlu itemler olan 3., 8., 14., 28., 36., 38., 39., 40. ve 41. soru için yanlış (Y) işaretlendiğinde 1 puan verilmektedir. Katılımcılar bu sorular dışında işaretlenen her doğru (D) için 1 puan, her yanlış (Y) için ise 0 puan almaktadır. Ölçekten alınan puanların artması bakım verenin duygu Dışavurumunun artışı şeklinde yorumlanmaktadır. Ölçek toplam puan üzerinden hesaplanabildiği gibi kişilerin alt ölçekler üzerinden değerlendirilmesi amacıyla düşmanlık/eleştirel oluş ve aşırı ilgi/koruma kollama/müdahale alt ölçekleri üzerinden de hesaplanabilmektedir. Ölçek toplam puan üzerinden değerlendirildiğinde alınabilecek en yüksek puan 41, düşmanlık/eleştirel oluş alt ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan 29 ve aşırı ilgi/koruma kollama/müdahale alt ölçeğinden alınabilecek en yüksek puan ise 12, toplam puan ve alt ölçek değerlendirilmelerinden alınabilecek en düşük puan ise 0'dır. Ölçeğin düşmanlık/eleştirel oluş alt ölçeğinin güvenilirlik katsayısı 0,92 ve aşırı ilgi/koruma kollama/müdahale alt ölçeğinin güvenilirlik katsayısı ise 0,82 olarak bulunmuştur.

3.2.4. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (EK E)

Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiş bir ölçektir (Beck ve ark., 1961). Ülkemizde 1988 yılında Hisli tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve Cronbach alfa katsayısı 0,80 olarak bulunmuştur (Hisli, 1988). 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddede 0 ile 3 arasında derecelendirilmiş 4 ifade bulunmaktadır. Ölçeğin uygulandığı kişi 0-3 arasında bir maddeyi işaretler ve skorları toplanıp toplam puan bulunur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Yüksek puan almak depresyon düzeyinin şiddetli olduğu anlamına gelmektedir.

3.2.5. Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) (EK F)

Beck ve arkadaşları tarafından 1988 yılında geliştirilmiş bir ölçektir (Beck ve ark., 1988). Ülkemizde 1998 yılında Ulusoy ve arkadaşları tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış ve test-tekrar test güvenilirliği 0,75 olarak bulunmuştur (Ulusoy ve ark., 1998). 21 maddeden oluşmaktadır. Her bir maddede 0 ile 3 arasında derecelendirilmiş 4 ifade bulunmaktadır. Ölçeğin uygulandığı kişi kendine en uygun ifadeyi seçip işaretler. Seçilen ifadeye göre 0-3 arası bir puan verilir. Skorlar toplanıp toplam puan bulunur. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 63'tür. Yüksek puan almak anksiyete düzeyinin şiddetli olduğu anlamına gelmektedir.

3.3. Verilerin Analizi

Araştırmadaki tüm analizler, SPSS 22 programı kullanılarak yapılmış, güven aralığı %95 olarak belirlenmiştir. Ölçek ortalamalarının normallik dağılımlarına bakmak amacı ile Kolmogrov-Smirnov testi uygulanmıştır. Verilerin çözümlenmesinde frekans, aritmetik ortalama, standart sapma, minimum, maksimum, frekans, yüzde gibi betimsel istatistiklerden faydalanılmıştır. Ölçekler normallik dağılımına uygun olduğundan, analizlerde 2 bağımsız grubun ortalama karşılaştırılmasında Bağımsız Örneklem t-testi, 2'den fazla bağımsız grubun karşılaştırılmasında ise One-Way ANOVA testi kullanılmıştır. Araştırma değişkenlerinin arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla Pearson Korelasyon Analizi yapılmıştır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özelliklerin İncelenmesi

Çalışmanın örneklemini, şizofreni tanılı 53 hasta (hasta grubu) ve hastalara bakım veren 53 bireyden (bakım veren grubu) oluşmaktadır. Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri, hastaların ve bakım verenlerin olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir.

4.1.1. Hasta ve Bakım Veren Grubun Sosyodemografik Özellikleri

Hasta grubu, 28'i (%53) kadın ve 25'i (%47) erkek kadın olmak üzere toplam 53 kişiden oluşmuştur. Yaş ortalaması $40,98 \pm 12,82$ olup 18-65 arasında değişmektedir. Bakım veren grubu, 35'i (%66) kadın ve 18'i (%34) erkek kadın olmak üzere toplam 53 kişiden oluşmuştur. Yaş ortalaması $49,34 \pm 15,15$ olup 18-70 arasında değişmektedir. Hasta grubunun sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de, bakım veren grubunun sosyodemografik özellikleri ise Tablo 4.2'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Hasta Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

<i>Yaş ortalaması (yıl) (Ortalama±SS)</i>		40,98±12,82 (18-65)
	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<i>Yaş grupları</i>		
18-45 yaş	31	58,0
45 yaş ve üzeri	22	42,0
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	28	53,0
Erkek	25	47,0
<i>Eğitim</i>		
Lise altı	37	70,0
Lise ve üzeri	16	30,0
<i>Çalışma durumu</i>		
Halen çalışmıyor	50	94,0
Halen çalışıyor	3	6,0
<i>Ekonomik durum</i>		
Aylık 1300 TL ve altı	18	34,0
Aylık 1300 TL üzeri	35	66,0
<i>Medeni durum</i>		
Halen evli	20	38,0
Halen evli değil	33	62,0

Hasta grubunda evli olan bireylerden (n=20), 16'sının (%80) evliliği 10 yıldan uzun süredir, 2'sinin (%10) evliliği 1-5 senedir, 2'sinin (%10) evliliği ise 5-10 senedir sürmekteydi. Çocuk sayısı 1 ve 2 olan 11 (%55) katılımcı, çocuk sayısı 3 ve üzeri olan 9 (%45) katılımcı bulunmaktadır. Hasta grubunun 18'i (%34) evde 1-3 kişiyle, 35'i (%66) evde 4 ve üzeri kişiyle yaşamaktaydı.

Tablo 4.2. Bakım Veren Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

<i>Yaş ortalaması (yıl) (Ortalama±SS)</i>		49,34±15,15 (18-70)
	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<i>Yaş grupları</i>		
18-45 yaş	18	34,0
45 yaş ve üzeri	35	66,0
<i>Cinsiyet</i>		
Kadın	35	66,0
Erkek	18	34,0
<i>Eğitim</i>		
Lise altı	39	74,0
Lise ve üzeri	14	26,0
<i>Çalışma durumu</i>		
Halen çalışmıyor	35	66,0
Halen çalışıyor	18	34,0
<i>Ekonomik durum</i>		
Aylık 1300 TL ve altı	17	32,0
Aylık 1300 TL üzeri	36	68,0
<i>Medeni durum</i>		
Halen evli	35	66,0
Halen evli değil	18	34,0

Bakım verenler grubunda ise evli olan bireylerden (n=35), 33'ünün (%91,7) evliliği 10 yıldan uzun süredir, 1'inin (%2,8) evliliği 1-5 senedir, 2'sinin (%5,6) evliliği ise 5-10 senedir sürmekteydi.

4.2. Katılımcıların Klinik ve Diğer Özellikleri

Araştırma örnekleminin özellikleri hasta grubunun klinik özellikleri ve bakım verenler grubunun diğer özellikleri olmak üzere iki başlık altında incelenmiştir.

4.2.1. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri

Hastaların klinik özellikleri Tablo 4.3’de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri

	Ortalama±SS	Aralık
<i>Hastalık süresi</i>	12,85±9,89	(1-46)
<i>Hastalık başlangıç yaşı</i>	27,92±10,24	(13-55)
<i>Hastaneye yatış sayısı</i>	2,81±3,55	(0-17)
	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<i>Düzenli ilaç kullanımı</i>		
Var	38	72,0
Yok	15	28,0
<i>Adli özgeçmiş</i>		
Var	8	15,1
Yok	45	84,9
<i>Saldırganlık davranışı</i>		
Var	27	51,0
Yok	26	49,0
<i>İntihar girişimi</i>		
Var	19	35,8
Yok	34	64,2
<i>Ailede psikiyatrik hastalık</i>		
Var	20	38,0
Yok	33	62,0

Hasta grubundaki bireylerin hastalık süresi ortalaması 12,85±9,89 olup 1-46 yıl arası değişmektedir. Hastalık başlangıç yaşının ortalaması 27,92±10,24 olup 13-55 yaş arasında değişiklik göstermektedir. Hasta grubunun hastaneye yatış sayısı ortalaması 2,81±3,55’dir ve 0-17 arasında değişmektedir.

Hasta grubunun 38’i (%72,0) düzenli ilaç tedavisi aldıklarını, 15’i (%28,0) ise düzenli bir ilaç tedavisi almadıklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların 8’inin (%15,1) adli özgeçmişini bulunmakta, 45’inin (%84,9) adli özgeçmişini bulunmamaktadır. Araştırmaya dahil edilen hastaların 27’si (%51,0) saldırganlık davranışı

sergilemekte, 26'sı ise (%49,0) saldırganlık davranışı sergilememektedir. İntihar girişimi olan katılımcı sayısı 4 (%7,5), halen intihar girişimi olmayan katılımcı sayısı 49 (%92,5) olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların 4'ünün (%7,5) fiziksel bir hastalığı bulunmakta, 49'unun (%92,5) ise herhangi bir fiziksel hastalığı bulunmamaktadır. Ailede psikiyatrik öyküsü bulunan katılımcı sayısı 20 (%38,0), ailesinde herhangi bir psikiyatrik öykü olmayan katılımcı sayısı ise 33 (%62,0) olarak belirlenmiştir.

4.2.2. Bakım Veren Grubunun Diğer Özellikleri

Bakım verenlerin araştırmaya dahil edilen diğer özellikleri Tablo 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Bakım Veren Grubunun Diğer Özellikleri

	Ortalama±SS	Aralık
<i>Bakım verme süresi</i>	12,15±9,85	(1-46)
	Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)
<i>Hasta yakınlık derecesi</i>		
Ebevyn	23	43,0
Diğer	30	57,0
<i>Bakım verme süresi</i>		
0-10 yıl	27	51,0
10 yıl ve üzeri	26	49,0
<i>Geçmişte psikiyatrik hastalık</i>		
Var	8	15,0
Yok	45	85,0
<i>Ailede psikiyatrik hastalık</i>		
Var	46	87,0
Yok	7	13,0

Bakım verenler grubunda hasta ile yakınlık derecesi ebeveyn olan bireylerden (n=23), 21'i (%40,0) hastanın annesi olduğunu, 2'si (%4,0) hastanın babası olduğunu bildirmiştir. Hasta ile yakınlık derecesi 'diğer' olarak sınıflanan bireylerden (n=30), 12'si (%22,0) hastanın eşi, 5'i (%9,0) çocuğu, 11'i (%21,0) kardeşi ve 2'si (%4,0) halasıdır.

4.3. Ölçeklerin İncelenmesi

4.3.1. Bakım Veren Grubun Ölçek Puanları

Araştırmada kullanılan bütün ölçeklerin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4.5’de verilmektedir.

Tablo 4.5. Bakım Veren Grubunda Duygu Dışavurumu, Depresyon ve Anksiyete Düzeyleri

	Puan Ortalaması±SS	Puan Aralığı
DDÖ Toplam	19,89±6,07	5-31
DDÖ EDO	12,09±4,76	4-22
DDÖ İKKM	8,39±2,33	2-12
BDÖ	15,43±11,19	0-45
BAÖ	12,3±11,3	0-49

DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DDÖ EDO: Duygu Dışavurumu Düşmanlı/Eleştirel Oluş Alt Ölçeği; DDÖ İKKM: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi/Koruma Kollama/Müdahale Alt Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

4.3.2. Ölçeklerin Normallik Testi

Ölçek puanlarının standart normal dağılıma uygun olup olmadığı kontrol edilmiştir. Sonuçlar Tablo 4.6’de sunulmaktadır.

Tablo 4.6. Ölçeklerin Normallik Dağılımları

	D	p
DDÖ Toplam	0,077	0,200
DDÖ EDO	0,119	0,058
DDÖ İKKM	0,085	0,152
BDÖ	0,084	0,200
BAÖ	0,145	0,070

DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DDÖ EDO: Duygu Dışavurumu Düşmanlı/Eleştirel Oluş Alt Ölçeği; DDÖ İKKM: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi/Koruma Kollama/Müdahale Alt Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

Tablo 4.6’de de görüldüğü gibi DDÖ toplam, DDÖ EDO, DDÖ İKKM, BDÖ ve BAÖ’nin dağılımı standart normal dağılıma uymaktadır ($p>0,05$). Tüm ölçekler normal dağılıma uygun olduğundan ikili gruplar arasındaki farka Bağımsız Örneklem t-testiyle, ikiden fazla grup arasındaki farka ise One-Way ANOVA testi ile bakılmıştır.

4.3.3. Bakım Verenler Grubunda Duygu Dışavurumu Düzeylerinin Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi

Bakım verenler grubundaki sosyodemografik özellikler ve diğer değişkenler ile duygu dışavurumu ölçeği ve eleştirel/düşmanlık oluş alt ölçeği ile aşırı ilgi/koruma kollama/müdahale alt ölçeğinin fark analizleri Tablo 4.7’de verilmiştir.

Tablo 4.7. Bakım Veren Grubunda Duygu Dışavurumu Düzeylerinin Grubun Sosyodemografik Özellikleri ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi

	DDÖ Toplam Ortalama±SS		DDÖ EDO Ortalama±SS		DDÖ İKKM Ortalama±SS	
		p		p		p
Yaş						
18-45 yaş arası (n=18)	18,89±5,56	0,396	11,06±4,61	0,259	9,61±4,65	0,739
45 yaş ve üzeri (n=35)	20,04±6,33		12,63±4,81		10,06±4,55	
Cinsiyet						
Kadın (n=35)	20,20±6,40	0,605	12,46±5,07	0,444	10,29±4,87	0,401
Erkek (n=18)	19,28±5,50		11,39±4,15		9,17±3,87	
Eğitim						
Lise altı (n=39)	20,38±6,32	0,324	12,54±4,95	0,261	9,87±4,61	0,929
Lise ve üzeri (n=14)	18,50±5,29		10,86±4,11		10,00±4,52	
Çalışma durumu						
Halen çalışmıyor (n=35)	20,34±6,05	0,451	12,43±4,73	0,481	10,34±4,59	0,334
Halen çalışıyor (n=18)	19,00±6,18		11,44±4,89		9,06±4,47	
Ekonomik durum						
Aylık 1300 TL ve altı (n=17)	22,00±5,35	0,081	13,41±4,33	0,168	10,24±3,82	0,721
Aylık 1300 TL üzeri (n=36)	18,89±6,20		11,47±4,88		9,75±4,90	
Medeni durum						
Halen evli (n=35)	18,94±6,09	0,115	11,43±4,52	0,158	9,89±4,52	0,965
Halen evli değil (n=18)	21,72±5,76		13,39±5,08		9,94±4,72	
Hasta yakınlık derecesi						
Ebeveyn (n=23)	21,48±6,40	0,095	13,61±4,87	0,041	10,78±5,13	0,222
Diğer (n=30)	18,67±5,60		10,93±4,41	*	9,23±4,01	
Bakım verme süresi						
0-10 yıl (n=27)	18,37±5,53	0,063	10,93±4,14	0,068	9,41±4,12	0,421
10 yıl ve üzeri (n=26)	24,16±6,30		13,31±5,13		10,42±4,98	
Geçmişte psikiyatrik hastalık						
Var (n=8)	22,13±6,08	0,262	14,13±4,76	0,193	10,13±5,51	0,884
Yok (n=45)	19,49±6,05		11,73±4,72		9,87±4,42	
Ailede psikiyatrik hastalık						
Var (n=20)	20,00±6,01	0,731	12,20±4,76	0,695	10,04±4,74	0,577
Yok (n=33)	19,14±6,89		12,03±5,19		9,00±3,06	

DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DDÖ EDO: Duygu Dışavurumu Düşmanlık/Eleştirel Oluş Alt Ölçeği; DDÖ İKKM: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi/Koruma Kollama/Müdahale Alt Ölçeği

*p<0,05: istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.7’de de görüldüğü gibi bakım verenlerden farklı cinsiyet, yaş aralığı, eğitim düzeyi, çalışma, ekonomik ve medeni durumda olanlar arasında DDÖ toplam

ve alt ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerden hastanın ebeveyni olanların yalnızca DDÖ EDO puanları diğerlerine (eşi, çocuğu, kardeşi ya da halası olanlara) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,041$). Buna karşın, hastaya yakınlığı farklı gruplar arasında DDÖ toplam ve DDÖ İKKM puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Bakım verenlerden farklı bakım verme süresi olanlar, geçmişte kendinde ve ailede psikiyatrik hastalık olan ve olmayanlar arasında DDÖ toplam ve alt ölçek puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.3.4. Bakım Veren Grubunda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Sosyodemografik Özellikler ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi

Bakım veren grubundaki sosyodemografik özellikler ve diğer değişkenler ile BDÖ'nün ve BAÖ'nün fark analizleri Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8. Bakım Veren Grubunda Depresyon ve Anksiyete Düzeylerinin Grubun Sosyodemografik Özellikleri ve Diğer Değişkenlerle İlişkisi

	BDÖ Ortalama±SS		BAÖ Ortalama±SS	
		p		p
Yaş				
18-45 yaş arası (n=18)	12,11±11,22	0,122	9,33±9,10	0,173
45 yaş ve üzeri (n=35)	17,14±10,94		13,83±12,12	
Cinsiyet				
Kadın (n=35)	18,97±11,03	0,001*	15,69±12,15	0,000*
Erkek (n=18)	8,56±7,98		5,72±5,11	
Eğitim				
Lise altı (n=39)	17,33±11,86	0,038*	13,64±12,33	0,152
Lise ve üzeri (n=14)	10,14±7,00		8,57±6,81	
Çalışma durumu				
Halen çalışmıyor (n=35)	18,37±10,84	0,006*	14,8±11,71	0,023*
Halen çalışıyor (n=18)	9,72±9,78		7,44±8,87	
Ekonomik durum				
Aylık 1300 TL ve altı (n=17)	18,53±10,79	0,169	15,59±11,79	0,148
Aylık 1300 TL üzeri (n=36)	13,97±11,22		10,75±10,89	
Medeni durum				
Halen evli (n=35)	15,09±11,60	0,755	12,11±11,16	0,868
Halen evli değil (n=18)	16,11±10,64		12,67±11,89	
Hasta yakınlık derecesi				
Ebeveyn (n=23)	20,74±11,08	0,002*	17,70±12,91	0,004*
Diğer (n=30)	11,37±9,59		8,17±7,87	
Bakım verme süresi				
0-10 yıl (n=27)	14,48±11,54	0,533	10,89±9,76	0,359
10 yıl ve üzeri (n=26)	16,42±10,95		13,77±12,74	
Geçmişte psikiyatrik hastalık				
Var (n=8)	21,63±5,15	0,090	18,00±8,60	0,123
Yok (n=45)	14,33±11,64		11,29±11,5	
Ailede psikiyatrik hastalık				
Var (n=15)	16,22±11,53	0,194	13,17±11,80	0,152
Yok (n=38)	10,29±7,27		6,57±4,47	

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

*p<0,05: istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.8’de de görüldüğü gibi bakım verenlerden farklı yaş, ekonomik ve medeni durumda olanlar arasında BDÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05). Buna karşın, kadın bakım verenlerde BDÖ

puanları erkek bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,001$). Bakım verenlerden lise altında eğitim görenlerin yalnızca BDÖ puanları lise ve üzerinde eğitim görenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,038$). Bakım verenlerden halen çalışmakta olmayanların BDÖ puanları halen çalışmakta olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,006$). Bakım verenlerden hastanın ebeveyni olanların BDÖ puanları diğerlerine (eşi, çocuğu, kardeşi ya da halası olanlara) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,002$). Ek olarak bakım verenlerden farklı bakım verme süresi, geçmişte psikiyatrik rahatsızlık ve ailede psikiyatrik rahatsızlık olanlar arasında BDÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 4.8’de de görüldüğü gibi bakım verenlerden farklı yaş, ekonomik ve medeni durumda olanlar arasında BAÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Buna karşın, kadın bakım verenlerde BAÖ puanları erkek bakım verenlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,000$). Bakım verenlerden halen çalışmakta olmayanların BAÖ puanları halen çalışmakta olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p=0,023$). Bakım verenlerden hastanın ebeveyni olanların BAÖ puanlarının diğerlerine (eşi, çocuğu, kardeşi ya da halası olanlara) göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0,004$). Ek olarak bakım verenlerden farklı bakım verme süresi, geçmişte psikiyatrik rahatsızlık ve ailede psikiyatrik rahatsızlık olanlar arasında BAÖ puanları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

4.3.5. Hastaların Klinik Özellikleri ile Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Düzeyleri ile İlişkisi

Bakım veren grubunun duygu dışavurum düzeyleri ile bakım vermekte oldukları hastalarının hastalık süreleri, hastalık başlangıç yaşları ve hastaneye yatış durumlarına göre fark analizleri Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.9. Hastaların Klinik Özelliklerinin Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Düzeyleri ile İlişkisi

	DDÖ Toplam Ortalama±SS	p	DDÖ EDO Ortalama±SS	p	DDÖ İKKM Ortalama±SS	p
Hastalık süresi						
10 yıl altı (n=23)	18,30±5,83	0,097	10,96±4,27	0,129	9,48±4,19	0,554
10 yıl ve üzeri (n=30)	21,10±6,06		12,97±5,00		10,23±4,85	
Hastalık başlangıç yaşı						
26 yaş ve altı (n=28)	21,64±6,07	0,024*	13,25±4,75	0,061	10,50±4,22	0,318
26 yaş üzeri (n=25)	17,92±5,54		10,80±4,52		9,24±4,88	
Hastaneye yatış						
Var (n=43)	20,72±6,18	0,037*	12,58±4,99	0,124	10,26±4,69	0,249
Yok (n=10)	16,3±4,11		10,00±2,98		8,40±3,69	

DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DDÖ EDO: Duygu Dışavurumu Düşmanlı/Eleştirel Oluş Alt Ölçeği; DDÖ İKKM: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi/Koruma Kollama/Müdahale Alt Ölçeği
*p<0,05: istatistiksel olarak anlamlı

DDÖ toplam, DDÖ EDO ve DDÖ İKKM açısından bakım veren grubunun hastalarının hastalık süre kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemektedir (p>0,05).

DDÖ EDO ve DDÖ İKKM açısından bakım veren grubundaki bireylerin bakım vermekte oldukları hastalarının hastalık başlangıç yaşı kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05). DDÖ toplam puanı açısından bakım veren grubundaki bireylerin bakım vermekte oldukları hastalarının hastalık başlangıç yaşı kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,024). Buna göre, hastalığı 26 yaş ve altında başlamış olan şizofreni hastalarına bakım veren kişilerin duygu dışavurum düzeylerinin, hastalığı 26 yaş üzerinde başlamış olan şizofreni hastalarına bakım vermekte olan kişilere oranla daha fazla olduğu görülmektedir.

DDÖ EDO ve DDÖ İKKM açısından bakım veren grubundaki bireylerin bakım vermekte oldukları hastalarının nükse bağlı hastaneye yatış sayı kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p>0,05). DDÖ toplam açısından bakım veren grubundaki bireylerin bakım vermekte oldukları hastalarının nükse bağlı hastaneye yatış sayı kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (p=0,037). Buna göre, hastaneye yatışı olan hastalara bakım vermekte olan bireylerin hastalarına karşı duygu dışavurum düzeyleri, hastaneye yatışı olmayan hastalara bakım veren bireylere oranla fazladır.

4.3.6. Bakım Veren Grubunda Ölçekler Arası Korelasyon

Ölçekler arasındaki korelasyon ilişkisi Tablo 4.10'da verilmiştir.

Tablo 4.10. Bakım Veren Grubunda Ölçekler Arası Korelasyon

	1.	2.	3.	4.
1.DDÖ Toplam				
2.DDÖ EDO	0,954**			
3.DDÖ İKKM	0,741**	0,718**		
4.BDÖ	0,554**	0,602**	0,462**	
5.BAÖ	0,444**	0,480**	0,506**	0,827**

DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DDÖ EDO: Duygu Dışavurumu Düşmancıl/Eleştirel Oluş Alt Ölçeği; DDÖ İKKM: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi/Koruma Kollama/Müdahale Alt Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

**p<0,01: istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.10'da da görüldüğü gibi duygu dışavurumu toplam ölçeği ile her iki alt ölçek arasında da pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r=0,954$, $p=0,000$; $r=0,741$, $p=0,000$). Bir başka deyişle, bakım veren grubun duygu dışavurumu arttıkça eleştirel/düşmancıl oluş ve aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci tutumları artış göstermektedir. DDÖ toplam ve BDÖ arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,554$, $p=0,000$). Buna göre, bakım veren grubun duygu dışavurumu arttıkça depresyon seviyeleri de artış göstermektedir. DDÖ toplam ve BAÖ arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,444$, $p=0,001$). Buna göre, bakım veren grubun duygu dışavurumu arttıkça anksiyete seviyeleri artmaktadır.

DDÖ EDO ile DDÖ İKKM arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,718$, $p=0,000$). Buna göre, bakım veren grubunun eleştirel/düşmancıl tutumları arttıkça aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci tutumları artmaktadır. DDÖ EDO ile BDÖ arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,602$, $p=0,000$). Buna göre, bakım veren grubunun eleştirel/düşmancıl tutumları arttıkça kişilerin depresyon seviyeleri de artış göstermektedir. DDÖ EDO ile BAÖ arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,480$, $p=0,000$). Buna göre, bakım veren grubunun eleştirel/düşmancıl tutumları arttıkça anksiyete seviyeleri artmaktadır.

DDÖ İKKM ile BDÖ arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,462$, $p<0,01$). Buna göre, bakım veren grubunun aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci tutumları arttıkça depresyon seviyeleri artmaktadır. DDÖ İKKM

ile BAÖ arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,506$, $p<0,01$). Buna göre, bakım veren grubunun aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci tutumları arttıkça anksiyete seviyeleri de artış göstermektedir.

BDÖ ile BAÖ arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,827$, $p<0,01$). Buna göre, bakım veren grubunun depresyon seviyeleri arttıkça anksiyete seviyeleri artmaktadır.

4.3.7. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri ve Bakım Veren Grubunun Yaş ve Bakım Verme Süresi ile Ölçekler Arası Korelasyon

Hasta grubunun yaş, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı, hastaneye yatış sayısı ve bakım veren grubunun yaş ve bakım verme süresi ile ölçekler arasındaki korelasyon ilişkisi Tablo 4.11’de verilmiştir.

Tablo 4.11. Hasta Grubunun Klinik Özellikleri ve Bakım Veren Grubunun Yaş ve Bakım Verme Süresi ile Ölçekler Arası Korelasyon

	DDÖ Toplam	DDÖ EDO	DDÖ İKKM	BDÖ	BAÖ
Hasta Grubunun Özellikleri					
Yaş	-0,097	-0,101	-0,100	-0,315*	-0,317*
Hastalık Süresi	0,179	0,135	-0,010	-0,053	-0,065
Hastalık Başlangıç Yaşı	-0,298*	-0,255	-0,123	-0,323*	-0,317*
Hastaneye Yatış Sayısı	0,326*	0,242	0,123	0,072	0,110
Bakım Veren Grubunun Özellikleri					
Yaş	0,104	0,124	0,042	0,096	0,113
Bakım Verme Süresi	0,254	0,265	0,061	0,027	0,015

DDÖ: Duygu Dışavurumu Ölçeği; DDÖ EDO: Duygu Dışavurumu Düşmancıl/Eleştirel Oluş Alt Ölçeği; DDÖ İKKM: Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi/Koruma Kollama/Müdahale Alt Ölçeği; BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği; BAÖ: Beck Anksiyete Ölçeği

* $p<0,05$: istatistiksel olarak anlamlı

Tablo 4.11’de de görüldüğü gibi hasta grubunun yaşları ile BDÖ ve BAÖ arasında negatif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,315$, $p=0,021$; $r=-0,317$, $p=0,021$). Buna göre, hasta grubundaki bireylerin yaşları düştükçe depresyon ve anksiyete seviyeleri artmaktadır.

Hasta grubunun hastalık başlangıç yaşı ile DDÖ toplam, BDÖ ve BAÖ puanları arasında negatif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-0,298$, $p=0,030$; $r=-0,323$, $p=0,018$; $r=-0,317$, $p=0,021$). Buna göre, hasta

grubundaki bireylerin hastalık başlangıç yaşı düştükçe bakım veren grubundaki duygu dışavurumu, depresyon ve anksiyete seviyeleri de artış göstermektedir.

Hasta grubunun hastaneye yatış sayısı ile yalnızca DDÖ toplam puanları arasında pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=0,326$, $p=0,017$). Buna göre, hasta grubundaki bireylerin hastaneye yatış sayıları arttıkça bakım veren grubundaki bireylerin duygu dışavurumu düzeyleri artmaktadır.

Bakım veren grubunun yaş ve bakım verme süresi ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

BEŞİNCİ BÖLÜM

5. TARTIŞMA

Araştırmamızın temel amacı, şizofreni tanısı almış hastalara birincil bakım veren bireylerin duygu dışavurumlarını, depresyon ve anksiyete düzeylerini inceleyerek bakım verdikleri hastaların hastalık süresi, başlangıç yaşı ve hastaneye yatış sayıları ile olası ilişkisini araştırmaktır. Araştırmanın katılımcıları, 53 kişi olmak üzere Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yatarak ve ayaktan tedavi görmekte olan şizofreni tanılı hastalara birincil bakım veren kişilerdir.

Bakım veren bireyler, iki gruba ayrılıp ebeveynler ve diğerleri olarak incelendiğinde, ebeveynlerde duygu dışavurumunda düşmancıl/eleştirel oluş puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Literatürde bulgumuzu destekleyen bir çalışmaya göre, bakım veren bireyin şizofreni tanılı hastanın annesi olduğu durumlarda bakım yükünün daha fazla olduğu ileri sürülmüştür (Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado, 2006). Araştırmamızda da bakım vereninin ebeveyn olduğu alt grupta duygu dışavurumu toplam ve aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuştur ancak aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmamıştır. Bu durumun da örneklem sayımızın azlığı ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Araştırmamızda bakım verenlerin bakım verme süresi ile duygu dışavurum düzeyleri arasında bir ilişki belirlenmemiştir. Ancak dikkati çeken bir nokta, bakım verme süresi 10 yıl ve üzeri olanlarda hem duygu dışavurumu toplam hem de alt ölçek puanları daha yüksek bulunmuş ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır. Bu sonuçta da örneklem sayısının kısıtlı oluşu ve bakım verme süresi bakımından iki gruba bölündüğünde her grupta kalan katılımcı sayısının daha da azalmasının etkili olabileceği düşünülmektedir.

Kadın bakım verenlerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin erkeklere oranla anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Sonuçları çalışmamızla uyum

gösteren bir araştırmada, kadın bakım verenlerin hasta bakmayan kadınlara oranla daha fazla kaygı ve depresif belirtilere sahip oldukları belirlenmiştir (Chan, 2011). Bu durumun şizofreni tanılı hastalara bakım veren bireylerin çoğunlukla anne ve eş olmasından kaynaklandığı, anne ve eşlerin pek çok başka sorumlulukların yanında hastanın sorumluluğunu da üstlenmiş olmalarının depresyon ve anksiyete düzeylerindeki artışa neden olduğu düşünülebilir.

Düşük eğitilmiş bakım verenlerde depresyon düzeyleri anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur. Çalışma hayatı olmayan bakım veren bireylerde ise çalışanlara oranla hem depresyon hem anksiyete düzeylerinin anlamlı derecede daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu durumun çalışma hayatı olmayan bakım veren bireylerin çalışma hayatı olan bakım verenlere oranla daha fazla evde kalıp hastaları ile daha fazla vakit geçirmek durumunda kalmaları ve ailenin gelirinin düşük olması ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Şizofreni tanısı almış olan hastalara bakım veren bireylerin hastanın ebeveyni olması durumunda hem depresyon hem de anksiyeteleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Literatürde bulgularımızı destekleyen bir araştırmaya göre, bakım veren kişinin şizofreni hastasının annesi, babası ya da eşi olduğu durumlarda duygusal aşırı düşkünlüğün daha fazla olduğu ve bakım verenlerin daha fazla üzüntülü ve stresli oldukları belirtilmiştir (Karancı ve İnandılar, 2002). Bu sonuç ebeveynlerin hem endişeyi hem de ruhsal yükü daha çok taşımaları sebebiyle beklenebilecek bir bulgudur. Yine bakım verme süresi 10 yılı aşmış olanlarda, hem depresyon hem de anksiyete puanları daha yüksek olmakla beraber aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu durumun bakım veren bireylerin iki gruba bölündüğünde katılımcı sayısının kısıtlılığı ile açıklanabileceği düşünülmektedir.

Şizofreni tanısı almış olan hastalar hastalık başlangıç yaşı açısından iki gruba ayrılıp 26 yaş ve altı ile 26 yaş üzeri olarak incelendiğinde, hastalığı 26 yaş ve altında başlayan şizofreni hastalarına bakım vermekte olan bireylerin duygu dışavurumu toplam ölçek puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bu bulgumuzun hastalık başlangıç yaşı erken olduğunda bakım veren bireyin hastaya daha uzun yıllardır bakım vermekte oluşu ile ilgili olabileceği düşünülmekte ancak araştırmamızın kesitsel tasarımı, böylesi bir neden sonuç ilişkisi kurmayı olanaksızlaştırmaktadır.

Şizofreni tanısı almış hastalar nüksle bağı hastaneye yatışı olan ve olmayan olarak yine iki gruba ayrılıp incelendiğinde, hastaneye yatışı olan şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin duygu dışavurumlarının, hastaneye yatışı olmayan hastaların bakım verenlerine oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Bulgularımızı destekleyen bir araştırmaya göre, şizofreni hastalarının bakım verenlerinde duygu dışavurumu yüksekse nüks oranı %48, duygu dışavurumu düşükse %21 oranında nüks bulunmuştur (Kavanaghda, 1992). Şizofreni bakım verenlerinde hastaya karşı olan düşümcül/eleştirel tutum ya da aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci tutumun hastalığın daha çok nüks etmesine neden olduğu ileri sürülmüştür (Vaughn ve Leff, 1976). Duygu dışavurumu yüksek olan bakım verenlerin hastalarının hastaneye yatışlarından 9-12 ay sonra nüks riskinin 2 kat arttığı belirtilmiştir (Butzlaff ve Hooley, 1998). Bulgularımızı desteklemeyen bir çalışmada ise, duygu dışavurumu yüksek ve düşük olan bakım verenler arasında yapılan bir çalışmada nüks açısından herhangi bir fark bulunamamıştır (Ebrinç ve ark., 2001).

Araştırmamızda uygulanmış olan tüm ölçekler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Duygu dışavurumu toplam ölçeği ile düşümcül/eleştirel oluş ve aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci alt ölçekleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki beklenebilecek bir bulgudur. Duygu dışavurumu puanları yükseldikçe depresyon ve anksiyete düzeylerinin de yükseliyor oluşu literatür ile uyumludur. Psikiyatrik hastalığa sahip kişilere bakım verenlerde stres, anksiyete ve depresyon düzeylerinin genel popülasyona oranla yüksek olduğu bilinmektedir (Kuipers ve ark., 2010). Ek olarak şizofreni tanısı almış hastalara bakım vermenin kişide yas, somatik yakınmalar, depresyon ve anksiyete yakınmalarını ortaya çıkardığı saptanmıştır (Schene ve ark., 1998).

Şizofreni tanısı almış hastaların yaşları ile depresyon ve anksiyete düzeyleri incelendiğinde, şizofreni hastalarının yaşları düştükçe bakım veren bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. Şizofreni tanılı hastalar hastalık başlangıç yaşlarına göre herhangi bir şekilde gruplara bölünmeden incelendiğinde ise hastaların hastalık başlangıç yaşı düştükçe bakım veren bireylerin duygu dışavurumu toplam ölçek puanları, depresyon ve anksiyete düzeyleri yükselmektedir. Araştırmamızda hastalığı 26 yaş ve altında başlayan şizofreni hastalarına bakım verenlerde duygu dışavurumu toplam ölçek puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu ve duygu dışavurumu ile depresyon ve anksiyete

düzeyleri arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu düşünüldüğünde, hastaların hastalık başlangıç yaşı düştükçe bakım verenlerin duygu dışavurumu toplam ölçek puanları, depresyon ve anksiyete düzeylerinin yükseliyor olması beklenebilecek bir bulgudur.

Şizofreni tanısı almış olan hastaların nükse bağlı hastaneye yatış sayıları incelendiğinde, hastaneye yatış sayıları ile hastalara bakım vermekte olan bireylerin duygu dışavurumu toplam ölçek puanları arasında pozitif yönde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatürde bulgumuzu destekleyen bir çalışmaya göre, bir yıl boyunca takip edilen hastalara bakım veren bireylerin duygu dışavurum düzeyleri yüksek olanlarının hastaları %56 nüks riski, duygu dışavurum düzeyleri düşük olanların hastalarının ise %21 nüks riski altında oldukları belirtilmiştir (Brown, 1962).

Çalışmamızda bakım veren bireylerin çoğunu kadınlar ve anneler oluşturmaktadır. Bu bulgumuz bakım verenlerin genellikle kadınlar ve annelerden oluştuğunu belirten çalışmalarla benzerdir (Awad ve Voruganti, 2008). Bakım veren bireylerin toplam duygu dışavurum düzeyleri açısından sosyodemografik değişkenlerin kategorilerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Literatürde araştırmamızı destekleyen bir çalışmaya göre, şizofreni hastalarının ve bakım verenlerinin sosyodemografik özellikleri ile duygu dışavurumu ve alt ölçekleriyle istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Tüzer ve ark., 2003). Yapılan bir diğer çalışmada da farklı sosyodemografik özelliklere sahip bakım veren bireyler arasında bakım yükü açısından anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Hanzawa ve ark.,2008). Yine çalışmamızla uyumlu olarak bakım verenin cinsiyeti ile bakım yükünün herhangi bir ilişkisinin olmadığı bildirilmiştir (Foldemo ve ark., 2005). Ancak kadın bakım verenlerin duygu dışavurum düzeyinin erkek bakım verenerlere oranla daha düşük olduğu bildirilmiştir (Deniz ve ark., 1999). Erkek şizofreni hastalarına bakım veren bireylerde daha yüksek duygu dışavurum düzeyi belirlenmiştir (Arslantaş ve Adana, 2012). Erkek şizofreni hastası yakınlarında var olan duygu dışavurumunun aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci tutumunun daha yüksek olarak gözleendiği çalışmalar da mevcuttur (Kara, 2014). Araştırmamızda bakım verenlerin yaşı ile duygu dışavurumu arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış ancak bakım veren bireyin yaşının fazla olduğu durumlarda bakım verenin yükünün arttırdığının belirtildiği çalışmalar mevcuttur (Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado, 2006).

Araştırmamızda bakım verenlerin ve hastaların eğitim düzeyleri ile duygu dışavurumu arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Literatürde bulgularımızı destekleyen bir çalışmaya göre, duygu dışavurumu düzeyi ile eğitim durumu arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır (Ebrinç ve ark., 2001). Ancak yapılan çalışmalarda eğitim durumu ilkökul ve altında olan hastaların bakım verenlerinde daha yüksek duygu dışavurumu belirlenmiştir (Karancı ve İnandılar, 2002). Bazı araştırmacılar eğitim düzeyinin düşük olmasını yükün bir yordayıcısı olarak görmektedirler (Li ve ark., 2007). Eğitim seviyesi arttıkça duygu dışavurumu toplam ve aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci oluş puanlarının düştüğü saptanmıştır (Kara, 2014). Ek olarak eğitim düzeyi düşük şizofreni hastalarının bakım verenlerinde daha yüksek duygu dışavurum düzeyi belirlenmiştir (Arslantaş ve Adana, 2012). Bir diğer çalışmada ise, eğitim düzeyinin düşük, çalışma hayatının olmamasının bakım yükünü arttırdığı belirtilmiştir (Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado, 2006). Duygu dışavurumu düzeyinin yüksek olduğu bakım verenlerin eğitim düzeyinin düşük olduğu belirlenmiş ve eğitim düzeyi yüksek olan bakım verenlerin sosyal ağlarının daha fazla olması sebebiyle hastayla daha az vakit geçirmeleriyle açıklanmıştır. Eğitim düzeyi yüksek olan bakım verenlerin hastaya karşı daha az eleştirel ve koruyucu bir tutum içerisinde oldukları düşünülmüştür (Carra ve ark., 2012).

Çalışmamızda bakım veren bireylerin çalışma hayatlarının olup olmaması ile duygu dışavurumu arasında herhangi bir ilişki bulunamamış yalnızca depresyon ve anksiyete düzeyleri bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bununla beraber, bakım veren kişinin çalışma hayatının olmamasının duygu dışavurumunu arttırdığını belirten çalışmalar da vardır (Scazufca ve Kuipers, 1996). Çalışma hayatının olmamasının bakım veren bireydeki bakım yükünü arttırdığı belirtilmiştir (Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado, 2006). Araştırmamızda bakım veren bireylerin ekonomik durumları ile duygu dışavurumu arasında herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Bir çalışmada bulgumuzun tersi yönünde bakım verenlerin aylık geliri ile aile yükü arasında negatif yönde bir ilişki saptanmıştır (Chien ve ark., 2007).

Şizofreni tanısı almış kişilerin düzenli ilaç tedavisi alıp almamalarına baktığımızda ise duygu dışavurum düzeyleri ile herhangi bir ilişki bulunmamıştır. Bulgularımızı destekleyen bir araştırmaya göre, ilaçlarını düzenli kullanan ve kullanmayan şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin duygu dışavurum düzeyleri arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (Arslantaş ve Adana, 2011). Bir diğer

çalışmada ise düzenli ilaç kullanmayan şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin düzenli ilaç kullanan hastalara bakım verenlere oranla daha yüksek duygu dışavurum düzeyine sahip oldukları belirtilmiştir. Bakım veren bireylerin yüksek duygu durumlarının psikotik belirtileri ve yinelemeyi arttırdığı gibi hastaların ilaç tedavisine uyumunu bozabileceği saptanmıştır (Sellwood ve ark., 2003).

Araştırmamızda şizofreni hastalarının hastalık süreleri ile duygu dışavurumu arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Fakat hastalık süresi ile duygu dışavurumu ilişkisinin incelendiği bir çalışmada, hastalık süresi arttıkça duygu dışavurumu düzeylerinin azaldığı belirlenmiş ve bu sonuç bakım verenin hastayla zaman geçtikçe daha iyi baş edebilmelerine bağlanmıştır (Gibson ve ark., 1984). Diğer bir çalışmada ise aynı şekilde şizofreni hastalarının hastalık süreleri arttıkça bakım veren bireylerin duygu dışavurum düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (Arslantaş ve ark., 2009). Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmada şizofreni hastasına bakım veren bireylerin aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci tutumlarının düşmancıl/eleştirel tutumdan daha fazla olduğu belirtilmiştir. Bu durum kültürel açıdan değerlendirilmiş ve daha geleneksel bir kültür olmamıza bağlanmıştır (Karancı ve İnandılar, 2002). Ek olarak bakım veren bireylerde aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci tutumlarının düşmancıl/eleştirellikten daha fazla görülen bir tutum olduğu belirtilmiştir (Brown ve ark., 1972). Yüksek ve düşük duygu dışavurumuna sahip bakım verenlerin incelendiği bir çalışmada, yüksek duygu dışavurumuna sahip bakım verenlerde düşük duygu dışavurumu olan bakım verenlere oranla daha fazla kontrol tutumu içeren duygu dışavurumu saptanmıştır (Weisman ve ark., 2000).

Araştırmamızda duygu dışavurumu niteliğinin düşmancıl/eleştirel ve aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci olması ile nüks arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bulgularımızı destekleyen bir çalışmaya göre, aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci tutum ile nüks arasında herhangi bir ilişki bulunmaması aşırı ilgili olma tutumunun toplumsal olarak bir özelliğimiz olmasına ve şizofreni hastasının bu tutumu negatif algılamadığından dolayı nükse yol açmadığı şeklinde açıklanmıştır (Kara, 2014). Duygu dışavurumu ölçeğinin düşmancıl/eleştirel oluş alt ölçeğinin aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci alt ölçeğine göre daha fazla nüksü arttırdığını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Brown, 1972). Literatürde duygu dışavurumunun yüksek miktarda aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci tutumda

olmasının nüksü arttırdığını, orta miktarda olmasının ise hastalığın nüksü açısından koruyucu olabileceği belirtilmiştir (Raune ve ark., 2004).

ALTINCI BÖLÜM

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Özet olarak araştırmamızda, bakım verenin ebeveyn olduğu durumlarda duygu dışavurumunda dışmancıl/eleştirel oluş alt ölçek puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu, duygu dışavurumu toplam ve aşırı ilgi/koruma kollama/müdahaleci alt ölçek puanlarının ise daha yüksek olmakla beraber istatistiksel düzeyde bir anlamlı farka ulaşmadığı belirlenmiştir. Araştırmamızda cinsiyeti kadın, çalışma hayatı olmayan, şizofreni tanılı hastanın ebeveyni olan bakım verenlerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitim düzeyi lise altı olan bakım verenlerde ise yalnızca depresyon düzeyleri anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Hastalık başlangıç yaşı 26 yaş ve altı olan şizofreni hastalarına bakım verenlerin 26 yaş üzeri hastalara bakım verenlere oranla duygu dışavurumu toplam ölçek puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Hastaneye yatışı olan şizofreni hastalarına bakım verenlerin duygu dışavurumlarının hastaneye yatışı olmayan hastaların bakım verenlerine oranla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Uygulanan tüm ölçekler arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. şizofreni hastalarının yaşları düştükçe bakım veren bireylerin depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmiştir. şizofreni tanılı hastalar hastalık başlangıç yaşları bakımından gruplara bölünmeden incelendiğinde hastaların hastalık başlangıç yaşı düştükçe bakım veren bireylerin duygu dışavurumu toplam ölçek puanları, depresyon ve anksiyete düzeyleri anlamlı düzeyde yükselmektedir. Hastaneye yatış sayıları arttıca hastalara bakım verenlerin duygu dışavurumu toplam ölçek puanları da anlamlı düzeyde yükselmektedir.

Araştırmamızın bazı kısıtlılıkları bulunmaktadır. Örnekleme sayısının az olması ve tüm katılımcıların tek bir merkezde izlenen hastaların bakım verenleri olması araştırmamızın başlıca kısıtlılıklarıdır. Kesitsel yapısı neden sonuç ilişkisi kurmaya olanak vermemekte ve ileri yorumlara gidilememektedir. Ayrıca kontrol grubunun olmaması nedeniyle farklı bir kronik hastalıkla izlenen hastaların bakım verenleri ile

bir karşılaştırma olanağı bulunmamaktadır. Daha büyük örneklerde, çok merkezli ve kontrol gruplu bir araştırmanın yapılmasının bulgular açısından daha sağlıklı olacağı düşünülmektedir.

Şizofreni tanısı almış kişiler, hastalığın prognozu ve hastadan götördüklerinden dolayı bakıma muhtaç durumdadırlar. Bu süreç içerisinde bakım vermekte olan kişiler hastaya karşı ve olumsuz bir anlamı olan duygu dışavurumu geliştirmektedirler. Araştırmamızda duygu dışavurumu açısından nükse bağlı hastaneye yatış kategorileri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Duygu dışavurumu, şizofreni hastalarının hastaneye yatışlarını etkilemekte olan bir faktör olarak karşımıza çıktığından hasta ve bakım verenler için oldukça önemli niteliktedir. Şizofreni hastalarına bakım veren bireylerde duygu dışavurumunun değerlendirildiği araştırmalar yapılması hem hastaların hem de hastaların birlikte yaşamakta oldukları çevreleri ve bakım verenleri için hastalıkla yaşamayı kolaylaştırıcı bir etken olacaktır.

Kaynaklar

- Abramowitz, I. A., & Coursey, R. D. (1989). Impact of an educational support group on family participants who take care of their schizophrenic relatives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 232.
- Anormal Psikoloji (2013), James n. Butcher., Susan Mineka, Jill M. Hooley, Kaknüs Yayınları, (Çev. O. Gündüz,)
- APA (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, TextRevision (DSM-IV-TR®). Washington, DC, American Psychiatric Association.
- Arslantaş H, Adana F. (2009) Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3:251-277.
- Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F. (2009) Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 10:3-10.
- Arslantaş, H., & Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2).
- Arslantaş, H., & Adana, F. (2012). Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 13(1).
- Atkinson, J. M., & Coia, D. A. (1995). *Families coping with schizophrenia: A practitioner's guide to family groups*. John Wiley & Sons.
- Awad GA, Voruganti LNP. (2008) The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26:149-162.
- Barbato A, D'Avanzo B. (2000) Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand*, 102:81-97.
- Beels, C. C., Gutwirth, L., Berkeley, J., & Struening, E. (1984). Measurements of social support in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 10(3), 399-411.
- Bellack, A. S., & Mueser, K. T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-336.
- Bentsen, H., Munkvold, O. G., Notland, T. H., Boye, B., Oskarsson, K. H., Uren, G., ... & Malt, U. F. (1998). Relatives' emotional warmth towards patients with schizophrenia or related psychoses: demographic and clinical predictors. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97(1), 86-92.
- Berksun, O. (1992). Şizofrenide Aile Faktörü: expressed emotion ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi. *Uzmanlık tezi. Ankara*.
- Birchwood, M., Smith, J., & Cochrane, R. (1992). Specific and non-specific effects of educational intervention for families living with schizophrenia. A comparison of three methods. *The British Journal of Psychiatry*, 160(6), 806-814.

- Brown, G. W., Birley, J. L., & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *The British Journal of Psychiatry*.
- Brown, G. W., Carstairs, G. M., & Topping, G. (1958). Post-hospital adjustment of chronic mental patients. *The Lancet*, 272(7048), 685-689.
- Brown, G. W., Monck, E. M., Carstairs, G. M., & Wing, J. K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British journal of preventive & social medicine*, 16(2), 55-68.
- Butzlaff, R.L. & Hooley, J.M. (1998) Expressed emotion and psychiatric relaps. *Archives of General Psychiatry*, 55:547-552.
- Caqueo-Urizar, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15(4), 719-724.
- Carrà, G., Cazzullo, C. L., & Clerici, M. (2012). The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population. *BMC psychiatry*, 12(1), 140.
- Chan, S. W. C. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 25(5), 339-349.
- Chien, W. T., Chan, S. W., & Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of Clinical Nursing*, 16(6), 1151-1161.
- Cole, J. D., & Kazarian, S. S. (1988). The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. *Journal of Clinical psychology*, 44(3), 392-397.
- Conley, R. R., & Kelly, D. L. (2001). Management of treatment resistance in schizophrenia. *Biological psychiatry*, 50(11), 898-911.
- Davis, J. M. (1975). Overview: maintenance therapy in psychiatry: I. Schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*.
- Deniz H, İlnem C, Yener F ve ark. (1999) Şizofren bireyin algıladığı duygu dışavurumu düzeyinin relapsla ve aile işlevleriyle ilişkisi. *Düşünen Adam*, 11:5-15.
- Doğan, O. (2002). Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 240-248.
- Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., & Başgeçmez, F. D. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 133-139.
- Dyck, D. G., Short, R., & Vitaliano, P. P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosomatic Medicine*, 61(4), 411-419.
- Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M. Y., Seçil, M., Can, S., & Çobanoğlu, N. (2001). Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-14.
- Fadden, G., Bebbington, P., & Kuipers, L. (1987). The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *The British Journal of Psychiatry*, 150(3), 285-292.
- Falloon, I. R. (1991). Psychotherapy of schizophrenia. *British journal of hospital medicine*, 48(3-4), 164-170.
- Foldemo, A., Gullberg, M., Ek, A. C., & Bogren, L. (2005). Quality of life and burden in parents of outpatients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40(2), 133-138.
- Fromm-Reichmann, F. (1948). Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*, 11(3), 263-273.
- Gaebel, W., & Marder, S. (1996). Conclusions and treatment recommendations for the acute episode in schizophrenia. *International clinical psychopharmacology*, 11, 93-100.

- Gastal, F. L., Andreoli, S. B., Quintana, M. I. S., Gameiro, M. A., Leite, S. O., & McGrath, J. (2000). Predicting the revolving door phenomenon among patients with schizophrenic, affective disorders and non-organic psychoses. *Revista de saúde pública*, 34(3), 280-285.
- Gibbons, J. S., Horn, S. H., Powell, J. M., & Gibbons, J. L. (1984). Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *The British Journal of Psychiatry*, 144(1), 70-77.
- Gilbert, P. L., Harris, M. J., McAdams, L. A., & Jeste, D. V. (1995). Neuroleptic withdrawal in schizophrenic patients: a review of the literature. *Archives of general psychiatry*, 52(3), 173-188.
- Gitlin, M., Nuechterlein, K., Subotnik, K. L., Ventura, J., Mintz, J., Fogelson, D. L., ... & Aravagiri, M. (2001). Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 158(11), 1835-1842.
- Gottesman, I. I. (1991). *Schizophrenia genesis: The origins of madness*. WH Freeman/Times Books/Henry Holt & Co.
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 143-151.
- Häfner, H. (2003). Gender differences in schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 17-54.
- Haley C, O'Callaghan E, Hill S, Mannion N, Donnelly B, Kinsella A et al. (2011) Telepsychiatry and carer education for schizophrenia. *Eur Psychiatry*, 26:302-304.
- Hanzawa, S., Tanaka, G., Inadomi, H., Urata, M., & Ohta, Y. (2008). Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(3), 256-263.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanteri'nin geçerliği üzerine bir çalışma. *Psikoloji dergisi*, 6(22), 118-122.
- Ho, B. C., Andreasen, N. C., Flaum, M., Nopoulos, P., & Miller, D. (2000). Untreated initial psychosis: its relation to quality of life and symptom remission in first-episode schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 157(5), 808-815.
- Hogarty, G. E. (1993). Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. *The Journal of clinical psychiatry*.
- Hogarty, G. E., Goldberg, S. C., & Schooler, N. R. (1974). Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients: III. Adjustment of nonrelapsed patients. *Archives of General Psychiatry*, 31(5), 609-618.
- Hooley, J. M., & Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9(3), 135-151.
- Işık, E. (2006). Güncel Şizofreni (1. Baskı, s. 18-19). *Ankara: Format Matbaacılık*.
- Jablensky, A., & Cole, S. W. (1997). Is the earlier age at onset of schizophrenia in males a confounded finding? Results from a cross-cultural investigation. *The British Journal of Psychiatry*, 170(3), 234-240.
- Kara, N. (2014). Şizofrenide Duygu Dışavurumu: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*, 31(2), 96.
- Karamustafaloğlu, N., Tomruk, N., & Alpay, N. (1998). Şizofrenide Cinsiyet Farklılıkları: Bir gözden geçirme.
- Karanci, A. N., & İnandılar, H. (2002). Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(2), 80-88.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 160(5), 601-620.

- Kissling, W., Kane, J. M., Barnes, T. R. E., Dencker, S. J., Fleischhacker, W. W., Goldstein, M. J., ... & Wistedt, B. (1991). Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia: towards a consensus view. In *Guidelines for neuroleptic relapse prevention in schizophrenia* (pp. 155-163). Springer Berlin Heidelberg.
- Kuipers, E., Onwumere, J., & Bebbington, P. (2010). Cognitive model of caregiving in psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, 196(4), 259-265.
- Kuşcu, M. K. (2000). Rehabilitasyon süreci ve bakım vericilik: Zedeleyen mi yoksa iyileyen mi. *3P Dergi*, 8, 30-34.
- Leff, J., Berkowitz, R., Shavit, N., Strachan, A., Glass, I., & Vaughn, C. (1989). A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 154(1), 58-66.
- Levene, J. E., Lancee, W. J., & Seeman, M. V. (1996). The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schizophrenia research*, 22(2), 151-157.
- Lewis, S. (1992). Sex and schizophrenia: vive la difference. *Br J Psychiatry*, 161, 445-450.
- Li, J., Lambert, C. E., & Lambert, V. A. (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. *Nursing & health sciences*, 9(3), 192-198.
- Lieberman JA, Fenton WS (2000) Delayed detection of psychosis: causes, consequences, and effect on public health. *Am J Psychiatry*, 157:1727–1730.
- Lobban F, Postlethwaite A, Glentworth D, Pinfold V, Wainwright L, Dunn G et al. (2013) A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clin Psychol Rev*, 33:372-382.
- Loebel, A. D., Lieberman, J. A., Alvir, J. M., Mayerhoff, D. I., Geisler, S. H., & Szymanski, S. R. (1992). Duration of psychosis and outcome in first-episode schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 149(9), 1183.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Malangone, C., Maj, M., & National Mental Health Project Working Group. (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders. *Social science & medicine*, 61(2), 313-322.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., & Maj, M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(4), 291-298.
- Malla A.K, Cortese I, Shaw T.S, Ginsberg B. (1990) Life Events and Relaps in Schizophrenia; A one year prospective study. *Soc. Psychiatr. Epidemiol.*, 25:221-224.
- McMurray, R. G., Newbould, E., Bouloux, P., Besser, G. M., & Grossman, A. (1991). High-dose naloxone modifies cardiovascular and neuroendocrine function in ambulant subjects. *Psychoneuroendocrinology*, 16(5), 447-455.
- Norman, R. M., & Malla, A. K. (1993). Stressful life events and schizophrenia. I: A review of the research. *The British Journal of Psychiatry*, 162(2), 161-166.
- Nuechterlein, K. H., Snyder, K. S., & Mintz, J. (1992). Paths to relapse: possible transactional processes connecting patient illness onset, expressed emotion, and psychotic relapse. *The British Journal of Psychiatry*.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2015). *Ruh sağlığı ve bozuklukları*. Nobel Tıp Kitapları.
- Penn, D. L., & Mueser, K. T. (1996). Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 153(5), 607.
- Pereira, M. G., & De Almeida, J. M. (1999). The repercussions of mental disease in the family. A study of the family members of psychotic patients. *Acta Medica Portuguesa*, 12(4-6), 161-8.

- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, 12.
- Pickett-Schenk, S. A., Lippincott, R. C., Bennett, C., & Steigman, P. J. (2008). Improving knowledge about mental illness through family-led education: The journey of hope. *Psychiatric Services*, 59(1), 49-56.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2015). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Focus*.
- Raune, D., Kuipers, E., & Bebbington, P. E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *The British Journal of Psychiatry*, 184(4), 321-326.
- Remschmidt, H., & Theisen F. (2012). Early-Onset Schizophrenia. *Neuropsychobiology*, 66(1), 63-69.
- Saunders JC. (1999) Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs*, 20:95-113.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in mental health nursing*, 24(2), 175-198.
- Saylan, M., Alptekin, K., Akdemir, A., Tetik, E., & Korb, F. A. (2004). The Intercontinental Schizophrenia Outpatient Health Outcomes (IC-SOHO) study: baseline clinical and functional characteristics and antipsychotic use patterns in Turkey.
- Scazufca, M., & Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 168(5), 580-587.
- Schene, A. H., van Wijngaarden, B., & Koeter, M. W. (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 609-618.
- Sellwood, W., Tarrier, N., Quinn, J., & Barrowclough, C. (2003). The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychological medicine*, 33(01), 91-96.
- Sevinçok, L. (2000). Şizofrenide Psikososyal Tedaviler. *Şizofreni Dizisi*, 1, 72-80.
- Shepherd, M., Watt, D., Falloon, I., & Smeeton, N. (1989). The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychol Med Monogr Suppl*, 15, 1-46.
- Soygür, H., Alptekin, K., Atbaşoğlu, E. C., & Herken, H. (2007). Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar. 1. *Baskı. Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları*, 500.
- Spencer, J. H., Glick, I. D., Haas, G. L., Clarkin, J. F., Lewis, A. B., Peyser, J., ... & Lestelle, V. (1988). A randomized clinical trial of inpatient family intervention: III. Effects at 6-month and 18-month follow-ups. *The American journal of psychiatry*.
- Strauss, J. S., Hafez, H., Lieberman, P., & Harding, C. M. (1985). The course of psychiatric disorder: III. Longitudinal principles. *The American journal of psychiatry*.
- Sungur, M. Z., & Yalnız, Ö. (1999). Şizofreni tedavisinde bilişseldavranışçı yaklaşımlar. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 2(3), 160-166.
- Tarrier, N. (1991). Some aspects of family interventions in schizophrenia. I: Adherence to intervention programmes. *The British Journal of Psychiatry*, 159(4), 475-480.
- Tarrier, N., Lowson, K., & Barrowclough, C. (1991). Some aspects of family interventions in schizophrenia. II: Financial considerations. *The British Journal of Psychiatry*, 159(4), 481-484.
- Tietze, T. (1949). A study of mothers of schizophrenic patients. *Psychiatry*, 12(1), 55-65.

- Tüzer V, Zincir S, Başterzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. (2003) Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri*,6:198-203.
- Vaughn, C. E. (1989). Expressed emotion in family relationships. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 30(1), 13-22.
- Vaughn, C. E., & Leff, J. P. (1976). The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness. A comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. *The British Journal of Psychiatry*, 129(2), 125-137.
- Walker, E. F., & Diforio, D. (1997). Schizophrenia: a neural diathesis-stress model. *Psychological review*, 104(4), 667.
- Weisman, A. G., Nuechterlein, K. H., Goldstein, M. J., & Snyder, K. S. (2000). Controllability perceptions and reactions to symptoms of schizophrenia: a within-family comparison of relatives with high and low expressed emotion. *Journal of abnormal psychology*, 109(1), 167.
- Wolthaus, J. E., Dingemans, P. M., Schene, A. H., Linszen, D. H., Wiersma, D., Van Den Bosch, R. J., ... & Hijman, R. (2002). Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: the influence of symptoms and personality traits. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(4), 241-247.
- Wynne, L. C. (1994). The rationale for consultation with the families of schizophrenic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90(s384), 125-132.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of abnormal psychology*, 86(2), 103.

Ekler

EK A

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Şizofreni Tanılı Hastalara Birincil Bakım Veren Bireylerin Duygu Dışavurumu Açısından Değerlendirilmesi

Başlıklı Tez Araştırması için

Katılımcı için Bilgiler:

Tarih:

...../...../.....

Bu çalışmanın amacı, şizofreni tanısı almış kadın hastalara birincil bakım veren bireylerin duygu dışavurumu açısından değerlendirilmesidir.

Araştırma için sizden yapmanızı istediğimiz, size ilettiğimiz formlardaki her soruyu tek tek okuyarak size en uygun yanıtları vermenizdir. Anlamadığımız sorularda araştırmacıdan yardım isteyebilirsiniz. Araştırmaya katılmanız halinde kişisel bilgilerinizin gizliliğine saygı gösterilecek, araştırma sonuçlarının bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında da özenle korunacaktır. Veriler, kimlik bilgileriniz gizli kalmak koşuluyla bu ve farklı araştırmalarda kullanılacaktır.

Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama ya da katıldıktan sonra istediğiniz anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz.

Bu yazıyı okuduktan sonra araştırmamıza gönüllü olarak katılmak istiyorsanız aşağıdaki onay bölümünü doldurunuz ve imzalayınız.

Katılımcının Beyanı:

Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı'nda Özde Algönül tarafından yürütülen bu çalışma hakkında verilen yukarıdaki bilgileri okudum. Yapılan tüm açıklamaları ayrıntıları ile anlamış bulunuyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

...../...../.....

Katılımcı Adı Soyadı:

Tel:

İmza:

Tanık Adı Soyadı:

Tel:

İmza:

Araştırmacı Adı Soyadı: Psk. Özde Algönül

Tel: 0505 897 61 68

İmza:

EK B

Tarih:

ARAŞTIRMA BİLGİ FORMU

Hastaya Ait Özellikler

1. Adı-Soyadı:

3. Cinsiyet

Kadın

Erkek

4. Yaş:

5. Medeni durum:
Boşanmış

Bekar

Evli

Dul

6. Evli ise evlilik süresi:
1-5 sene

1-6 ay

6-12 ay

5-10 sene

10 sene ve üzeri

7. Çocuk sayısı:.....

8. Evde yaşayan toplam kişi sayısı:.....

9. Evde şuan kimlerle yaşıyor olduğu?.....

10. Eğitim durumu:

Hiç

İlkokul/Ortaokul

Lise

Üniversite ve üzeri

11. Meslek:.....

12. Hastalık öncesi çalışma hayatı:

Var Yok

13. Halen çalışma hayatı:

Var Yok

14. Ekonomik durum:

Asgari ücret (1300 TL) altı

Asgari ücret (1300 TL)-3000 TL arası

3000 TL ve üzeri

15. Geçmişte psikiyatrik/ruhsal bir hastalık sebebiyle tedavi gördü mü?

Evet

Hayır

16. Geçmiş yıllarda almış olduğu tanılar ve seneleri:.....

.....

.....

17. Hastalığın başlangıç yaşı:.....
18. Hastalık süresi:.....
19. Hastaneye yatış sayısı:.....
20. Düzenli ilaç tedavisi almış mı? Evet Hayır
21. Adli özgeçmiş var mı? Evet Hayır
22. Dikkat çeken saldırganlık davranışı/öyküsü var mı? Evet Hayır
23. Öncesinde intihar girişimi var mı? Yok Var (yılı.....şekli.....)
24. Halen intihar girişimi var mı? Yok Var (yılı.....şekli.....)
25. Fiziksel bir hastalığı var mı? Yok Var(yılı.....şekli.....)
26. Fiziksel hastalığı:.....
27. Ailede psikiyatrik öykü var mı? Var Yok
28. Ailedeki psikiyatrik hastalık:.....
29. Alkol kullanımı: Yok Var (yılı.....miktar.....)
30. Madde kullanımı: Yok Var (yılı.....miktar.....)
31. Sigara kullanımı: Yok Var (yılı.....miktar.....)

EK C

Tarih:

ARAŞTIRMA BİLGİ FORMU

Bakım Verene Ait Özellikler

1. Adı-Soyadı:
2. Telefon:
3. Cinsiyet Kadın Erkek
4. Yaşınız:
5. Medeni durumunuz: Bekar Evli Dul Boşanmış
6. Evli iseniz evlilik süresi: 1-6 ay 6-12 ay 1-5 sene
 5-10 sene 10 sene ve üzeri
7. Çocuk sayısı:
8. Evde yaşayan toplam kişi sayısı:.....
9. Evde şuan kimlerle yaşıyorsunuz?
10. Eğitim durumu: Hiç İlkokul/Ortaokul Lise Üniversite ve üzeri
11. Mesleğiniz:.....
12. Halen çalışma hayatı: Var Yok
13. Ekonomik durum: Asgari ücret (1300 TL) altı
 Asgari ücret (1300 TL)-3000 TL arası 3000 TL ve üzeri
14. Hasta ile yakınlık dereceniz:.....
15. Bakım verme süreniz: 0-1 yıl 1-5 yıl 5-10 yıl 10 yıl ve üzeri
16. Geçmişte psikiyatrik/ruhsal bir hastalık sebebiyle tedavi gördünüz mü?
Evet Hayır
17. Halen psikiyatrik/ruhsal bir hastalık sebebiyle tedavi görüyor musunuz?
Evet Hayır
18. Psikiyatrik/ruhsal hastalığınız:.....
19. Fiziksel bir hastalığınız var mı? Evet Hayır
20. Fiziksel hastalığınız:.....

21. Ailede psikiyatrik öykü var mı? Evet Hayır
22. Ailedeki psikiyatrik hastalık:.....
23. Alkol kullanınız: Yok Var (süre.....miktar.....)
24. Madde kullanınız: Yok Var (süre.....miktar.....)
25. Sigara kullanınız: Yok Var (süre.....miktar.....)

EK D

Duygu Dışavurumu Ölçeği

Ad-Soyad:

AÇIKLAMA: Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumların size uygun olup olmadığını belirtmek üzere doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- (D) (Y) 1. Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyorum ve öfkeleniyorum.
- (D) (Y) 2. Onun hasta olduğuna inanmıyorum.
- (D) (Y) 3. Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.
- (D) (Y) 4. Benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemli.
- (D) (Y) 5. Onunla ilgili her şeyi, kendine ait özel meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışıyorum.
- (D) (Y) 6. Onun varlığı beni deli ediyor.
- (D) (Y) 7. Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye.
- (D) (Y) 8. Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.
- (D) (Y) 9. Ona sık sık öğüt veriyorum.
- (D) (Y) 10. Onunla uyuşamıyoruz.
- (D) (Y) 11. Bıraktım artık ne hali varsa görsün.
- (D) (Y) 12. Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.
- (D) (Y) 13. Ona kırılıyor, güceniyorum.
- (D) (Y) 14. Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.
- (D) (Y) 15. Onun üstüne titrerim.
- (D) (Y) 16. Onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum, ilgim sürekli onun üstünde oluyor.
- (D) (Y) 17. O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.
- (D) (Y) 18. O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum.
- (D) (Y) 19. Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.
- (D) (Y) 20. Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum.
- (D) (Y) 21. Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.
- (D) (Y) 22. Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum.
- (D) (Y) 23. Onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.
- (D) (Y) 24. “Ondan ah bir kurtulsam!” diye düşündüğüm oluyor.
- (D) (Y) 25. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum.
- (D) (Y) 26. Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum.
- (D) (Y) 27. Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum.
- (D) (Y) 28. Biz birbirimize benziyoruz.
- (D) (Y) 29. Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum.
- (D) (Y) 30. Onunla iyi anlaşıyorum.
- (D) (Y) 31. Aklım fikrim hep onda başka hiç bir şey düşünemiyorum.
- (D) (Y) 32. Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum.
- (D) (Y) 33. Ondan uzak kalmak istiyorum.
- (D) (Y) 34. Başıma bir sürü dert açıyor.
- (D) (Y) 35. O olmasa bütün işler yoluna girecek.
- (D) (Y) 36. Bir zorlukla karşılaştığımda bu zorlukla başa çıkabiliyorum.
- (D) (Y) 37. Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor.
- (D) (Y) 38. Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım.

- (D) (Y) 39.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya,sohbet etmeye çalışırım.
- (D) (Y) 40.Onun, hastalığını abarttığını dűřünüyorum.
- (D) (Y) 41.Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.

EK E

Beck Depresyon Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....

Tarih:.....

Bu form son bir (1) hafta içerisinde kendinizi nasıl hissettiğinizi araştırmaya yönelik 21 maddeden oluşmaktadır. Her maddenin karşısındaki dört cevabı dikkatlice okuduktan sonra, size en çok uyan, yani sizin durumunuzu en iyi anlatanı işaretlemeniz gerekmektedir.

- 1 (0) Üzgün ve sıkıntılı değilim.
(1) Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
(2) Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
(3) O kadar üzgün ve sıkıntılıyım ki, artık dayanamıyorum.
- 2 (0) Gelecek hakkında umutsuz ve karamsar değilim.
(1) Gelecek için karamsarım.
(2) Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
(3) Gelecek hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3 (0) Kendimi başarısız biri olarak görmüyorum.
(1) Başkalarından daha başarısız olduğumu hissediyorum.
(2) Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğumu görüyorum.
(3) Kendimi tümüyle başarısız bir insan olarak görüyorum.
- 4 (0) Herşeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
(1) Birçok şeyden eskiden olduğu gibi zevk alamıyorum.
(2) Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
(3) Herşeyden sıkılıyorum.
- 5 (0) Kendimi herhangi bir biçimde suçlu hissetmiyorum.
(1) Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
(2) Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
(3) Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6 (0) Kendimden memnunum.
(1) Kendimden pek memnun değilim.
(2) Kendime kızgınım.
(3) Kendimden nefrete ediyorum.
- 7 (0) Başkalarından daha kötü olduğumu sanmıyorum.
(1) Hatalarım ve zayıf taraflarım olduğumu düşünmüyorum.
(2) Hatalarımdan dolayı kendimden utanıyorum.
(3) Herşeyi yanlış yapıyormuşum gibi geliyor ve hep kendimi kabahat buluyorum.
- 8 (0) Kendimi öldürmek gibi düşüncülerim yok.
(1) Kimi zaman kendimi öldürmeyi düşündüğüm oluyor ama yapmıyorum.
(2) Kendimi öldürmek isterdim.
(3) Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 9 (0) İçimden ağlamak geldiği pek olmuyor.
(1) Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
(2) Çoğu zaman ağlıyorum.
(3) Eskiden ağlayabilirdim ama şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 10 (0) Her zaman olduğumdan daha canı sıkın ve sinirli değilim.
(1) Eskisine oranla daha kolay canım sıkılıyor ve

- (2) kızıyorum.
(3) Herşey canımı sıkıyor ve kendimi hep sinirli hissediyorum.
(4) Canımı sıkan şeylere bile artık kızamıyorum.
- 11** (0) Başkalarıyla görüşme, konuşma isteğimi kaybetmedim.
(1) Eskisi kadar insanlarla birlikte olmak istemiyorum.
(2) Birileriyle görüşüp konuşmak hiç içimden gelmiyor.
(3) Artık çevremde hiçkimseyi istemiyorum.
- 12** (0) Karar verirken eskisinden fazla güçlük çekmiyorum.
(1) Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum.
(2) Eskiyeye kıyasla karar vermekte çok güçlük çekiyorum.
(3) Artık hiçbir konuda karar veremiyorum.
- 13** (0) Her zamankinden farklı görüldüğümü sanmıyorum.
(1) Aynada kendime her zamankinden kötü görünüyorum.
(2) Aynaya baktığımda kendimi yaşlanmış ve çirkinleşmiş buluyorum.
(3) Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 14** (0) Eskisi kadar iyi iş güç yapabiliyorum.
(1) Her zaman yaptığım işler şimdi gözümde büyüyor.
(2) Ufacık bir işi bile kendimi çok zorlayarak yapabiliyorum.
(3) Artık hiçbir iş yapamıyorum.
- 15** (0) Uykum her zamanki gibi.
(1) Eskisi gibi uyuyamıyorum.
(2) Her zamankinden 1-2
- saat önce uyanıyorum ve kolay kolay tekrar uykuya dalamıyorum.
(3) Sabahları çok erken uyanıyorum ve bir daha uyuyamıyorum.
- 16** (0) Kendimi her zamankinden yorgun hissetmiyorum.
(1) Eskiyeye oranla daha çabuk yoruluyorum.
(2) Her şey beni yoruyor.
(3) Kendimi hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun ve bitkin hissediyorum.
- 17** (0) İştahım her zamanki gibi.
(1) Eskisinden daha iştahsızım.
(2) İştahım çok azaldı.
(3) Hiçbir şey yiyemiyorum.
- 18** (0) Son zamanlarda zayıflamadım.
(1) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 2 Kg verdim.
(2) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 4 Kg verdim.
(3) Zayıflamaya çalışmadığım halde en az 6 Kg verdim.
- 19** (0) Sağlığım ile ilgili kaygılarım yok.
(1) Ağrılar, mide sancıları, kabızlık gibi şikayetlerim oluyor ve bunlar beni tasalandırıyor.
(2) Sağlığımın bozulmasından çok kaygılanıyorum ve kafamı başka şeylere vermekte zorlanıyorum.
(3) Sağlık durumum kafama o kadar takılıyor ki, başka hiçbir şey düşünemiyorum.
- 20** (0) Sekse karşı ilgimde herhangi bir değişiklik yok.
(1) Eskisine oranla sekse ilgim az.
(2) Cinsel isteğim çok azaldı.
(3) Hiç cinsel istek duymuyorum.
- 21** (0) Cezalandırılması gereken şeyler yapığımı sanmıyorum.
(1) Yaptıklarımın dolaylı cezalandırılabilceğimi düşünüyorum.
(2) Cezamı çekmeyi bekliyorum.
(3) sanki cezamı bulmuşum gibi geliyor.

Toplam BECK-A skoru:.....

EK F

Beck Anksiyete Ölçeği

Hastanın Soyadı, Adı:.....Tarih:.....

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin **BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR** sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde Hoş değildi ama katlanabildim	Ciddi düzeyde Dayanmakta çok zorlandım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karıncalanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Gevşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sinirlilik				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				

15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

designed by Emrah SONGUR M.D.

Özgeçmiş

Özde Algönül 29 Ağustos 1991 yılında Çanakkale’de doğdu. 2009 yılında girmiş olduğu İstanbul Üniversitesi Psikoloji bölümünde birçok konuda çalışmalar yaptı ve 2013 yılında onur öğrencisi olarak mezun oldu. 2010 ve 2012 yılları arasında Young Guru Academy (YGA)’ da görev alarak görme engellilerle çalıştı ve imkanı olmayan ilkokul/üniversite öğrencilerine eğitimler verdi. 2011 yılında Cerahpaşa Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Ana Bilim Dalı’nda stajını tamamladı. 2012 yılında Memorial Sağlık Grubu’nda insan kaynakları departmanında staj yaptı. 2013 yılında özel bir dershanede psikolog olarak görev aldı. 2013 ve 2016 yılları arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nde uzun dönemli stajını tamamladı. 2015 yılında Işık Üniversitesi Klinik Psikoloji Yetişkin Alt Alanı’na %25 burslu olarak kabul edildi. Alandaki eğitimlerine devam etmekte ve halen bir psikolojik danışmanlık merkezinde psikolog olarak çalışmaktadır.