



T.C.

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**RUH SAĞLIĞI BOZUK BİREYLERİN DIŞA VURULAN  
DUYGULANIM DÜZEYLERİ İLE PRİMER BAKIM  
VERİCİLERİNİN HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇ VE  
TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

BUSE GÖZDE EKER

HEMŞİRELİK ANA BİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi NİHAL SUNAL

İSTANBUL 2020

## İÇİNDEKİLER

<b>TEZ ONAYI</b> .....	i
<b>BEYAN</b> .....	ii
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	iii
<b>KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ</b> .....	iv
<b>ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ</b> .....	v
<b>1. ÖZET</b> .....	1
<b>2. ABSTRACT</b> .....	3
<b>3. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	5
<b>4. GENEL BİLGİLER</b> .....	8
4.1. Ruhsal Bozukluk .....	8
4.2. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar .....	9
4.2.1. Şizofreni Tanımı .....	9
4.2.2. Epidemiyoloji .....	10
4.2.3. Etyoloji .....	11
4.2.4. Şizofrenide Klinik Belirti, Bulgular ve Alt Tipleri.....	11
4.2.5. Tanı Kriterleri .....	12
4.2.6. Sağaltım .....	13
4.2.7. Gidiş ve Sonlanış .....	14
4.3. İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar .....	14
4.3.1. Bipolar Bozukluk ve Tanı Kriterleri.....	14
4.3.2. Epidemiyoloji .....	15
4.3.3. Etyoloji .....	16
4.3.4. Klinik Belirti ve Bulgular, Alt Tipleri .....	16
4.3.5. Sağaltım .....	16
4.3.6. Gidiş ve Sonlanış .....	17
4.4. Duygu Dışavurum Kavramı .....	18
4.4.1. Duygu Dışavurum Düzeyini Ölçen Testler .....	19

4.4.2.Şizofreni ve Bipolar Bozuklukta Duygu Dışavurumu, Aile ve Tedavi Katılımının Sağlanması .....	19
4.5. Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerde Bakım Veren Kavramı .....	21
4.6. İnanç ve Tutum Kavramları.....	22
4.7. Halk Sağlığının Bir Parçası Olarak Toplum Ruh Sağlığı.....	23
4.7.1. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri.....	24
4.7.2. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü.....	25
<b>5. METOT VE MATERYAL</b> .....	<b>28</b>
5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı.....	28
5.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme .....	28
5.3. Araştırma Soruları .....	29
5.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler .....	30
5.5. Araştırmanın Etik Yönleri .....	30
5.6. Veri Toplama Yöntemi.....	31
5.7. Verilerin Analizi.....	33
5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği .....	34
<b>6. BULGULAR</b> .....	<b>35</b>
6.1. Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri (Sosyodemografik Özellikleri, Tıbbi Tanıyı Bilme Durumu, Hastalık Tanısı ve Süresi, Hastane Yatışı ve Sayısı) İle İlgili Bulgular .....	36
6.2. Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özellikleri.....	38
6.3. Ruh Sağlığı Bozuk Bireyler ve Primer Bakım Vericilerinin Yanıtladığı Ölçek ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları.....	40
6.4. Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri İle Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması .....	41
6.5. Primer Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	43
6.6. Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği ile Primer Bakım Vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki .....	45
<b>7. TARTIŞMA</b> .....	<b>48</b>
<b>8. SONUÇ</b> .....	<b>56</b>

<b>9. KAYNAKLAR .....</b>	<b>59</b>
<b>10. EKLER.....</b>	<b>72</b>
<b>11. ETİK KURUL KARARI.....</b>	<b>87</b>
<b>12. ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>90</b>



## TEZ ONAYI

### TEZ ONAY FORMU

Kurum : İstanbul Medipol Üniversitesi  
Programın Seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )  
Anabilim Dalı : Hemşirelik  
Tez Sahibi : Buse Gözde EKER  
Tez Başlığı : Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım  
Düzeyleri İle Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa Yönelik İnanç  
ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi  
Sınav Yeri : İstanbul Medipol Üniversitesi Güney Yerleşkesi  
Sınav Tarihi : 24.12.2020

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve nitelik yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

<u>Danışman</u>	<u>Kurumu</u>	<u>İmza</u>
Dr.Öğr.Üyesi Nihal SUNAL	İstanbul Medipol Üniversitesi	
<u>Sınav Jüri Üyeleri</u>		
Dr.Öğr.Üyesi Nüvit ATAY	İstanbul Medipol Üniversitesi	
Prof.Dr. Seher Deniz ÖZTEKİN	İstanbul Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararıyla kabul edilen bu Yüksek Lisans tezi, Enstitü Yönetim Kurulu'nun ...../...../ ..... tarih ve ...../..... - ..... sayılı kararı ile şekil yönünden Tez Yazım Kılavuzuna uygun olduğu onaylanmıştır.

Prof.Dr. Neslin EMEKLİ

**Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdür V.**

## BEYAN

### BEYAN

Bu tez çalışmamın kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içerisinde elde ettiğimi, bu tez çalışması ile elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Buse Gözde Eker



## TEŞEKKÜR

Akademik ve mesleki olarak katkılarıyla yoluma ışık tutan değerli tez danıőmanım Sayın Dr. Öğr. Üyesi NİHAL SUNAL' a

Onlar olmasa bu çalışmanın ortaya çıkmayacağını bildiğimden, gönüllü olarak araőtırmama katılan ve sayelerinde birçok şey öğrendiğim değerli hastalarım ve yakınlarına

Tez sürecimde ihtiyacım olan kaynaklara ulaşabilmemde bilgisinden, kitaplarından ve desteğinden yararlandığım beraber çalışma fırsatı bulduğum Uzm. Dr. HALİL İBRAHİM BAYRAKTAR' a

Beraber çalıştığım sevgili TRSM ekibime

Uzmanlık dönemim boyunca bana her anlamda yardımcı olan donanımlı, mesleki bilgi ve becerilerini uygulamalara profesyonel olarak yansıtan kıymetli meslektaşlarım Hemşire SELİN KABTAN, Hemşire HÜLYA GÖÇMEN, Hemşire NURHAN RABİA ÇELİK'e

Özellikle pandemi döneminde ve her zaman bana manevi destek veren, benim can dostlarım, en değerli varlıklarım olan kedilerim SAKIZ ve SUSAM' a

Hayatımın her anında koşulsuz sevgiyle desteklerini esirgemeyen, hayatıma yön veren sevgili aileme sonsuz teşekkür ederim.

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

CAG: Camberwell Aile Görüşmesi

DD: Duygu Dışavurumu/Dışa Vurulan Duygulanım

DSM 5: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı

DVDD: Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi

DVDDÖ: Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği

LEE: Level of Expressed Emotion (duygu dışavurumu düzeyi)

RHYİÖ: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği

RSTTÖ: Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

WHO: Dünya Sağlık Örgütü



## ŞEKİL VE TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 6-1: Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n=90).....	36
Tablo 6-2: Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Tanıtıcı Özellikleri (n=90).....	38
Tablo 6-3: Ruh Sağlığı Bozuk Bireyler ve Primer Bakım Vericilerinin Ölçek ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=90).....	40
Tablo 6-4: Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=90).....	41
Tablo 6-5: Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=90).....	43
Tablo 6-6: Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği ile Primer Bakım Vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki(n=90).....	45

## 1. ÖZET

### **RUH SAĞLIĞI BOZUK BİREYLERİN DIŞA VURULAN DUYGULANIM DÜZEYLERİ İLE PRİMER BAKIM VERİCİLERİNİN HASTALIĞA YÖNELİK İNANÇ VE TUTUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİNİN BELİRLENMESİ**

Bu çalışma ruh sağlığı bozuk bireylerin dışa vurulan duygulanım düzeyleri ile primer bakım vericilerinin hastalığa yönelik inanç ve tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapıldı. Ekim 2019- Mart 2020 tarihlerinde bir devlet hastanesinin toplum ruh sağlığı merkezinde takip edilen ve araştırma kriterlerini karşılayan 90 hasta ve primer bakım vericileriyle gerçekleştirildi. Veriler bilgi formu, dışa vurulan duygulanım düzeyi ölçeği(DVDDÖ), ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ölçeği(RHYİÖ) ve ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği(RSTTÖ) kullanılarak toplandı. Verilerin analizinde SPSS 22 paket programı kullanılarak Kolmogorov Smirnov Testi, Mann Whitney-U Testi, Kruskal Wallis Analizi ve Spearman Korelasyon Analizi uygulandı. Çalışmaya katılan hastaların DVDDÖ puanı  $34,78 \pm 4,70$  olarak belirlenmiştir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60'tır. Buna göre toplam puanın orta düzey çıktığı sonucuna ulaşılabilir. Primer bakım vericilerin RHYİÖ puanı  $53,96 \pm 16,42$ , RSTTÖ puanı  $40,41 \pm 6,69$  olarak saptandı. Her iki ölçekten alınabilecek en yüksek puanın 105 olması üzerine inançların ve tutumların orta düzey olduğu görülmektedir. Araştırmada hastaların DVDD ile eğitim durumları, bakım vericilerin medeni durumları ile tutumları, eğitim düzeyleri ile de inançları arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Ruh sağlığı bozuk bireylerin DVDDÖ ile RHYİÖ ve RSTTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; DVDD puan ortalaması ile RHYİÖ ve RHYİÖ'nin Tehlikelilik ve Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutları arasında pozitif yönlü ilişki bulundu. Bakım verenlerin hastalarını tehlikeli görmesi, kişilerarası ilişkilerinde çaresizlik ve olumsuz inançlarının olması bireylerin dışavurulan duygulanımını arttıracaktır. DVDD'nin yüksek olması olumsuz bir gösterge olduğundan bu yönde pozitif bir ilişki beklenmektedir. DVDD ile inanç ve tutumlar arasında ilişki olduğunu söylemekle beraber daha fazla çalışmalarla ve örneklerle araştırmalar yapılmalıdır.

**Anahtar kelimeler:** Bakım Verici, Dışa Vurulan Duygulanım, İnanç, Ruhsal bozukluk, Tutum



## 2. ABSTRACT

### **DETERMINING THE RELATIONSHIP BETWEEN THE EXPRESSED EMOTION LEVELS OF INDIVIDUALS WITH MENTAL HEALTH DISORDER AND THE BELIEF AND ATTITUDE OF PRIMARY CAREGIVERS TOWARDS THE DISEAS**

This study was conducted in order to determine the relationship between the expressed emotion levels of mentally ill individuals and the beliefs and attitudes of primary caregivers towards the disease. This study was conducted with 90 patients and primary caregivers who were followed up in the community mental health center of a state hospital between October 2019 and March 2020 and these patients also met the research criteria. The data were collected using the information form, the level of expressed emotion scale (LEE), the beliefs towards mental illness scale (BMI), and the attitudes scale towards individuals with mental problems (RSTTÖ). For the analysis of the data, Kolmogorov Smirnov Test, Mann Whitney-U Test, Kruskal Wallis Analysis and Spearman Correlation Analysis were applied using the SPSS 22 package program. The LEE score of the patients participating in the study was determined as  $34.78 \pm 4.70$ . The highest score that can be obtained from the scale is 60. According to this calculation, it can be concluded that the total score is at medium-level. The BMI score of primary caregivers was determined as  $53.96 \pm 16.42$  and RSTTÖ score was determined as  $40.41 \pm 6.69$ . Taking into consideration that the highest score which can be obtained from both scales is 105, the beliefs and attitudes are considered as medium level. In this study, significant relationships between the LEE and education status of the patients ; the remarital status and attitudes of the caregivers; education levels and beliefs of caregivers were found.

When the relationship between point averages of LEE and BMI and RSTTÖ of individuals with mental ill health is examined, a positive correlation has been found between the average LEE score and the Dangerousness and Helplessness and Deterioration in Interpersonal Relations sub-dimensions of BMI and BMI. Caregivers' considering their patients as dangerous, despair and negative beliefs in interpersonal relationships will increase the emotions expressed by individuals.

Considering that high LEE is a negative indicator, a positive relationship is expected in this direction. As a result it is stated that there is a relationship between LEE and beliefs and attitudes; however, more studies with more samples should be conducted.

**Keywords:** Attitude, Belief, Caregiver, Expressed Emotion , Mental Disorder



### 3. GİRİŞ VE AMAÇ

Toplumda yaygın olarak görülen psikiyatrik hastalıklar, kronik seyirli ve yeti yitimine sebep olan hastalıklardır. (1) Ruhsal hastalık, kişide duygu, düşünce ve davranışlarda tutarsız olma, yetersizlik ve uygunsuzlukların olduğu bir bozukluktur. (2) Küresel olarak herhangi bir zaman dilimi içerisinde 450 milyon insanın ruhsal bozukluklardan etkilendiği bildirilmektedir. (3) Dünya Sağlık Örgütü'nün yapmış olduğu Global Ruh Sağlığı araştırmasının sonuçlarına göre, ruh sağlığı bozukluğunun sıklığı dünyada %18-36 arasında değişmektedir. (4) Dünyada görüldüğü gibi ülkemizde de hastalık yükü açısından ilk sıralarda yer alan ruhsal bozukluklar; topluma, aileye ve bireye en çok kayıplar yaşatan, korkuların, ön yargıların ve bilgisizliğin en çok görüldüğü rahatsızlıklardır. (5)

Ruh sağlığı alanında duyguların ifadesi ve bunlarla baş etme oldukça büyük role sahiptir. İhtiyaçlarımızı ve beklentilerimizi karşdakine aktarmanın bir yoludur ve kişilerarası ilişkilerin kilit noktalarına işaret eder. (6)

Dışa vurulan duygulanım, kişinin duygusal deneyimlerini açık ve gözle görülebilir bir biçimde sözel veya sözel olmayan yollarla/kanallarla ifade etmesidir. Duyguya eşlik eden davranıştaki değişiklikler olarak da adlandırılır. (7) Dışa vurulan duygulanım düzeyi ölçeği(LEE) hasta birey için önemli olan kişi ile hasta bireyin arasındaki duygusal havayı anlamak ve bu ilişkinin birtakım özelliklerini derecelendiren bir ölçektir. (8) Birçok yapılan çalışmada dışa vurulan duygulanımın obsesif kompulsif bozukluk, şizofreni, depresyon, epilepsi, astım, yeme bozuklukları ve diyabet gibi fizyolojik ve psikolojik bazı hastalıklar ile ilişki durumuna bakılmıştır. (9)

Ruh sağlığı hizmetlerinin sunulmasına yönelik çağdaş modeller toplum temelli tedaviye ve uzun süren hospitalizasyonun önlenmesine önem vermektedir. Ruhsal bozukluğu olan bireylerin %10'u uzun vadeli olarak bakıma ihtiyaç duymakta ve bu bireylerin birçoğu aileleri ile yaşamaktadır. Toplum temelli anlayışın getirisi olarak, hasta bireyi kendi ortamında ve yaşadığı toplum içinde tedavi etme yaklaşımı benimsenmiştir. Bu nedenle hasta yakınlarının sorumlulukları artarak primer bakım verici konumuna gelmişlerdir. (10) Bakım veren kavramı ile kast edilmek istenen

hasta birey ile en çok vakit geçiren, hastanın ihtiyaçlarını karşılayarak bakım ve sorumluluğunu ailede olan diğer üyelere göre en fazla üstlenmiş kişidir. (11) Ruh sağlığı bozuk olan hastalar çevrelerine ve içinde yaşadıkları topluma ciddi bir yük oluşturmaktadır ve bu yük gerekli desteği sağlayan aile üyelerine düşmektedir.( 3) Yük olarak ifade edilmek istenen kişinin akıl hastalığının ailedeki tüm bireyler üzerindeki etkisidir. (12)

İnanç, belirlenen bir konu üzerindeki düşüncenin kabul görülerek sabitleşmesi ve bu düşüncenin yerleşik bir kanı oluşturmasıdır. Tutum, kişinin fikirlere, nesnelere, kişiye ya da duruma ilişkin duygu, düşünce ve davranışlarını organize eden eğilimdir. Özgün tepki verme eğilimi olan tutumlar zaman içerisinde değişiklik gösterebilirler. (2)

Ruhsal bozukluklara yönelik farklı inanç ve tutumlar geçmişten beri söz konusu olmakta ve etkilerini göstermektedir. Toplumdaki kişiler arasında ruhsal bozukluklara ilişkin inanç ve tutumlar arasında da birtakım farklılıklar bulunmaktadır. Ruhsal bozukluk sadece biyolojik temellerden etkilenmez, toplumsal yapıdaki farklı etkilerden de etkilenmektedir. (13) Ruh sağlığı alanında çalışan profesyonellerden önce bireyi kendisi ile beraber ailesi ve yakın arkadaş çevresi ruhsal bozukluğun öncü belirtileri ile karşılaşır. (14) Ailenin hastaya yönelik olumsuz tutumlarını etkileyen birçok faktör vardır. Toplumsal yapıyı oluşturan bireylerin olduğu kadar aile bireylerinin de psikopatolojilere yönelik inançları ve tutumları vardır. Mevcut hastalığın prognozu, maddi imkanlar, hastanın bireyde ve ailede yarattığı kısıtlılıklar ve olumsuz etkiler nedeni ile bakım vericiler bir yük olarak algılamaktadırlar. (11)

Ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin toplumdaki konumları dışlanmaları ya da kabul görmeleri en başta primer bakım vericileri olmak üzere toplumun hastalığa bakış açısı ile doğrudan ilişkilidir. Örneğin bu hastalar çevreye zarar verebilecekleri ve saldırgan oldukları çoğunlukla düşünülüyorsa toplumdan uzak ve izole bir şekilde yaşamlarını sürdüreceklerdir. Dolayısı ile bu şekilde bir bakış açısı ve tutumlar tedavi uyumunu ve prognozu etkileyecektir. (14) Bu olumsuz inanç ve tutumların sonucu olarak damgala(n)maların yaşandığı bildirilmektedir. Hem bakım vericiler hem de hasta birey, sağlık yardımı arama davranışları göstermeyip toplumdan uzak

bir yaşamı tercih etmektedirler. (15) Bu nedenle toplumun ve bakım vericilerin, ruhsal bozukluğa sahip olan bireylere ilişkin inanç ve tutumları hakkında elde edilen bilgiler, bu alanda yapılacak olan bilimsel çalışmalara ve bu hastalıkların tedavisine önemli ve faydalı katkılar sağlayacaktır. (13)

Bu bilgilerden yola çıkılarak ‘‘Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyleri İle Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa Yönelik İnanç Ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi’’ amaçlandı.





## 4. GENEL BİLGİLER

### 4.1. Ruhsal Bozukluk

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre (WHO, 2000), 'Sağlık; bedensel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik halidir. Ruhsal sağlık ise bireyin kendisi ve çevresi ile bir denge ve uyum içerisinde olmasıdır. Birey yaşadığı çevre içerisinde verimli ve işlevsel ise ruhsal açıdan sağlıklı bir bireydir. (16)

Kişinin biliş, duygu ve davranışlarında klinik olarak belirgin bir şekilde bozulma yaşaması ruhsal bozukluk olarak adlandırılmaktadır. Genellikle ruhsal bozukluklarda öncü bir semptom bulunur veya aile, toplum, meslek gibi işlevsellik alanlarında yetersiz olma durumu söz konusudur. (17) Ruhsal bozukluklar genel olarak anormal düşüncelerin, duyguların, algıların, davranışların ve kişilerarası ilişkilerin farklı kombinasyonları ile karakterize edilirler. Dünya Sağlık Örgütü tarafından bipolar bozukluk, şizofreni ve diğer psikozlar, depresyon, demans ve otizm dahil gelişimsel bozukluklardan ruhsal bozukluk olarak bahsedilmektedir. (18)

Dünya Sağlık Örgütü ruhsal hastalıkların yükünün, dünya genelinde ciddi etkiler ile artmaya devam ettiğini ve 300 milyon kişinin depresyon, 60 milyon kişinin bipolar bozukluk ve 23 milyon kişinin şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarla mücadele ettiğini bildirmektedir. (WHO 2017). 1998 yılında Türkiye'de yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili Çalışması'nın sonuçlarına göre ruhsal bozukluk sıklığı; erişkinlerde %18, çocuk ve ergenlerde %11 olarak belirlenmiştir. (19) Türkiye geneli için prevalans bildiren 1998'de yapılan bu çalışmadan sonra Türkiye Ruh Sağlığı Profili-2 çalışması hazırlık aşamasındadır.

Ruhsal bozukluğu olan bireyler yaşamlarını üretkenlikten yoksun, huzursuz ve mutsuz bir şekilde geçirmektedirler. Ayrıca duygu, düşünce ve bilişsel yetilerin bozulması ile ekonomik ve sosyal kayıplar da yaşamaktadırlar. (20) Ruhsal bozuklukların getirmiş olduğu yük tüm dünya ülkelerinde sağlık hakları, insan hakları, temel sosyal haklar ve ekonomik sonuçlar üzerindeki etkiler ile artmaya devam etmektedir. (21) Köroğlu ve Hoccoğlu, 2017 kronik ruhsal bozuklukları

önemli bir toplum sağlığı sorunu olarak belirtmiştir ve bu bozukluklar arasında en sık görülenler iki uçlu duygulanım bozuklukları ve şizofrenidir. (22)

Dünya genelinde ve Türkiye’de prevalansı yüksek psikiyatrik hastalıklar içerisinde yer alan şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar daha ayrıntılı biçimde aşağıda açıklanacaktır.

## **4.2. Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar**

### **4.2.1. Şizofreni Tanımı**

Şizofreni hezeyanların, halüsinasyonların, dağınık konuşmanın ve davranışların olduğu, öz bakım ve kişinin işlevselliğinde bozulmalarla kendisini gösteren bir psikotik bozukluktur. (23) Hastanın gerçeklikle temasını kaybettiği kronik bir psikoz olan şizofrenide; etkilenen bireylerde sosyal işlevsellik kaybı olur. (12) Duygu, düşünme, davranış, algı ve biliş alanlarında farklılaşmaları içeren şizofreninin belirti ve bulguları çeşitlidir. Belirtilerin ortaya çıkma şekli bireyler arasında farklılık gösterir. Ruhsal bozukluklar arasında en yaygın görülenlerden birisidir. Hastalığın etkisi ciddidir, sıklıkla hastane yatışı gerektirir ve genellikle uzun bir seyir gösterir. (24)

Kocal ve arkadaşları (2017) şizofreniyi etiyojisi henüz tam olarak belirlenmemiş ve büyük oranda yeti yitimine yol açan toplum sağlığı sorunu olarak tanımlamaktadır. (25) Genellikle hastalık 25 yaşından önce başlangıç gösterir. Sosyal sınıflardaki bütün insanlarda görülmekle birlikte yaşam boyu devam eder. Şizofreninin tanısı ruhsal durum muayenesi ve alınan psikiyatrik anamnez ile konulabilir. Laboratuvar bulgusu ile tanı konulamaz. (26)

DSM-5’in tanımına göre şizofreni açılımı kapsamında ve psikoz ile giden diğer bozukluklar; şizotipal(şizotürü) kişilik bozukluğu, şizofrenimsi bozukluk, şizofreni, kısa psikoz bozukluğu, şizoaffektif(şizoduygulanımsal) bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı psikoz bozukluğu, maddenin/ilacın yol açtığı psikoz bozukluğu,

başka bir ruhsal bozukluğa eşlik eden katatoni, tanımlanmamış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikoza giden diğer bozukluk olarak sınıflandırılmıştır. (113)

#### **4.2.2. Epidemiyoloji**

Şizofreni tüm toplumlarda ve dünyada sıklıkla görülmesine rağmen sıklık ve yaygınlık konusunda veriler değişkenlik gösterir. Yapılan çalışmalar şizofreninin insidansının %1 ve yaşam boyu sıklığının %1,5 olduğunu göstermektedir. (27) Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün desteklediği Epidemiyolojik Yakalama Alanı çalışmasında yaşam boyu görülen şizofreni prevalansı %0.6 ile %1.9 olarak bildirilmiştir. (28) Avrupa ve Asya ülkelerinde sıklık %0.85; A.B.D.' de ise %1.5 yaşam boyu prevalansı gösterdiği bildirilmiştir. (25) Binbay ve arkadaşları ise Türkiye'de şizofreninin epidemiyolojik araştırma sayısının oldukça düşük olduğunu bildirmiştir. Türkiye'de şizofreni Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre, yaşam boyu yeti yitimine sebep olan hastalıklar arasında 9. Sıradadır. (29)

Şizofreni gelişmiş olan ülkelere göre kötü prognoz gösterdiği bildirilmektedir. Gelişmiş ülkelerin kent merkezleri ile kırsal kesim karşılaştırıldığında ise şizofreni riski kent merkezlerinde 2-4 kat daha fazladır. (30) Eskiden kadın ile erkek arasında sıklık ve yaygınlık açısından önemli bir fark görülmediği düşünülür iken son yıllarda erkeklerde daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Bununla birlikte kadınların başlangıç yaşı daha geç ve genellikle erkeklere göre daha iyi bir prognoz göstermektedir. (30) Hastalığın başlangıcı erkeklerde kadınlara göre daha hızlı ortaya çıkar. (28) Türkiye'de şizofreninin kadınlarda ortalama başlangıç yaşı 25.1, erkeklerde ise 23.1 olduğunu belirtmiştir. (31) Şizofreninin başlangıcının 10 yaş öncesi ve 45 yaş sonrasında olmasının nadir bir durum olduğunu bildirilmiştir. (25) 45 yaş sonrası başlangıç da geç başlangıçlı şizofreni olarak adlandırılmaktadır. Kadın hastalarda erkek hastalara göre geç başlangıç daha yüksek oranda görülüp, erken başlangıçlı olan olgulara göre daha iyi tedavi yanıtı ve prognoz, daha fazla pozitif belirti ve daha az yıkım görülmektedir. (32) Sosyoekonomik düzeyi düşük olan ve medeni durumu bekar olanlarda şizofreni insidansının arttığı gösterilmektedir. (33) Cinsiyet ve yaş, tıbbi hastalık, doğumsal

etkenler, enfeksiyon ve doğum tarihi, madde kötüye kullanımı, nüfus yoğunluğu, sosyoekonomik ve kültürel etkenler ise risk faktörleri arasında gösterilmektedir. (24)

#### **4.2.3. Etiyoloji**

Şizofreninin etiyolojisi ve patofizyolojisi günümüzde tam anlamı ile aydınlatılmış bir kavram değildir. (28) Yapılan birçok çalışma şizofreninin nedenlerini anlamak için yapılmış olsa da etiyojisini açıklayamamaktadır. (34) Hastalığın farklı fenotiplerinin genetik yatkınlık ve çevresel faktörler de olmak üzere birçok etkenden kaynaklandığı belirtilmektedir. (35) İleri sürülen diğer etkenlerden bazıları ise; stresli yaşam olayı sonrası gelişen hastalık belirtileri, çocuklukta maruz kalınmış fiziksel ve cinsel istismar, hamilelikte annenin geçirdiği enfeksiyonlar, travmatik yaşam olayları, anne karnında hipoksi gelişmesine sebep olabilecek olaylar, çeşitli bazı hormonların (dopamin, glutamat, östrojen, serotonin, gama aminobütirik asit(GABA),) vücuttaki değişimleri, beyindeki beyaz ve gri madde hacminin değişimleri şeklinde belirtilmektedir. (36) Madde bağımlılığı ile şizofreni tanısı alma arasında da anlamlı bir ilişkiden söz edilmiştir. (37) Patel ve arkadaşları ayrıca; etnik kökenin azınlıkta olması, kent yaşamı ve sosyal izolasyonun da şizofreniye bağlı çevresel stres faktörleri olduğunu bildirmiştir. (35)

#### **4.2.4. Şizofrenide Klinik Belirti, Bulgular ve Alt Tipleri**

Şizofreni hastaları etrafındaki çevreyi ve dünyayı farklı algılar. Mevcut uyaranlar dışında kendilerinin algıladıkları olmayan görüntüler, sesler, kokular, hayaller vb. vardır. Hastalığın ortaya çıkışı değişik şekillerde olabilir. Bazılarında ani başlangıçlı olabileceği gibi çoğunda yavaş ve sinsi gelişir. Yavaş ilerleme gösteren şizofrenide başlangıçta dikkati toplamada zorluk, topluma karşı ilgide azalma, öz bakımda bozulma, dini uğraşlarda artış gibi belirtiler görülebilir. Bu belirtilerin başlangıçta belirgin olmayışı genellikle başka bazı psikiyatrik hastalıklarla karıştırılmasına neden olur. Bu başlangıç belirtilerinden sonra hastalık tüm belirtileri ile ortaya çıkar. Dezorganize davranış ve konuşmalar sergilemeye, var olmayan sesler duyma ve hayal görmeye başlarlar. Bazı kişilerde değişik pozisyonlarda uzun süre hareketsiz kalma, aşırı hareketlilik veya hiç hareket etmeme görülebilir. Hızlı seyir gösteren

şizofrenide bu belirtilerin çoğu birlikte meydana gelir. Belirtilerin ortaya çıkışı ve türü hastadan hastaya değişiklik gösterir ve bu seyir hafif veya şiddetli semptomlar şeklinde olabilir. Pozitif ve negatif belirtiler olmak üzere olmak üzere şizofreni belirtileri 2 başlığa ayrılır.

Pozitif belirtiler; halüsinasyonlar(varsanı), hezeyanlar(sanrı), dağınık düşünceler, katatoni, dezorganize davranış ve konuşma belirtilerinden oluşmaktadır. Negatif belirtiler; çevre ile anormal derecede ilgisizlik(apati), anhedoni, sığ affekt, aloji, avolüsyon, sosyal etkileşim kuramama belirtilerinden oluşmaktadır. Konsantrasyon ve hatırlamada zorluk, dikkat eksikliği, düşünce süreçlerinde yavaşlama, iç görü eksikliği de şizofreninin kognitif belirtileri arasında sayılabilir. (38)

Şizofreninin alt türleri DSM-IV ve ICD-10 da sınıflandırma dizgelerinde baskın olan belirtilere göre paranoid, dağınık(hebefrenik, dezorganize), ayrışmayan ve katatonik tür olarak tanımlanmıştır. DSM 5 de bu alt türlere; güvenilirliklerinin ve geçerliklerinin düşük olması, zaman içinde değişime uğramaları, hastalığın seyrini yordamadaki değerlerin sınırlı olması, ailevi olmaması gerekçeleri ile yer verilmemiştir. Katatoni belirtileri eşlik ediyorsa, katatoni tanısı belirleyici olarak eklenebilmektedir. (30)

#### **4.2.5. Tanı Kriterleri**

2014 yılında yayınlanmış DSM-5'in "Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikoza Giden Diğer Bozukluklar" başlığı altında yer alan 295.90 (F20.9) kodlu şizofreni tanı kriterlerine Tablo 2'de yer verilmiştir. (39)

**Tablo 2. DSM-5 Şizofreni Tanı Kriterleri**

- A.** Aşağıdaki belirtilerden ikisinden (ya da daha çoğundan) her biri, bir aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir sürenin önemli bir kesiminde bulunur. Bunlardan en az birinin (1), (2) ya da (3) olması gerekir.
1. Sanrılar.
  2. Varsanılar.
  3. Darmadağın konuşma (örn. sık sık konudan sapma gösterme ya da anlaşılmas konuşma).
  4. İleri derecede dağınık davranış ya da katatoni davranışı.
  5. Silik (negatif) belirtiler (duygusal katılımda azalma ya da kalkışmama).
- B.** Bu bozukluğun başlangıcında beri geçen zamanın önemli bir kesiminde, iş, kişilerarası ilişkiler ya da kendine bakım gibi, bir ya da birden çok ana alanda işlevsellik düzeyi, bu

bozukluğun başlangıcından önce erişilen düzeyin belirgin olarak altındadır (ya da çocukluk ya da ergenlikte başlamışsa, kişilerarası, okulda ya da işle ilgili işlevsellik, erişilmesi beklenen düzeye erişemez).

**C.** Bu bozukluğun süregiden bulguları en az altı ay sürer. Bu altı aylık evre, A tanı ölçütünü karşılayan, en az altı aylık (ya da başarıyla tedavi edilmişse daha kısa süreli) belirtileri (açık evre belirtilerini) kapsamalıdır ve ön (prodromal) ve artakalan (rezidüel) belirti evrelerini kapsayabilir. Bu bozukluk, ön ya da artakalan evreleri sırasında, yalnızca silik (negatif) belirtilerle ya da bu hastalığın A tanı ölçütünde sıralanan iki ya da daha çok belirtinin eşikaltı biçimleriyle (örn. yadırganacak denli olağana aykırı inançlar, olağandışı algısal yaşantılar) kendini gösterebilir.

**D.** Şizoduygulanımsal (şizoaffektif) bozukluk ya da psikoz özellikleri gösteren depresyon bozukluğu ya da ikiüçlü (bipolar) bozukluk dışlanır, çünkü ya 1) açık evre belirtileriyle eşzamanlı olarak yeğin (majör) depresyon ya da mani dönemleri ortaya çıkmamıştır ya da 2) açık evre belirtilerinin olduğu sırada duygudurum dönemleri ortaya çıkmışsa bile, bunlar hastalığın açık ve artakalan dönemlerinin toplam süresinin az bir kesiminde bulunmuştur.

**E.** Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

**F.** Otizm açılımı kapsamında bir bozukluk ya da çocuklukta başlayan bir iletişim bozukluğu öyküsü varsa, şizofreni tanısı konabilmesi için gerekli diğer belirtilerin yanı sıra belirgin sanrılar ya da varsanılar da en az bir aylık (başarıyla tedavi edilmişse daha kısa) bir süreyle varsa, ayrıca şizofreni tanısı da konur.

#### 4.2.6. Sağaltım

Şizofreninin tedavisinde antipsikotikler tedavi sürecinin en güçlü parçasıdır. Yapılan araştırmalar psikososyal girişimlerin de klinik iyileşme üzerine katkı sağladığını göstermektedir. Farmakolojik yöntemler kimyasal dengesizlikleri tedavi etmek için kullanılırken, non-farmakolojik yöntemlerle biyolojik olmayan problemler ele alınmalıdır. Sadece terapötik yaklaşımlarla karmaşık bir bozukluk olan şizofreninin tedavisi yetersiz kalabilmektedir. Psikososyal müdahaleler ilaçlı tedavi ile bütünleştirilerek desteklenmelidir. Antipsikotik tedavi psikososyal müdahalelerle

desteklendiğinde şizofreni hastaları tedaviden daha fazla fayda görmektedir. EKT ve psikocerrahi gibi biyolojik tedavilerin yanında psikososyal terapiler, sosyal beceri eğitimi, aile yönelimli terapiler, olgu yönetimi, toplum içinde tedavi, grup terapisi, bilişsel davranışçı terapi , bireysel psikoterapi, kişisel terapi, diyalektik davranış terapisi, uğraşı terapisi, sanat terapisi, bilişsel eğitim gibi diğer tedavi yöntemleri de kullanılmaktadır. (24)

#### **4.2.7. Gidiş ve Sonlanış**

Şizofreni prognozu değişiklik gösteren genellikle kronik ve kişide yeti yitimine yol açan bir ruhsal bozukluktur. Hasta gruplarında uzun süreli gözlem sonucunda %60'nın tam olarak ya da belirgin düzeyde iyileşme gösterdiği, geriye kalan gruplarda anlamlı düzelme görülmediği bildirilmektedir. İntihar, erken ölüm ve fiziksel hastalık riskinin artmasına yol açan şizofreni de hastaların yaşam ortalaması yaklaşık 10 yıl kadar azalmıştır. Buna rağmen hastalık devamlı olarak kötüleşmemekte, yaklaşık 5 yıl sonra bir plato çizerek seyir göstermektedir. (38)

### **4.3. İki Uçlu (Bipolar) ve İlişkili Bozukluklar**

#### **4.3.1. Bipolar Bozukluk ve Tanı Kriterleri**

Bipolar bozukluk kişinin derin çöküntü veya aşırı coşkulu hissetmesine neden olan, duygu durum dalgalanmalarının çok düştüğü ya da çok yükseliş gösterdiği, beyin fonksiyonlarını etkileyen tıbbi bir bozukluktur. (40) Toplum içinde olumsuz etkiler meydana getirerek bireyin mesleki, sosyal ve aile yaşantısında yıkıma neden olur. (41)

Bipolar bozukluğu olan hastaların işlevselliklerindeki bozulma, belirtilerin aktif olduğu dönemler haricinde remisyon dönemi boyunca da görülebilir. (42) Genellikle duygu durum belirtilerinin başlangıcından kesin tanıya kadar yaklaşık 10 yıllık bir gecikme görülür ve bu da tedavi için kötü sonuç riskini arttırmaktadır. Bu nedenle tanı ve erken tedavi, olumlu psikososyal sonuçlar açısından önemlidir. (43) Bipolar

bozukluğun temel özelliği bir veya birden fazla manik epizodun varlığıdır. Hastalık, yaşam boyu relaps ve remisyonlar ile seyreder. (44)

Bipolar I bozukluk, ismi daha önceden bipolar bozukluk olarak bilinen, prognozu boyunca bir dizi mani belirtilerinin görüldüğü sendromla eş anlamlıdır. Bipolar II bozukluğun tanı ölçütleri ise prognoz boyunca hipomanik ve depresif dönemler ile karakterizedir. Bipolar I bozukluğun DSM-5 tanı ölçütleri en az 1 hafta süren anormal bir duygu durum dönemini içerir. Tek bir mani dönemi için ve yineleyici dönemlerde son dönem belirtilerine dayanılarak, ayrı bipolar I bozukluk tanımları içerir. Bipolar II bozukluk için gerekli tanı ölçütleri; sıklığı, şiddeti ve hipomani belirtilerinin süresini tanımlar. Hekimler kronik depresyonu olan hastada ötimik dönem ile hipomanik dönemi birbirinden ayırmada zorluk yaşayabilir. Bipolar I bozuklukta görülen antidepresana bağlı gelişen hipomani dönemlerinde de bipolar II bozukluğu tanısı konmaz. (45)

#### **4.3.2. Epidemiyoloji**

Yakın zamana kadar bipolar bozukluk için yaşam boyu hastalanma oranı %1 olarak kabul edilmekteydi. Bipolar bozuklukta sıklık kadınlar için 7,4-30/100.000; erkeklerde 9-15/100.000' dir. ABD'deki Epidemiyolojik Alan Çalışmasının(ECA) verilerine göre bipolar I için yaşam boyu yaygınlık oranı%8, bipolar II için %0.5'tir. Son yıllarda yapılan bipolar I ve bipolar II bozukluğu da içine alan çalışmalar %5'e kadar yükseliş gösteren yaşam boyu sıklık oranlarını vermektedir. (46)

Hastalığın toplumda giderek yaygınlık göstermesi koruyucu ruh sağlığı hizmetlerinin arttırılmasını zorunlu kılmaktadır. (47) Hastalık genellikle 20 yaşlarında başlar. Belirtilerin başlangıcı ile doktora ilk başvuru ya da hospitalizasyon(hastane yatışı) arasında ortalama 5 yıl kadar bir süre gösterilmektedir. (46) Küçük bir hasta grubunda 50'li yaşlarda başladığı bildirilmiştir. (48) Gültekin ve arkadaşları kişinin yaşadığı çevrenin hastalığın yaygınlığı ve prognozu ile ilişkili olduğunu, kentsel alanda kırsal alandan daha yüksek ve yerleşim yerinin hastalığın tekrarlamalarının öncülerinden biri olarak bildirmiştir. (49) Bipolar bozuklukların yüksek sosyoekonomik düzeydeki kişilerde daha sık görülmekte olduğu bildirilmiş; ırklar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. (46)



### 4.3.3. Etyoloji

Biyolojik ve psikososyal faktörler birbirleri ile etkileşime girerek duygu durum bozukluklarına sebep olurlar. Hastalığın başlangıç dönemlerinde hem mani hem de çökkünlük dönemlerinin ortaya çıkmasında psikososyal faktörlerin etkisi olduğu görülür. Fakat hastalık zamanla ilerledikçe duygu durum dönemleri psikososyal faktörlerin etkisi olmaksızın kendiliğinden ortaya çıkabilmektedir. Mani dönemlerinde ve tekrarlayan çökkünlüklerde biyolojik faktörlerin daha büyük etkisi olduğu kabul edilmektedir. (46)

### 4.3.4. Klinik Belirti ve Bulgular, Alt Tipleri

Duygu durum bozukluklarının iki temel belirtisi mani ve depresyondur. Depresif dönemler hem bipolar I bozuklukta hem de majör depresif bozukluklarda ortaya çıkabilir. Yapılan araştırmalar sonucu majör depresif bozukluğun dönemleri ile bipolar I bozukluğun depresif dönemleri arasında güvenilir ve anlamlı farklar bulunamamıştır. Bu ikisini birbirinden ayırt etmeye hasta öyküsü, ailenin öyküsü ve gelecekteki prognoz birbirinden ayırt etmede işe yarayabilir. Bipolar I bozukluk hastalarında depresif ve manik belirtilerin ikisinin birden görüldüğü karma tablolar olabilir. Bipolar II bozuklukta klinik özellik; majör depresif bozukluğa ilave olarak hipomanik dönemi içerir. Fazla veri olmamakla birlikte bipolar II'nin bipolar I bozukluğa göre daha erken yaş başlangıcı gösterdiği bildirilmiştir. (50)

DSM-5'te Bipolar(iki uçlu) ve ilişkili bozukluklar; bipolar(iki uçlu) I bozukluğu, bipolar(iki uçlu) II bozukluğu, siklotimik bozukluk, maddenin/ilacın yol açtığı bipolar(iki uçlu) ve ilişkili bozukluk, başka bir sağlık durumuna bağlı bipolar(iki uçlu) ve ilişkili bozukluk, tanımlanmış diğer bir bipolar(iki uçlu) ve ilişkili bozukluk, tanımlanmamış bipolar(iki uçlu) ve ilişkili bozukluk, olarak sınıflandırılmıştır. (51)

### 4.3.5. Sağaltım

Duygu durum bozukluğuna sahip hastalarda tedavi birden fazla hedefe yönelik olmalıdır. İlk olarak hastanın güvenliği sağlanmalı ve hasta tam anlamı ile tanınmış değerlendirilmeden geçirilmelidir. Sadece akut ve acil belirtiler için değil uzun vadede

hastanın iyilik halini sağlayabilecek tedavi planlanmalıdır. Güncel tedavi yaklaşımlarında psikoterapi ve farmakoterapi vurgusu yapılırsa da hastanın stresli yaşam olayları da nükslerdeki artışla ilişkilidir. Bu sebeple tedavi planı oluşturulurken hastanın yaşamındaki stresörlerin şiddeti ve sayısı da dikkate alınmalıdır. (50)

**Farmakoterapi** de; duygu durum dengeleyiciler, antikonvülzanlar, antipsikotikler, benzodiazepinler kullanılır.

**Elektrokonvulsif terapi**; yemek yemeyi reddeden, dehidratasyonu ve saldırganlığı olan hastalarda etkili bir yöntem olarak kullanılmaktadır.

**Psikoterapi**; hastanın huzursuzluğunu azaltarak işbirliğini arttırmak ve relapsların frekansını düşürmede kullanılır. Psikodinamik, bilişsel ve davranışsal terapiler bireysel terapi olarak uygulanabilir. Grup, evlilik ve aile terapileri de ihtiyaçlara göre seçilebilir. (44)

#### **4.3.6. Gidiş ve Sonlanış**

Duygu durum bozukluklarında gidiş ve sonlanış için yapılan araştırmalarda, genellikle uzun süreli seyir gösterdiği ve nüks oranının yüksek olduğu belirlenmiştir. Duygu durum bozuklukları şizofreniye göre iyi huylu kabul edilmiş olsalar bile, etkilenen hasta gruplarından götürüleri fazladır. (50)

İki uçlu bozukluk tek uçlu bozukluğa göre daha erken yaş başlangıcı gösterdiği bilinmektedir. Genç yaşta başlamış iki uçlu bozuklukta, hastalığın ilk döneminden sonra yıllarca hastalanmayabilir. Orta ve geç yaşlarda başlayanlarda ise duygu durum dönemlerinin arası daha kısadır. 50 yaşın üstünde hastalık başlangıç gösterirse genellikle somatik hastalıkların da eşlik ettiği bildirilmiştir. İki uçlu bozukluğa sahip hastaların iyilik dönemlerinde belirgin bir rahatsızlığın belirtisi bulunmaz. Hastalar genellikle iyi kötü normal bir uyum sergilerler. Bu hastalarının büyük bir kısmına başka bir ruhsal hastalık da eşlik eder. Başka bir tanımla ek tanı oldukça yaygınlık gösterir. En yaygın görülenler madde kullanım bozuklukları ve bunaltı bozukluklarıdır. Başka bir ek tanı olarak bedensel hastalıklar ile de sık karşılaşılmaktadır. En sık görülenler; obezite, tiroid hastalıkları, migren,

kardiyovasküler hastalıklar ve tip II diyabettir. İki uçlu bozukluk hastalarının yaşam süresi beklenenden kısadır. İsveç'te yapılan ulusal bir çalışmada erkek ölüm sebepleri arasında; diyabet, kronik obstrüktif akciğer hastalığı, kalp ve damar hastalıkları, pnömoni ya da grip, öz kıyım ve kazalar yer almaktadır. (46)

#### 4.4. Duygu Dışavurum Kavramı

Gün içerisinde pek çok yaşadığımız duygunun deneyimi sonrasında ortaya çıkan tepkiler "duygu dışavurum" kavramı ile tanımlanmaktadır. (52) Bir başka tanım olarak duygusal dışavurum; kişilerin duygusal deneyimlerini gözlemlenebilir bir biçimde, sözel ya da sözel olmadan nasıl ve ne ölçüde dışa vurduklarını tanımlar. Diğer insanların kişinin içinde bulunduğu durumu anlamasına yardımcı olur ve kişilerarası iletişimi kolaylaştırır. (53)

Duygu dışavurumu, aile ortamında gösterilen duygunun ölçüsünün nicel olarak tanımlandığı bir terimdir. Aile içinde hasta olan bireye karşı, ailenin kötü duygular beslemesi, müdahale edici tutumların ve eleştirmelerin olması, ailenin yüksek duygu dışavurum gösterdiği anlamına gelmektedir. Yüksek duygu dışavurumunun sonucu olarak, hastalığın prognozu, sonlanımı ve sağaltımı etkilenebilir. (DSM-5 Tanı Ölçütleri El Kitabı). Bu kavram DSM-5 Tanı Ölçütleri El Kitabı'nın Klinik İlgi Odağı Olabilecek Diğer Durumlar alt başlığında ele alınmıştır. Amaresha ve Venkatasubramanian (2012) duygu dışavurumunu ruhsal bozukluğu olan bireye karşı bakım veren kişinin tutumu olarak ifade etmiştir. (54)

DD kavramı ilk olarak 1958'de Brown ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ortaya atılmıştır. 2/3'ü şizofreni tanısı almış 229 erkek hasta ile yapmış oldukları çalışma sonucunda; taburculuk sonrası evlerde ya da pansiyonlarda kardeşleri ile kalanların daha iyi yaşam sürdürdüklerini buna rağmen ailesi ile beraber ya da büyük kurumlarda yaşayanların kötü bir prognoz gösterdiklerini saptamışlardır. Nüks oranlarının, hasta yakınları ile geçirilen sürenin uzaması sonucu arttığını bildirmişlerdir. Yapılan bu araştırma sonuçlarının doğrultusunda Brown ve arkadaşları 1962'de yaptıkları bir başka çalışmada hastaya yöneltilen olumsuz ifade

ve duygular belirgin olduğunda, şizofreninin nüks oranının yüksek olduğunu bildirmişlerdir. (55) İngiltere’de 1992 yılında şizofreni hastaları ve aileleri arasındaki etkileşimi incelemek amaçlı yapılan çalışmalar sonrası DD kavramı tanımlanmıştır ve ifade edilen duyguların bazı özellikleri şizofreninin prognozunu etkileyebileceği belirlenmiştir. (56) Sonuç olarak duygu dışavurumun psikolojik sağlık üzerinde ciddi etkileri olan, hastayı ve ailesini etkileyen bir kavram olduğu bildirilmiştir. (57)

#### **4.4.1. Duygu Dışavurum Düzeyini Ölçen Testler**

DD düzeyini belirlemek için kullanılan yöntemler birebir görüşme ve anketten oluşmaktadır. Bunlar Camberwell Aile Görüşmesi, Beş Dakikalık Konuşma Örneği ve Dışavurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeğidir.

Camberwell Aile Görüşmesi(CAG): 1966 yılında Brown ve Rutter tarafından geliştirilmiştir. (58) Aile görüşmelerinde akrabaların hastalığın sürecini ele alma biçimleri, zor durumlar ile nasıl başa çıktıklarını ve hastalığın aile yaşantısı üzerindeki etkisi değerlendirilir. Görüşmeler kayıt altına alınır ve görüşme esnasında ortaya çıkan duygusal ifadeler kayıt altına alınır. İfadeler ile birlikte ses tonları da incelenir. (59)

Beş Dakikalık Konuşma Örneği: Hasta yakınları ile monolog şeklinde gerçekleştirilir. CAG ile benzer şekilde değerlendirilir. Anahtar akraba konumundaki hasta yakını 5 dakika süre ile hastası hakkında konuşur ve konuşmalar kaydedilir. (60)

DVDD ölçeği metot ve materyal bölümünde detaylı incelenecektir.

#### **4.4.2.Şizofreni ve Bipolar Bozuklukta Duygu Dışavurumu, Aile ve Tedavi Katılımının Sağlanması**

İhtiyaçlarımızı ve beklentilerimizi başka kişilere iletmenin bir yolu olarak tanımlanan duygu dışavurumu kavramı; düşmanca tavır alma, eleştirel olma, müdahaleci olma, olumlu yorumlar, yakınlık kurma ve aşırı ilgi duymayı kapsamaktadır.

Duygu dışavurumunun yüksek veya düşük olması şizofreninin prognozunda önemli bir etkisinin olduğu kanıtlanmıştır. Hastadan beklentilerin düzeyi ile duygu dışavurum düzeyi arasında yakın ilişki bulunmaktadır. Şizofreni hastalarının birçoğu aileleri ile birlikte yaşamaktadır. Bu sebeple hasta birey ve ailesi yaşamlarının büyük bir bölümünü birlikte geçirmekte ve duygusal anlamda iletişimleri devam etmektedir. Aile içindeki duygusal ortam hastalığın sağaltımı ve prognoz için önemlidir. Sıcak, olumlu, samimi tutumlar koruyucu bir rol oynarken ; eleştiri, düşmanlık, koruyucu tutum, müdahalecilik ve aşırı bakım nüks ve yatış oranları ile ilişkili bulunmuştur . (61)

Şizofreni tanılı hastanın ailesindeki duygu dışavurumu hastalığın seyrinde önemli bir role sahiptir. Şizofrenili bireylerin tedavisi ailenin ve toplumun tutumlarına, ön yargılarına, inançlarına göre değişkenlik gösterir. Yüksek duygu dışavurumuna sahip ailelerde hastalığın prognozu ilerleyen yıllar içinde daha çok alevlenme(relaps) göstermiş ve bu bulgular araştırmalarla desteklenmiştir. Düşük duygu dışavurumuna sahip ailelerde hastanın kötü olduğu dönemlerde yüksek duygu dışavurumu gelişebilir ya da bazen ailedeki tükenmişlik var olan aşırı müdahaleci ya da eleştirel tutumların yok olmasına neden olmuş olabilir. (22) İfade edilen duygu, ruhsal bozukluğu olan hastalarda aile içi ilişkilerin kalitesini belirler. Bipolar bozukluk için yapılan çalışmalarda da duygu dışavurumunun nüksler açısından önemli bir risk faktörü olabileceğini göstermektedir. (62)

Hemşireler tedavi ekibinde hasta ile en çok vakit geçirip, en aktif çalışmakta olan kişilerdir. Fakat tedavi ve bakım süreci sonlandığında roller değişir en çok vakit geçiren bakım vericiler aile üyeleri olur. Hastanın tedavisine katkı sağlayacak önemli kişilerdir. Bakım vericilere hastalık hakkında bilgilendirmek, tedaviyi anlatıp kriz anlarında nasıl davranacaklarını ve neler yapabileceklerini öğretmek, inatçı belirtiler ve bunlarla başa çıkma yollarını anlatmak, hastalık kaynaklı belirtilere karşı anlayışlı bir tutum sergilemelerini sağlamak sağaltım için önemli katkılar sağlayacaktır. Hemşirelerin dikkat etmesi gereken nokta; sağaltımı hastadan çok bakım vericilerin istemesidir. Çünkü hastayı ilk getiren, atakla ilk karşılaşan, çare arayışı içinde olan bakım verici ailelerdir. Bazı bakım vericiler hastalık hakkında internetten, kitaplardan ya da farklı kaynaklardan bilgi edinmişlerdir. Onların bilgilerini

tazelemek, edinilen yanlış bilgileri düzelterek nasıl davranmaları gerektiğini öğretmek hemşirelik sanatının en güçlü yanıdır. İlaçların nasıl kullanılacağı, tedavi reddi durumunda ne yapmaları gerektiği, advers etkiler ortaya çıktığında nasıl bir tutum sergilemeleri gerektiği gibi konular bakım vericilere aktarılacak bilgilerdendir. Ailelerin aklına takılan her türlü soru cevaplandırılarak olumsuz inanç ve tutumların önüne geçilebilir. Detaylı bilgilendirme ve edindikleri tecrübelerden sonra, ailelerin relaps belirtilerini saptayıp tedavi dozuna müdahale ederek hastalığın nüksünü engelleyebildikleri görülmektedir. (38)

#### **4.5. Ruhsal Bozukluğa Sahip Bireylerde Bakım Veren Kavramı**

Bakım verme; bireye fiziksel, duygusal ya da finansal anlamda destek vermek, sağlık bakımını ve alınan sosyal hizmetleri koordine etmek, öz bakım(banyo, beslenme, tuvalet, giyim vb.), rutin sağlık(ilaç alma, ilaçlı tedavi izlemi ve takip vs.), alışveriş, ulaşım, küçük ev işlerinin yapılması, paranın yönetilmesi ve aynı evde yaşamak gibi kavramları kapsar. (63) Bir başka tanım olarak ailenin desteğinden profesyonel yardıma, tek seferlik yardımdan bakımın sürekli olduğu duruma kadar uzanan ve yardım düzeyinin belirgin olmadığı çok kapsam içeren bir kavramdır. (64)

Hastayı destekleyip bakımını en çok sağlayan kişi temel bakım verici olarak tanımlanır. Ruhsal bozukluğa sahip bireylere bakım vermek aileler için stresli bir deneyimdir ve duygusal, fiziksel, sosyal anlamda yük oluşturduğu görülmektedir. (20) Hastalık meydana geldiğinde aile üyelerinden bir kişi bireyin bakım sorumluluğunu üstlenmek zorunda kalır. Bu durum öngörülemeyen ve seçilemeyen bir durumdur. Bu sebeple bakım vericiliğe uyum, durum meydana geldikten sonra gerçekleşmektedir. Primer bakım veren kişi bireyin günlük yaşamının odağındadır ve bakım sorumlulukları arttıkça bu durum bakım verenin yaşamında önemli değişikliklere yol açar. Bakım alma ve bakım sunma ilişkisi bağımlı, tek yönlü, kişide sıkıntılara neden olan yoğun ve uzun süren bir zorunluluk haline dönüşebilmektedir. (65) Tedavinin aktif olduğu dönemde bakım süresinin 14-24 ay arasında sürebildiği ve bakımın saatlerinin tedavi döneminden yaşamın son dönem evresine kadar her dönemde farklılıklar gösterebileceği saptanmıştır. Bakım verme

haftanın her günü ve günde 24 saat sürebilmektedir. Bu nedenle bakım veren kişi için gün sonu kavramı yoktur. (66) Ruhsal bozuklukların aileler üzerinde yarattığı bakıma yönelik yük ve zorluklar, ağır yeti yitimi gözlenen şizofreni hastalarında daha çok araştırılsa da, iki uçlu bozukluk gibi diğer ruhsal bozukluklar için de yük ve zorlukların meydana geldiği bildirilmiştir. (67)

#### **4.6. İnanç ve Tutum Kavramları**

Birbirlerine neden-sonuç ilişkisi ile bağlı olan inanç ve tutum kavramları beraber ele alınan iki kavram olarak karşımıza çıkmaktadır. Kişiler bilgi, inanç ve kanaatlarını göstermek istediklerinde bunu tutum ve davranışları yolu ile belli etmeye çalışırlar. Bilişsel kuram ifadesine göre, yaşanan durumunun algılanışı düşünceyi biçimlendirir, düşünce duyguya yön verir, duygu da davranışları belirlemektedir. (68) İnançları ölçmek istediğimizde, aslında ölçülen bir nevi tutumlardır. Tutumların ölçüsünün belirlenmesi zor olduğu bilinse de; bireylerin sözel ya da sözel olmayan davranışları gözlemlenerek tutumlarının belirlenebileceği, böylelikle bireyin inançları direkt ölçülemez de, tutum ve davranışları ölçmenin olanağı vurgulanmaktadır. (69, 70)

Psikiyatrik hastalığın varlığı, kişilerin inanç sistemini etkileyerek farklılaştırmaktadır. Farklılaşan bu inanç sisteminde, tanı alan kişideki belirtilerin çarpıtılarak değerlendirilmesi, kişinin damgalanmasına neden olarak ayrımcı bir davranış ortaya konulmasına neden olmaktadır. (71) Örneğin bu hastaların saldırganlığı ve çevreye zarar verebilecek olmaları çoğunlukla düşünülüyorsa, hastalar toplumdan izole bir yaşam sürdürebileceklerdir. Bu sebeple hastaların tedavileri etkin bir şekilde sürdürülse bile hastalığa bakış açısı ve tutumlar yüzünden tedavi uyumu ve prognoz kötü etkilenecektir. (14)

Ruhsal hastalıklara ilişkin toplumsal inanç ve tutumlarla ilgili çalışmalar, 1940'lı yılların sonlarından itibaren günümüze kadar yürütülmüştür. (72) Bu çalışmalar neticesinde farklı ülkelerde ve Türkiye'de yapılan çalışmalarda ruhsal hastalıklara ilişkin inanç ve tutumların süreç içerisinde olumsuzdan olumluya doğru yönelim gösterdiği bilinmektedir. Fakat bu yönelimin istenen düzeye ulaşması için diğer ülkelerde ve ülkemizde bu konu ile ilgili olarak yeni çalışmaların ortaya konması gerekmektedir. Ruhsal hastalıklara yönelik bilgi ve tutumların belirlenmesi

çalışmalarında, daha çok halkın tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmalar neticesinde ruhsal sorunu olan kişilere karşı toplumun hem olumlu hem de olumsuz tutum sergilediği ortaya çıkmıştır. (73)

#### **4.7. Halk Sağlığının Bir Parçası Olarak Toplum Ruh Sağlığı**

Ruh sağlığı çocukluğun erken dönemlerinden ölüm anına kadar devam eden; iletişim becerileri, düşünce, duygusal gelişim ve öğrenme ile devam eden, kendine güven ile güçlenen bir süreci ifade eden bir kavramdır. Kişi yaşamını yaşadığı zaman diliminde ve değişen mekanlarda kendisi, ailesi, yakın çevresi, yaptığı iş ve içinde bulunduğu toplumla yoğun etkileşim içinde sürdürmektedir. Bu ilişkilerin olduğu etkileşim süreci denge, doyum ve uyum içeriyorsa kişi ruhsal açıdan sağlıklıdır. (74) Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre ruh sağlığı; kişinin kendi potansiyelini gerçekleştirebildiği, yaşamdaki normal stresler ile baş edebildiği, verimli çalışıp kendisine ya da topluma katkısının bulunabildiği refah durumu olarak tanımlamaktadır. (21) Kişiyi hasta olarak değerlendirebilmek için, devamlı ve tekrarlayıcı olması, kişinin verimliliğini etkilemesi ve sosyal ilişkilerde bozulma olması gerekir. (75)

Bireyin beden sağlığı ve ruh sağlığı bütün sağlığının yordayıcısıdır. Bu ikisi birbiri ile etkileşim halindedir. Bu etkileşim her ne kadar bilinse de beden sağlığı için verilen önem, ruh sağlığı için verilmemektedir. Sağlık hizmetlerine başvuru yapan her 4 kişinin en az birinde teşhis ve tedavisi yapılmamış ruhsal bozukluk olduğu, bu kişilerin %69'u fiziksel şikayetler ile başvurmuş olup ruhsal bozukluklarının fark edilemediği belirtilmektedir. (74) Ruh sağlığı ile ilgili sorunlar kişinin yaratıcılığına, işlevselliğine, yaşamdan aldığı doyuma ve mutluluğuna etki edecek kadar önemlidir. Kişinin başkaları ile ilişkilerini ve yaşam standardını da ciddi oranda etkilemektedir. Bu nedenle ruhsal bozukluklar birey için değil, ailesi, çevresi ve toplum içinde önemli bir sorun teşkil etmektedir. (74)

Halk sağlığı uygulamaları çerçevesinde ruh sağlığının geliştirilmesi, erken teşhis ve tedavisi, ruhsal bozuklukların önlenmesi giderek artan bir önem kazanmaktadır. Günümüzde önemi iyice anlaşılan ruhsal bozukluk sorunları, gelişen ve gelişmekte



olan ülkelerin her sosyoekonomik katmanında, ırkında ve kültürel gruplarında görülmektedir. Birçok ülkede gerçekleştirilen toplum taramalarında ruhsal bozuklukların düşünülenden çok daha fazla yaygın olduğunu göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü her 4 kişiden birinde ruhsal ya da nörolojik bozukluk geçirme riskinin olduğunu belirtmektedir. (WHO, 2002). Yeryüzünde en çok sakatlığa sebep olan 10 hastalığın 5'inin ruhsal bozukluk kaynaklı olduğu belirlenmiştir. Birleşmiş Milletler Raporları' na göre; dünyada 450 milyon insan mevcut bir ruhsal bozuklukla mücadele etmektedir. Bu sebeple dünyada ruh sağlığı ile ilgili sorunlar toplum sağlığı sorunu olarak kabul görmektedir. (74)

Ülkemizde gerçekleştirilen Türkiye Ruh Sağlığı Profili araştırmasının sonuçlarına göre; Türk halkında genel ruh yapısında bozulma ve zayıflama olduğu, işgücü kaybına sebep olan ve toplum sağlığını tehdit edici hastalıklar içerisinde, ruhsal bozuklukların ilk sıralarda olduğu bildirilmiştir. Bu bilgiler ışığında; ruhsal bozuklukların Türkiye için ciddi bir halk sağlığı sorunu olduğu sonucuna ulaşılabilir. (74)

#### **4.7.1. Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri**

Hastalıkların önlenmesi ve bireyin mevcut iyilik halinin korunarak yükseltilmesi, halk sağlığının geliştirilmesinde öncelikli olduğu bilinmektedir. Bu sebeple halk sağlığı uygulamalarında ruhsal bozuklukların önlenmesi ve ruh sağlığının geliştirilmesi gittikçe artan bir öneme sahiptir. Halk sağlığında ruh sağlığı yaklaşımı; ruhsal bozuklukların önlenmesini, ruh sağlığının korunarak geliştirilmesini, erken tanı ve tedavinin yanı sıra halkın ruh sağlığı hizmetlerine kolay ulaşmasını sağlayan çalışmaları ve epidemiyolojik sürveyans çalışmalarının yapılmasını ifade etmektedir. Bu hizmetler toplum merkezli hizmetler olup, bireyin yaşadığı ortamda/ evinde sunulan hastane merkezli olmayan hizmetlerdir. (74)

Toplum Temelli Ruh Sağlığı kavramı; tekrarlayan hastane yatışları sonrası toplumdan izole olmanın ve işlevselliğin azalmasının engellenmesini, tedavi ve takiplerin sürdürülmesini amaçlar. Hasta bireyin bulunduğu ortamda(ev, mahalle, iş yeri) temel ihtiyaçlarını karşılamayı, sorunlar ile başa çıkma stratejileri geliştirmeyi ve gerekli destek sistemlerinin devreye sokulmasını hedefler. (76) Toplum temelli

ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesi ve hastayı hastane dışında aktif tedavisine katabilmek için toplum ruh sağlığı merkezleri bulunmaktadır. Bu merkezlerde iki uçlu(bipolar) bozukluk, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar gibi ağır ruhsal bozukluğu bulunan hastalara psikososyal destek hizmetleri verilmektedir. Toplum ruh sağlığı merkezi(TRSM) alışanlarının görevleri arasında ise; kurumlar arası iş birliği yaparak, hastaların bakım planları çerçevesinde sosyal, ekonomik, barınma ve istihdam gibi konularda çalışmalarla hastaların topluma tekrardan kazandırılması yer almaktadır. Hastaların toplum ruh sağlığı merkezine kayıtları yapıldıktan sonra yetenekleri ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak psikoterapi, hem hastalara hem de ailelerine psikoeğitim, iş-uğraş terapileri, beceri eğitimleri, tedavi takipleri ve uygulamaları yapılarak randevuları takip edilmektedir. (77)

Ülkemizde yürütülen ruh sağlığı hizmetleri genellikle tedavi odaklı olup, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler diğer ülkelerde olduğu gibi göz ardı edilmektedir. Bunun nedenleri arasında; ruh sağlığı ekibinin içinde bulunan meslek profesyonellerinin sayı olarak az olması, ruh sağlığının soyut düzeyde kalması, sağlık profesyonellerinin koruyucu ruh sağlığı alanında mesleki eğitim ve deneyimlerinin yetersiz oluşu, ruh sağlığı hizmetinin birinci basamak hizmetler içerisinde devamlılığının sağlanamayacak kadar st düzey ihtisas dalı olarak görülmesidir. Birinci basamak sağlık hizmetleri kuruluşlarında görev yapan sağlık çalışanlarına önemli sorumluluklar düşmektedir. Çalışanların görev ve yetki tanımı içerisinde ruh sağlığına yer verilmiştir ve sağlık çalışanının sorumluluğuna dahil edilmiştir.

Ruhsal hastalıkların önlenmesi, erken teşhis, tedavi ve rehabilitasyonun birinci basamaklarda gerçekleşmesi için; sağlık çalışanının ruh sağlığı sorunlarına duyarlı hale getirilmesi ve bu sorunlarla baş edebilecek yeteneklerle donatılması gerekir. Bunun olumlu getirisi olarak da genel sağlık hizmetlerinde emek, zaman ve para israfının önüne geçilmiş olacaktır. (74)

#### **4.7.2. Toplum Ruh Sağlığı Hizmetlerinde Halk Sağlığı Hemşiresinin Rolü**

Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin etkili bir biçimde sürdürülebilmesi için ekip çalışması gereklidir. Ekip yeleri; psikiyatrist, toplum ruh sağlığı hemşiresi, sosyal

hizmet uzmanı, psikolog, ergoterapistler(iş uğraş terapisti) gibi farklı disiplinleri içerir. Özellikle sahada yapılan ev ziyaretlerinde hemşirelere önemli görevler düşmektedir. (74)

Ülkemizde 1954 yılında yürürlüğe giren Hemşirelik Kanunu'na dayandırılarak 19.04.2011 tarihinde yayımlanan Hemşirelik Yönetmeliğinin ek bölümünde; Toplum Ruh Sağlığı Merkezi Hemşiresi görev, yetki ve sorumlulukları Halk Sağlığı Hemşireliği içerisinde yer almaktadır. (112) Toplum ruh sağlığı hemşiresi(TRSH) ; toplum içindeki yüksek riskli grupları saptayan, toplumdaki diğer üyelerle birlikte ruhsal bozuklukların primer, sekonder ve tersiyer önleme basamaklarının devamlılığını sağlayan, ruh sağlığı hizmetlerinin tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirme aşamalarına katılan sağlık profesyoneli. Primer, sekonder ve tersiyer korumada halk sağlığı hemşireleri; toplumun ruh sağlığı gereksinimlerini belirleyerek risk oluşturan etkenleri saptar ve bunlarla mücadele eder. Sağlık eğitimleri vererek bireylere ve ailelere yardım eder, toplumsal destek sistemlerini harekete geçirir. Sahada gerçekleştirdikleri ev ziyaretleri ile vakaların tespiti, sevk ve tedavi sürecine katkıda bulunur. Akut gelişen durumlarda destek hizmetlerini devreye sokarak, ruhsal sağlık üzerine eğitim programları düzenler. Destek grupları ve toplum kaynakları ile iş birliği yapar. Bu sebeple toplum ruh sağlığı hemşiresi; hastanın haklarını gözetme ve savunma, eğitim, rehabilitasyon, sevk etme, ev ziyaretleri, krizlere müdahale, ilaç uygulamalarının takibi gibi yeteneklere sahip olmalıdır. (74)

Toplum ruh sağlığı sisteminde halk sağlığı hemşirelerin rolü, ruh sağlığı alanında çalışan diğer profesyonellerin geleneksel rolleri ve fonksiyonları ile maalesef iç içe geçmiş durumdadır. Toplum sağlığı merkezlerinin dışında; evsizler için sığınma yerleri, okullar ve günlük bakım merkezlerinde çalışmaktadırlar. Bu farklı çalışma alanlarında hemşirelerin direkt ve indirekt rolleri bulunmaktadır. Direkt roller; Klinisyen, Eğitici, Terapist, Vaka yöneticisi. İndirekt roller; Danışman, Araştırmacı, Eğitici, Vaka yönetimi, Değişim ajanı. Türkiye'deki TRSM'lerde çalışan hemşirelerde, psikiyatri kliniğinde çalışma tecrübesi aranmamaktadır. Psikiyatri dışındaki kliniklerde çalışmış olan hemşireler de görev alabilmektedir. (78) Bütün bu bilgiler doğrultusunda gelişmiş ülkelerin "Toplum Ruh Sağlığı Hemşireliği"

alışmaları devamlılık gösterirken, bu kavram ülkemizde henüz gelişmemiştir. (74)  
Fakat toplum ruh sağlığı hemşirelerinin mevcut hemşirelik mevzuatı gereğince  
rollerini yerine getirmesi gerektiği söylenebilir. (78)



## **5. METOT VE MATERYAL**

### **5.1. Araştırmanın Tipi ve Amacı**

Tanımlayıcı- ilişkisel boyutta gerçekleştirilmiş olan araştırmanın amacı ‘‘Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyleri İle Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa Yönelik İnanç Ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi’’dir.

### **5.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Bu araştırma İstanbul Kağıthane Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde takip edilen ve kayıtlı şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar, iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluklar tanısına sahip hastalar çalışma evrenini oluşturdu.

İstanbul Kağıthane Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde Ekim 2019-Mart 2020 tarihleri arasında çalışmaya alınma-dışlama kriterleri ve gönüllülük esası göz önünde bulundurularak kayıtlı 174 hastadan 90 hasta ve yakını toplamda 180 kişi bu araştırmanın örneklemini oluşturdu. Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar tanılarında birine sahip 45 hasta ve 45 primer bakım vericisi, iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozuklukları tanılarında birine sahip 45 hasta ve 45 primer bakım vericisi araştırmaya dahil edildi.

Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar ve iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozukluk grubunda araştırmaya katılmayı kabul etmeyen ve primer bakım vericileri bulunmayan ya da ulaşılamayanlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Araştırma Kağıthane Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde sakin ve boş bir odada hasta ve yakınları ile yüz yüze görüşülerek yapılmıştır.

#### **Çalışmaya Alınma Kriterleri**

- 1) Araştırmaya katıldığına dair bilgilendirilmiş olma ve yazılı onam alınması

- 2) DSM-5 TR'ye göre Şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar ve iki uçlu (bipolar) ve ilişkili bozuklukları tanılarında birine sahip olmak
- 3) Kağıthane Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı ve takipli olmak
- 4) Bakım veren kişi hastanın primer bakım vereni olmalıdır.

### **Dışlama Kriterleri**

- 1) Okuma-yazma bilmeme
- 2) Hastaların alevlenme döneminde olmaları
- 3) Primer bakım verenin herhangi bir ruhsal bozukluğunun olması
- 4) Hastanın veya primer bakım vericisinin işitme ya da anlama ile ilgili bir bozukluğunun olması
- 5) Hastanın veya primer bakım vericisinin araştırmaya gönüllü olmaması
- 6) Hastanın yalnız yaşıyor olması/ primer bakım vericisinin olmaması

### **Primer Bakım Veren**

Bu araştırmada bakım veren kavramı ile ilgili olarak, hastanın günlük yaşam aktivitelerine ve tedavi-takip sürecinin yürütülmesine öncelikli olarak yardımcı olan aile üyeleri kabul edildi. Birden fazla bakım vericisi olan hastalarda, hasta ile en çok vakit geçirip sorumluluk üstlenen bakım veren çalışmaya dahil edildi.

### **5.3. Araştırma Soruları**

Araştırmada aşağıdaki sorular için cevaplar aranmıştır:

Ruh sağlığı bozuk olan bireylerin tanımlayıcı özellikleri(sosyodemografik) nelerdir?

Primer bakım vericilerin tanımlayıcı özellikleri(sosyodemografik) nelerdir?

Primer bakım vericilerin hastalığa yönelik inanç ve tutumlarının düzeyi nedir?

Ruh sağlığı bozuk olan bireylerin dışa vurulan duygulanım düzeyi nedir?

Ruh sağlığı bozuk olan bireylerin sosyodemografik verileri ile dışa vurulan duygulanım düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

Primer bakım vericilerin sosyodemografik özellikleri ile inanç ve tutumları arasında ilişki var mıdır?

Dışa vurulan duygulanım düzeyi ile inanç ve tutumlar arasında ilişki var mıdır?

#### **5.4. Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler**

Bağımlı değişkenler: dışa vurulan duygulanım düzeyi lçeği, ruhsal hastalığa yönelik inançlar lçeği, ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumları lçeğidir.

Bağımsız değişkenler: ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin ve primer bakım vericilerinin tanıtıcı (sosyodemografik) zellikleridir.

#### **5.5. Araştırmanın Etik Yönleri**

Araştırmanın gerçekteştirilebilmesi için İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nden kurum izni ve İstanbul Medipol Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan kurul izni alınmıştır.

Veri toplamak için kullanılan lekler:

-Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi leği için, Prof. Dr. Oğuz Erkan Berksun'a mail yolu ile (Ek-7)

-Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar leği için Prof.Dr.Ayşegül BİLGE'den mail yolu ile (Ek-7)

-Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları leği için Doç. Dr. Beyhan Bağ'dan mail yolu ile izin alındı. (Ek-7)

Katılımcılara araştırma açıklanmış olup Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Ek-4) doldurularak imzaları alınmıştır. Katılımcıların ulaşabileceği iletişim adresi taraflarına iletilmiştir.

## 5.6. Veri Toplama Yöntemi

**Sosyodemografik bilgi formu:** Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda, hasta ve yakını için hazırlanan formda sosyodemografik bilgilerin dışında hastaya mevcut tanısını bilip bilmediği, bakım vericisine de bakım verdiği hastasının hastalığına ilişkin bilgiler yer almaktadır. Katılımcılara Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur formu ile birlikte ölçeklerden önce bu form verilmiştir. (Ek-1, Ek-3)

**Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği/Level Of Expressed Emotion (DDÖ/LEE):** Hastalara uygulanan bu ölçek Cole ve Kazarian tarafından 1988'de geliştirilmiş olup hasta birey için önemli olan kişi ile kendi arasındaki duygunun dışavurumunu değerlendirmek ve bu ilişkinin bazı özelliklerini derecelendiren öz bildirim dayalı bir değerlendirme aracıdır. (79) Bu ölçek aile bireyine değil de doğrudan hastalara uygulanmaktadır. Amaç; hasta bireyin cümleleri doğru yanlış şeklinde değerlendirerek, kendisinin algıladığı aile atmosferini görmektir. (80)

Ölçek 60 maddeden oluşmaktadır. Müdahalecilik, Duygusal Tepki, Hastalığa Karşı Tutum ve Hoşgörü/Beklenti başlıkları olarak 4 alt ölçeğe ayrılmıştır. Her biri 15 madde içermektedir. Hasta bireyin yakını ile son 1 yıllık ilişkisi göz önünde bulundurularak doğru yanlış şeklinde işaretlenir. Ölçekte puanlar arttıkça hastanın algılamış olduğu duygu dışavurum düzeyi de artmaktadır. Ölçeğin Türkçe'ye çevirisi ve güvenirlik-geçerlik çalışması Berksun ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (55)

**Müdahalecilik:** Hasta ile iletişimde bulunurken eleştirel davranıp müdahalelerde bulunulması anlamına gelir.

**Duygusal Tepki:** Hastanın üzülmelerini sağlayacak şekilde öfke gösterilmesi, kırıcı olmak anlamına gelir.

**Hastalığa Karşı Tutum:** Hastalıktan ve hastalık belirtilerinin, hastanın kendi kontrolünde olmadığından şüphelenmek anlamına gelir.

**Hoşgörü-Beklenti:** Hastaya karşı toleransın düşük olması ve hastadan beklenti düzeyinin hasta kapasitesi üzerinde tutulması anlamına gelir. (81) (Ek-2)



**Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği-Rhyiö (Beliefs Toward Mental Illness Scale -BMI):** Hirai ve Clum tarafından geliştirilmiş olup, Türkçe güvenilirlik-geçerlik çalışması Bilge ve Çam tarafından 2008’ de yapılmıştır. Ölçek temel olarak kişilerin olumlu ya da olumsuz olarak ruhsal hastalığa ilişkin inançlarının değerlendirilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Orijinal çalışmada 21 maddeden oluşan ölçeğin alt ölçekleri; ‘‘Tehlikelilik’’, ‘‘Çaresizlik’’ ile ‘‘Zayıf Sosyal ve Kişilerarası Beceri’’ dir. Ölçek hem alt ölçek puanları hem de toplam puan üzerinden yorumlanmakta olup, yüksek puan olumsuz inanç anlamına gelmektedir. Ölçeğin toplam puanı 0-105 arasındadır. Orijinal çalışmanın cronbach alpha değeri ,89 olup; tehlikelilik alt ölçeği ,75, çaresizlik alt ölçeği ,82 ve zayıf sosyal ve kişilerarası beceri alt ölçeği ,84’tür. (82)

Türkçe standardizasyon çalışması Bilge ve Çam tarafından yapılmıştır. Tüm ölçeğin güvenilirlik kat sayısı ,82’dir. Faktör yapıları orijinal çalışmadan farklılık göstermekte olup alt faktörler ve bunlarla ilgili bilgiler aşağıda yer almaktadır.

**Tehlikelilik:** Ruhsal hastaların ve hastalıkların tehlikeli olduğuna dair 8 maddeden(1,2,3,4,5,6,7,13) oluşur. Bu alt ölçeğin alınabilecek puanı 0-40 arasındadır. Elde edilen düşük puan, katılımcının ruhsal hastalığı olanları tehlikeli olarak algılamadığı anlamına gelmektedir. Bu alt boyutun cronbach alpha değeri ,72’dir.

**Çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma:** Ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkilemesi ve buna bağlı olarak çaresizliği içeren 11 maddeden (8,9,10,11,14,16,17,18,19,20,21) oluşur. Bu alt ölçeğin alınabilecek puanı 0-55 arasındadır. Elde edilen yüksek puan, ruh sağlığı bozuk bireyler ile olan kişilerarası ilişkilerde çaresizlik ve engellemelerin olabileceği anlamına gelmektedir. Bu alt boyutun cronbach alpha değeri ,84’tür.

**Utanma:** Bu alt faktör orijinal çalışmada yer almamaktadır. Türkçe standardizasyonunda anlamlılık gösteren utanma alt faktörü 2 maddeden(12,15) oluşur. Bu alt ölçeğin alınabilecek puanı 0-10 arasında değişmektedir. Ruhsal hastalığın utanılması gereken bir durum olduğunu ifade eder ve düşük puan almak ruhsal hastalığın utanç verici bir durum olarak görülmediği anlamına gelmektedir. Bu alt boyutun cronbach alpha değeri ,55’tir.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği 6'lı likert tipten meydana gelmektedir. (0) Tamamen katılmıyorum, (1) Çoğunlukla katılmıyorum, (2) Kısmen katılmıyorum, (3) Kısmen katılıyorum, (4) Çoğunlukla katılıyorum, (5) Tamamen katılıyorum şeklinde puanlanmaktadır. (83) (Ek-6)

**Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (Rsttö):**

1979'da Taylor ve Dear tarafından geliştirilmiş olup toplumun ruhsal bozukluğa sahip kişilere yönelik tutumlarının ölçülmesi amaçlanmıştır. Toplamda 40 maddeden oluşmaktadır ve 4 alt boyut içerir. Bu alt boyutlar; otoriterlik, toplum ruh sağlığı ideolojisi, koruyuculuk ve toplumsal kısıtlayıcılıktır. (84) Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlilik çalışması 2003 de Beyhan Bağ tarafından yapılmıştır. (83)

Türkçeleştirilen ölçekteki madde sayısı 21'dir ve 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Bunlar Korku/Dışlama, İyi Niyet ve Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi'dir.

**Korku/Dışlama:** Toplamda 2 maddeden(1,8) oluşmaktadır. 8. Madde ters olarak puanlanmaktadır. Bu alt faktörde ruhsal hastalığa sahip kişilerin toplumdan uzak tutulması gerektiği ifade edilmiştir.

**İyi Niyet:** Toplamda 9 maddeden(2,4,6,9,11,13,16,18,20) oluşmaktadır. 4,9,13 ve 16. Maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Bu boyut toplumun ruhsal hastalıklara ilişkin din prensipleri temelinde insancıl olarak, sempatik ve paternalistik görüşü ifade etmektedir. Bu alt ölçek içeriğine göre toplum, ruhsal bozukluğa sahip kişileri korumalı ve görevlerini yerine getirmelidir.

**Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi:** Toplamda 10 maddeden(3,5,7,10,12,14,15,17,19,21) oluşmaktadır. 5,10,14,17 ve 21. Maddeler ters olarak puanlanmaktadır. Bu alt boyutta geleneksel bakımın aksine toplum temelli bakım kavramlaştırılır. Toplum içinde tedavinin yapılması ve terapötik değerlendirme üzerinde vurgu yapılır. (85) (Ek-5)

**5.7. Verilerin Analizi**

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik veri formları ile beraber Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumlar Ölçeği, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği ile toplanacaktır.

Elde edilen veriler, SPSS 22 paket programı kullanılarak analiz edildi. Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda ölçek ve alt boyutlarının normal olmayan dağılım gösterdiği belirlendi ( $p < 0,05$ ). Aşağıdaki tabloda verilerin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemler sunuldu. Anlamlılık  $p < 0,05$  düzeyinde kabul edildi. Elde edilen verilerin sonuçları ‘Bulgular’ kısmında verildi.

<b>İncelenen Özellikler</b>	<b>İstatistiksel Yöntem</b>
Tanıtıcı Özellikler Ölçek ve Alt Boyutların Puanları	Sayı, yüzde, ortalama, standart sapma
Ölçek iç tutarlılığı	Kuder Richardson 20 kat sayısı Cronbach's alfa kat sayısı
Normal Dağılım	Kolmogorov Smirnov testi
İki bağımsız grubun puan ortalamasının karşılaştırılması	Mann Whitney-U testi
İkiden fazla bağımsız grubun puan ortalamasının karşılaştırılması	Kruskal Wallis Analizi
Ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması	Spearman Korelasyon Analizi

### **5.8. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği**

Araştırmanın tek merkezde yapılması ve araştırmanın sonuçlarının sadece çalışılan hasta grupları üzerinden yorumlanıp, genellenebilirliğinin bu doğrultuda yapılması ve örneklem sayısının az olması bu araştırmanın sınırlılıklarındandır. Araştırma sonuçlarının katılımcıların öz bildirimine bağlı olması bir diğer sınırlılık olarak kabul edilebilir.

Örneklem seçilirken araştırmaya katılmayı kabul eden hasta ve yakınları dahil edilmiş olup yakınları olmayan ya da ulaşılamayanlar dahil edilmemiştir. Yatış sayısı, hastalık yılı ve cinsiyet dağılımı gibi değişkenlere dikkat edilmemiştir.

## 6. BULGULAR

Ruh sağlığı bozuk bireylerin dışa vurulan duygulanım düzeyleri ile primer bakım vericilerinin hastalığa yönelik inanç ve tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesini incelemek amacı ile yapılan çalışmanın bulguları 6 bölüm halinde sunuldu.

Birinci bölümde ruh sağlığı bozuk bireylerin tanımlayıcı(sosyodemografik özellikleri, tıbbi tanıyı bilme durumu, hastalık tanısı ve süresi, hastane yatışı ve sayısı) zellikleri ile ilgili bulgular,

İkinci bölümde ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin sosyodemografik ve tanıtıcı özellikleri, hastalığın kimler tarafından bilinmek istemeyişi ile ilgili bulgular,

nc bölümde ruh sağlığı bozuk bireyler ve primer bakım vericilerinin yanıtladığı ölçek ve alt boyutları puan ortalamaları,

Dördüncü bölümde ruh sağlığı bozuk bireylerin tanıtıcı özellikleri ile dışa vurulan duygulanım düzeyi leği puan ortalamalarının karşılaştırılması,

Beşinci bölümde primer bakım vericilerin tanıtıcı özellikleri ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar leği ve ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumları leği puan ortalamalarının karşılaştırılması,

Altıncı bölümde ruh sağlığı bozuk bireylerin dışa vurulan duygulanım düzeyi leği ile primer bakım vericilerinin ruhsal hastalığa yönelik inançlar leği ve ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumları leği puan ortalamaları arasındaki ilişki verilecektir.

**6.1. Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Tanımlayıcı Özellikleri (Sosyodemografik Özellikleri, Tıbbi Tanıyı Bilme Durumu, Hastalık Tanısı ve Süresi, Hastane Yatışı ve Sayısı) İle İlgili Bulgular**

Tablo 6-1: Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri (n=90)

<b>Tanıtıcı Özellikleri</b>	<b>Sayı</b>	<b>Yüzde</b>
<b>Yaş Grupları</b>		
30 yaş ve altı	31	34,4
31-40 yaş	19	21,1
41-50 yaş	22	24,4
50 yaş ve üzeri	18	20,0
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	42	46,7
Erkek	48	53,3
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	31	34,4
Bekar	59	65,6
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
İlköğretim ve altı	55	61,1
Orta öğretim ve üzeri	35	38,9
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	17	18,9
Hayır	73	81,1
<b>Gelir Düzeyi Algısı</b>		
Ortalamanın üzeri	11	12,2
Ortalama	56	62,2
Ortalamanın altı	23	25,6
<b>Tıbbi Tanısını Bilme Durumu</b>		
Evet	68	75,6
Hayır	22	24,4
<b>Tıbbi Tanısı</b>		
şizofreni	45	50,0

Bipolar bozukluk	45	50,0
<b>Hastalık Süresi</b>		
5 yıl altında	16	17,8
5-9 yıl	37	41,1
10 yıl ve üzeri	37	41,1
<b>Psikiyatride Hastane Yatışı</b>		
Var	77	85,6
Yok	13	14,4
<b>Psikiyatride Hastane Yatışı Sayısı (n=77)</b>		
1 kere	25	32,5
2-3 kere	31	40,3
4-5 kere	10	13,0
6 ve üzeri	11	14,2

Ruh sağlığı bozuk bireylerin tanıtıcı özellikleri Tablo 6-1'de gösterilmektedir. Bireylerin yaş ortalaması  $38,8 \pm 13,7$  (19-79 yaş aralığında) olup, %34,4'ü 30 yaş ve altı grupta yer aldı. Yarısından fazlasının kadın cinsiyette (%53,3), %65,6'sının bekar (n=59) ve %61,1'inin ilköğretim ve altında eğitim düzeyine sahip olduğu (n=55) belirlendi. Büyük çoğunluğu çalışmadığını belirten bireylerin (%81,1), yarısından fazlası ekonomik durumunu ortalama olarak nitelendirdi (%62,2). Dörtte üçünün tıbbi tanısını bilmediği (%75,6), yarısının tıbbi tanısının şizofreni olduğu (%50) ve %41,1'inin hastalık süresinin 5-9 yıl arasında ve 10 yıl ve üzerinde olduğu belirlendi. Bireylerin %70'i ailesinde ruhsal sağlık sorunu olan bireylerin olduğunu (n=63), %85,6'sı psikiyatride yatışının bulunduğunu (n=77) ve yatışı bulunan bireylerin %40,3'ü yatış sayısını 2-3 kere olarak belirtti (n=31). (Tablo 6-1)

## 6.2. Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Sosyodemografik ve Tanıtıcı Özellikleri

Tablo 6-2: Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Tanıtıcı Özellikleri (n=90)

Tanıtıcı Özellikleri	Sayı	Yüzde
<b>Yakınlık Derecesi</b>		
Anne	20	22,2
Baba	13	14,4
Kardeş	15	16,7
Çocuk	10	11,1
Eş	24	26,7
Akraba	8	8,9
<b>Yaş Grupları</b>		
40 yaş ve altı	22	24,4
41-50 yaş	34	37,8
51 yaş ve üzeri	34	37,8
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	55	61,1
Erkek	35	38,9
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	69	76,7
Bekar	21	23,3
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
İlköğretim ve altı	50	55,6
Orta öğretim ve üzeri	40	44,4
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	36	40,0
Hayır	54	60,0
<b>Gelir Düzeyi Algısı</b>		
Ortalamanın üzeri	15	16,7

Ortalama	58	64,4
Ortalamanın altı	17	18,9
<b>Hastalığın Bilinmemesi Durumu</b>		
Akrabalar	15	16,7
Arkadaşlar-Komşular	16	17,8
Hiç kimse	37	41,1
Herkes bilsin	22	24,4
<b>Ailede Ruhsal Hastalık Öyküsü</b>		
Var	63	70,0
Yok	27	30,0

Ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin tanıtıcı özellikleri Tablo 6-2'de gösterilmektedir. Ruh sağlığı bozuk bireylere primer bakım verenlerin %26'sı eş (n=24) ve %22,2'si anne (n=20) olduğunu belirtti. Bakım vericilerin yaş ortalaması  $47,2 \pm 11,1$  (19-71 yaş aralığında) olup, %37,8'si 41-50 yaş ve 51 yaş ve üzerinde yaş gruplarında yer aldı. Bakım vericilerin %61,1'inin kadın cinsiyette (n=55), dörtte üçünden fazlasının evli (%76,7) ve yarısından fazlasının ilköğretim ve altında eğitim düzeyine sahip olduğu (n=50) belirlendi. Tam olarak %60'ı çalışmadığını belirten bakım vericilerin (n=54), beşte üçünden fazlası ekonomik durumunu ortalama olarak nitelendirdi (%64,4). Ruh sağlığı bozuk bireylerin tıbbi tanısını, bakım vericilerin %41,1'i kimsenin bilmesini istemediğini (n=37) ve %24,4'ü herkesin bilmesini istediğini (n=22) belirtti. (Tablo 6-2).



### 6.3. Ruh Sağlığı Bozuk Bireyler ve Primer Bakım Vericilerinin Yanıtladığı Ölçek ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları

Tablo 6-3: Ruh Sağlığı Bozuk Bireyler ve Primer Bakım Vericilerinin Ölçek ve Alt Boyutları Puan Ortalamaları (n=90)

Ölçekler ve Alt Boyutları	Sayı	Puan Aralığı	İç Tutarlılık Katsayısı
<b>Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği</b>	34,78 ± 4,70	0-60	0,75*
Müdahalecilik	9,85 ± 2,08	0-15	0,69*
Duygusal Tepki	6,72 ± 2,00	0-15	0,67*
Hastalığa Karşı Tutum	9,51 ± 1,74	0-15	0,65*
Hoşgörü ve Beklentiler	8,70 ± 1,45	0-15	0,61*
<b>Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği</b>	53,96 ± 16,42	0-105	0,86**
Tehlikelilik	21,60 ± 6,59	0-40	0,67**
Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	31,23 ± 10,31	0-55	0,81**
Utanma	1,13 ± 2,13	0-10	0,63**
<b>Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği</b>	40,41 ± 6,69	21-105	0,70**
İyi Niyet	18,61 ± 3,15	9-45	0,65**
Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	15,58 ± 4,41	10-50	0,60**
Korku/Dışlama	6,21 ± 1,82	2-10	0,62**

Ölçek ve alt boyutları puan ortalamaları ve iç tutarlılık katsayıları, Tablo 6-3’de sunulmaktadır. Ruh sağlığı bozuk bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği puan ortalaması  $34,78 \pm 4,70$  olarak belirlendi. Alt boyut puan ortalamalarının yüksekten düşüğe doğru müdahalecilik ( $9,85 \pm 2,08$ ), hastalığa karşı tutum ( $9,51 \pm 1,74$ ), hoşgörü ve beklentiler ( $8,70 \pm 1,45$ ) ve duygusal tepki ( $6,72 \pm 2,00$ ) şeklinde sıralandığı saptandı. Ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puan ortalaması,  $53,96 \pm 16,42$  olarak belirlendi. Alt boyut puan ortalamalarının yüksekten düşüğe doğru çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ( $31,23 \pm 10,31$ ), tehlikelilik ( $21,60 \pm 6,59$ ) ve utanma ( $1,13 \pm 2,13$ ) şeklinde sıralandığı saptandı. Ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği puan ortalaması,  $40,41 \pm 6,69$  olarak belirlendi. Alt boyut puan ortalamalarının yüksekten düşüğe doğru iyi niyet ( $18,61 \pm 3,15$ ), toplum ruh sağlığı ideolojisi ( $15,58 \pm 4,41$ ) ve korku/dışlama ( $6,21 \pm 1,82$ ) şeklinde sıralandığı saptandı

Ölçeklerin iç tutarlılık kat sayıları incelendiğinde; Kuder Richardson 20 kat sayısı, Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği toplamında 0.75 olduğu ve alt boyutlarda 0,61-0,69 arasında değiştiği saptandı. Cronbach's alfa kat sayısı ise Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği için 0,86 ve Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği için 0,70 olarak bulunurken, alt boyutlarda sırasıyla 0,60-0,81 ve 0,60-0,65 arasında değiştiği saptandı.(Tablo 6-3).

#### 6.4. Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri İle Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6-4: Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Tanıtıcı Özellikleri ile Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=90)

Tanıtıcı Özellikler	Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği	
	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri
<b>Yaş Grupları</b>		
30 yaş ve altı	34,25 ± 6,38	KW=3,117 p=0,374
31-40 yaş	34,73 ± 2,95	
41-50 yaş	34,77 ± 3,46	
50 yaş ve üzeri	35,77 ± 4,26	
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	36,61 ± 4,87	Z=-1,912 p=0,056
Erkek	34,06 ± 4,46	
<b>Medeni Durum</b>		
Evli	34,61 ± 3,42	Z=-0,90 p=0,929
Bekar	34,88 ± 5,27	
<b>Eğitim Düzeyi</b>		
İlköğretim ve altı	35,69 ± 5,31	Z=-2,285 p=0,022
Orta öğretim ve üzeri	33,37 ± 3,10	
<b>Çalışma Durumu</b>		
Evet	34,58 ± 5,14	Z=-0,326 p=0,744
Hayır	34,83 ± 4,62	

<b>Gelir Düzeyi Algısı</b>		
Ortalamanın üzeri	34,54 ± 5,39	KW=2,259 p=0,323
Ortalama	34,08 ± 3,58	
Ortalamanın altı	36,60 ± 6,27	
<b>Tıbbi Tanısını Bilme Durumu</b>		
Evet	34,41 ± 4,82	Z=-1,758 p=0,079
Hayır	35,95 ± 4,16	
<b>Tıbbi Tanısı</b>		
Şizofreni	35,26 ± 5,53	Z=-0,705 p=0,481
Bipolar bozukluk	34,31 ± 3,69	
<b>Hastalık Süresi</b>		
5 yıl altında	35,43 ± 6,15	KW=2,670 p=0,263
5-9 yıl	34,08 ± 4,97	
10 yıl ve üzeri	35,21 ± 3,63	
<b>Psikiyatride Hastane Yatışı</b>		
Var	34,64 ± 4,81	Z=-0,956 p=0,339
Yok	35,61 ± 4,01	
<b>Psikiyatride Hastane Yatışı Sayısı</b>		
1 kere	34,32 ± 4,13	KW=2,718 p=0,437
2-3 kere	34,93 ± 5,35	
4-5 kere	35,40 ± 3,92	
6 ve üzeri	33,90 ± 5,82	

Ruh sağlığı bozuk bireylerin tanıtıcı özellikleri ile Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular, Tablo 6-4'de gösterilmektedir. Ruh sağlığı bozuk bireylerin eğitim düzeyleri ile Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). Eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olan bireylerin puan ortalamasının, ortaöğretim ve üzerinde olanlara göre yüksek olduğu saptandı. Ruh sağlığı bozuk bireylerin diğer tanıtıcı özellikleri ile Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı saptandı ( $p > 0,05$ ). (Tablo 6-4)

## 6.5. Primer Bakım Vericilerin Tanıtıcı Özellikleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Tablo 6-5: Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Primer Bakım Vericilerinin Tanıtıcı Özellikleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=90)

Tanıtıcı Özellikler	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği		Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği	
	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri	Ort. ± S.S.	Test ve p Değeri
<b>Yakınlık Derecesi</b>				
Anne	55,80 ± 18,79	KW=6,174 p=0,290	41,30 ± 7,29	KW=4,195 p=0,522
Baba	52,61 ± 14,12		38,00 ± 5,18	
Kardeş	60,46 ± 16,38		41,26 ± 10,18	
Çocuk	54,30 ± 20,86		38,70 ± 3,46	
Eş	50,33 ± 15,62		40,70 ± 6,08	
Akraba	49,87 ± 7,91		41,75 ± 3,65	
<b>Yaş Grupları</b>				
40 yaş ve altı	51,77 ± 18,03	KW=1,223 p=0,543	39,50 ± 8,47	KW=2,213 p=0,331
41-50 yaş	56,08 ± 17,98		41,23 ± 6,47	
51 yaş ve üzeri	53,26 ± 13,74		40,17 ± 5,63	
<b>Cinsiyet</b>				
Kadın	54,83 ± 17,75	Z=-1,118 p=0,264	40,76 ± 7,54	Z=-0,100 p=0,921
Erkek	52,60 ± 14,22		39,85 ± 5,12	
<b>Medeni Durum</b>				
Evli	54,01 ± 16,39	Z=-0,382 p=0,703	39,04 ± 5,84	Z=-3,466 p=0,001
Bekar	53,80 ± 16,93		44,90 ± 7,43	
<b>Eğitim Düzeyi</b>				
İlköğretim ve altı	58,38 ± 15,88	Z=-3,164 p=0,002	41,70 ± 7,46	Z=-1,595 p=0,111
Orta öğretim ve üzeri	48,45 ± 15,57		38,80 ± 5,22	
<b>Çalışma Durumu</b>				
Evet	51,44 ± 15,60	Z=-1,388 p=0,165	40,66 ± 6,54	Z=-0,462 p=0,644
Hayır	55,64 ± 16,88		40,24 ± 6,84	
<b>Gelir Düzeyi Algısı</b>				
Ortalamanın üzeri	57,46 ± 18,72	KW=1,782 p=0,410	43,33 ± 10,25	KW=0,524 p=0,789
Ortalama	52,62 ± 16,16		39,86 ± 5,66	
Ortalamanın altı	55,47 ± 15,60		39,58 ± 5,73	
<b>Hastalığın Bilinmesi Durumu</b>				
Akrabalar	53,93 ± 19,66	KW=0,645 p=0,886	41,73 ± 6,31	KW=2,573 p=0,462
Arkadaşlar-Komşular	56,12 ± 18,87		40,12 ± 7,37	
Hiç kimse	52,67 ± 14,82		40,27 ± 4,97	
Herkes	54,59 ± 15,74		39,95 ± 8,96	

Ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin tanıtıcı özellikleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılmasına ilişkin bulgular, Tablo 6-5'te gösterilmektedir. Ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin medeni durumları ile Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ( $p<0,01$ ). Bekar olan bakım vericilerin puan ortalamasının, evli olanlara göre yüksek olduğu saptandı. Ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin eğitim düzeyleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ( $p<0,01$ ). Eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olan bireylerin puan ortalamasının, ortaöğretim ve üzerinde olanlara göre yüksek olduğu saptandı. Ruh sağlığı bozuk bireylerin diğer tanıtıcı özellikleri ile Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olmadığı saptandı ( $p>0,05$ ). (Tablo 6-5)

**6.6. Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği ile Primer Bakım Vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki**

Tablo 6-6: Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği ile Primer Bakım Vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki (n=90)

Ölçekler ve Alt Boyutları	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1. Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği	1,000												
2. Müdahalecilik	0,48**	1,000											
3. Duygusal Tepki	0,66**	0,15	1,000										
4. Hastalığa Karşı Tutum	0,65**	-0,02	0,33**	1,000									
5. Hoşgörü ve Beklentiler	0,64**	0,18*	0,34**	0,26**	1,000								
6. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği	0,22*	0,15	0,21*	0,09	0,04	1,000							
7. Tehlikelilik	0,19*	0,06	0,20*	0,11	0,05	0,89**	1,000						
8.Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	0,24**	0,20*	0,21*	0,07	0,05	0,94**	0,72**	1,000					
9. Utanma	0,07	0,05	0,01	0,10	0,01	0,39**	0,32**	0,27**	1,000				
10. Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği	0,15	0,05	0,18*	0,14	0,06	0,05	0,05	0,01	0,27**	1,000			
11. İyi Niyet	0,06	-0,01	0,11	0,13	-0,01	0,04	0,01	0,02	0,11	0,68**	1,000		
12.Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi	0,25**	0,05	0,20*	0,27**	0,08	0,13	0,18*	0,03	0,40**	0,84**	0,37**	1,000	
13. Korku/Dışlama	-0,15	0,10	-0,09	-0,28**	-0,01	-0,26**	-0,28**	-0,22*	-0,19*	0,18*	-0,09	-0,11	1,000

Ruh sağlığı bozuk bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği ile primer bakım vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği puan ortalamaları arasındaki ilişki, Tablo 6-6 'da sunulmaktadır.

Ruh sağlığı bozuk bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği puan ortalaması ile primer bakım vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ( $r=0,22$ ;  $p<0,05$ ), tehlikelilik alt boyutu ( $r=0,19$ ;  $p<0,05$ ), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ( $r=0,24$ ;  $p<0,001$ ) ve Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği toplum ruh sağlığı ideolojisi alt boyutu ( $r=0,25$ ;  $p<0,001$ ) puan ortalamaları arasında anlamlı derecede pozitif yönlü ilişki bulundu.

Ruh sağlığı bozuk bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği müdahalecilik alt boyutu puan ortalaması ile primer bakım vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ( $r=0,20$ ;  $p<0,05$ ) puan ortalamaları arasında anlamlı derecede pozitif yönlü ilişki bulundu.

Ruh sağlığı bozuk bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği duygusal tepki alt boyutu puan ortalaması ile primer bakım vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ( $r=0,21$ ;  $p<0,05$ ), tehlikelilik alt boyutu ( $r=0,20$ ;  $p<0,05$ ), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ( $r=0,21$ ;  $p<0,05$ ), Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği ( $r=0,18$ ;  $p<0,05$ ), toplum ruh sağlığı ideolojisi alt boyutu ( $r=0,20$ ;  $p<0,05$ ) puan ortalamaları arasında anlamlı derecede pozitif yönlü ilişki bulundu.

Ruh sağlığı bozuk bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği hastalığa karşı tutum alt boyutu puan ortalaması ile primer bakım vericilerinin Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği toplum ruh sağlığı ideolojisi alt boyutu ( $r=0,27$ ;  $p<0,001$ ) puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ve korku/dışlama alt boyutu ( $r=-0,28$ ;  $p<0,001$ ) puan ortalamaları arasında negatif yönlü anlamlı derecede ilişki bulundu.

Ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ile Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği korku/dışlama alt boyutu puan ortalaması arasında anlamlı derecede negatif yönlü ilişki bulundu ( $r=-0,26$ ;  $p<0,001$ )

Ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği tehlikelilik alt boyutu ile Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği toplum ruh sağlığı ideolojisi alt boyutu puan ortalamaları arasında

pozitif yönlü ( $r=0,18$ ;  $p<0,05$ ) ve korku/dışlama alt boyutu puan ortalaması arasında negatif yönlü ( $r=-0,28$ ;  $p<0,001$ ) anlamlı derecede ilişki bulundu.

Ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ile Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği korku/dışlama alt boyutu puan ortalaması arasında negatif yönlü ( $r=-0,22$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı derecede ilişki bulundu.

Ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği utanma alt boyutu ile Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği toplum ruh sağlığı ideolojisi alt boyutu puan ortalamaları arasında pozitif yönlü ( $r=0,40$ ;  $p<0,001$ ) ve korku/dışlama alt boyutu puan ortalaması arasında negatif yönlü ( $r=-0,19$ ;  $p<0,05$ ) anlamlı derecede ilişki bulundu.



## 7. TARTIŞMA

Ruhsal hastalıklar bireyde mesleki, toplumsal ve öz bakım alanlarında işlevselliğin bozulması ile ortaya çıkmakta olup, günlük işlevler ve uyumda yetersiz olma durumu meydana getirmektedir. (86) Ruhsal bozukluğu olan bireylerin aile içi ilişkileri hastalığın prognozunda önemli bir role sahiptir. Duygu Dışavurumu(DD) kavramı hasta birey ile ilişkili olmayıp, hastalarına karşı ailenin gösterdiği olumsuz tutumlar ve ailedeki ortamın bir ölçüsü olarak ifade edilmektedir. (87) Ancak yakın geçmişte Przeworski ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DD'nin aile ortamının atmosferi ile ilgili genel bir kavram olarak değil de, kişilerarasındaki ikili ilişkiye özgü olduğunu belirtmiştir. (88) Duygu Dışavurumu kavramının kronik ruhsal bozuklukların prognozunu yordayabildiği belirlenmiştir. (87) Hastalık ile ilk karşılaşmalar aile bireyleri olduğu için, hasta yakınlarının hissettiklerinin ruhsal bozukluklara ilişkin görüş ve tutumları etkilediği bildirilmektedir. (75) Olumsuz inanç ve tutumların bir getirisi olan damgalama tüm dünya ülkelerinde görülmektedir ve ruhsal bozukluğa sahip bireyler üzerinde olumsuz etkilere sahiptir. Bu olumsuz etkiler geçmişten günümüze kadar yapılan çalışmalar ile desteklenmiştir. (2)

Bu araştırmadan elde edilen sonuçlar bize ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin farklı sorunlar yaşadıklarını, primer bakım vericilerin medeni durumu bekar olanların ruhsal hastalığa yönelik tutumlarını etkilediğini, eğitim düzeyinin ilköğretim ve altında olanların ruhsal hastalığa yönelik inançlarını etkilediği, DVDD ile inanç ve tutumlar arasında ilişkiler olduğu görülmüştür. Elde edilen bulgular literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Araştırmaya katılan ruh sağlığı bozuk olan bireylerin %34.4 (n=31) 30 yaş ve altı aralığında, erkek, bekar, eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olduğu, herhangi bir işte çalışmadıkları, gelir düzeylerini orta olarak ifade ettikleri, tıbbi tanılarını bildiklerini, hastalık süresinin 5-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri olduğunu, hastane yatışlarının olduğunu ve en çok 2-3 kez aralığında yatışlarının olduğu belirlenmiştir. Lally ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada erkeklerde psikiyatrik bozuklukların daha fazla olduğunu saptamıştır. (89) Literatürdeki bir başka çalışma incelendiğinde ise; Şahin ve Elboğa (2019) ortalama yatış sayısını 3 kez olarak bildirmiştir. Yine aynı

çalışmada hastaların ortalama yaşı, yatış sayısı, medeni durumu, eğitim düzeyi, tanı dağılımı gibi parametrelerde anlamlı fark bulunmazken, cinsiyet dağılımının gruplar arasında farklılık göstererek erkek hasta sayısının %63,64 olduğunu bildirmiştir. (77) Literatüre bakıldığında araştırmamızın sonuçları paralellik göstermektedir.

Araştırmada ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin primer bakım vericilerinin tanıtıcı özelliklerine bakıldığında; %26.7'sinin (n=24) bakım vericisinin eşleri olduğu, 41-50 yaş ve 51 yaş ve üzeri aralığında, kadın, evli, eğitim düzeyi ilköğretim ve altı olduğu, herhangi bir işte çalışmadıkları, gelir düzeylerini ortalama olarak ifade ettikleri belirlenmiştir.. Tel ve Ertekin Pınar'ın (2013) yapmış olduğu çalışmada ise; primer bakım vericilerin %42.7' sinin eşi, yaş ortalamalarının 40.20± 11.87, %60.2'sinin kadın, %73.8'nin evli, %47.6'sının ilkokul mezunu olduğunu ve %56.3'nün herhangi bir işte çalışmadığını bildirmiştir. (20)

Araştırmamızda bir başka bulgu olarak hastalığın hiç kimse tarafından bilinmesini istemesi %41.1, akrabalar tarafından bilinmesin %16.7, arkadaş-komşular bilmesin %17.8, herkes tarafından bilinsin %24.4 olarak belirlenmiştir. Araştırmamızda hastanın hastalığının bilinmek istenmeyişinin yüksek çıkmasının nedeni toplumumuzdaki kültürel yapı ve düşünceler ile ilişkilendirilebilir. Özbaş ve ark.(2008)'in ruhsal bozukluğa sahip bireye sahip aileler ile yaptığı çalışmada ise; hastalığı aile çevresinin bilmesi (evet- %96.4), akrabaların bilme durumu (hayır- %52.2), komşuların bilme durumu (hayır- %72.5), arkadaşların bilme durumu (hayır- %71) olarak belirlemiştir. (14) Avcil ve arkadaşları(2016) ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin yakınlarının, etiketlenme ve reddedilme korkusu nedeni ile bakım verdikleri bireylerin ruhsal bozukluğunu gizleyip, suçluluk duyguları yaşayabileceğini bildirmiştir. (90)

Araştırmada ruhsal bozukluğa sahip olan bireylerin algıladığı dışa vurulan duygulanım düzeyi ve alt boyut puanları incelenmiştir. Buna göre ölçek toplam puanı 34,78 ± 4,70 olup, ölçeğin en yüksek değeri 60, en düşük değeri 0 olarak belirtilmiştir. Ölçekten elde edilen puanların artması olumsuz bir gösterge olup, duygu dışavurum düzeyini arttırmaktadır. Buna göre araştırmaya katılan bireylerin duygu dışavurum düzeyinin orta düzey olduğu sonucuna ulaşılabilir. Hastaların DVDD'lerinin yüksek olmamasının nedeni olarak; TRSM'ye kayıtlı, düzenli takip ve

tedavilerine geliyor olmaları, sağlık profesyonelleri/danışmanları ile karşılıklı güvene dayalı sağlıklı bir iletişim sürdürüyor olmaları, TRSM hizmetlerinden faydalanmaları(grup terapileri, beceri eğitimleri, iş uğraş terapileri vb.) olarak düşünüldü. Ölçeğin alt boyut puanları ise yüksekte düşüğe doğru olarak; Müdahalecilik  $9,85 \pm 2,08$ , Hastalığa Karşı Tutum  $9,51 \pm 1,74$ , Hoşgörü ve Beklentiler  $8,70 \pm 1,45$  ve Duygusal Tepki  $6,72 \pm 2,00$  olarak belirlendi. Alt boyutların detaylı açıklamaları materyal metot bölümünde verilmiştir. DVDD ölçeğinin alt boyutlarından alınabilecek en yüksek 15 en düşük değer 0 puan olduğu göz önünde bulundurulduğunda, Müdahalecilik ve Hastalığa Karşı Tutum alt boyutlarının yükseğe yakın olduğunu söyleyebiliriz. Bakım vericilerin hastalığa ve hastalarına karşı eleştirel bir tutum içerisinde olduğu sonucuna ulaşılabilir.

Duygu dışavurumu ile yapılan çalışmalara bakıldığında klinik örneklem ve aileleri ile yapıldığı görülmektedir. (91, 92, 93, 94) Literatür incelendiğinde hastaların duygu dışavurumlarını belirlemek üzere yapılan çalışmalar daha çok, ailelerin ya da yakınlarının duygu dışavurumlarını belirlemek üzere yapılan çalışmalar olduğu görüldü. Köroğlu ve Hacıoğlu (2017), ailedeki duygu dışavurumunun niteliğinin hastalığın prognozu açısından önemli bir rol üstlendiğini bildirmektedir. (22) Akgülle (2014) yüksek duygu dışavurumuna sahip olan ailelerin aşırı müdahaleci ve suçlayıcı, çok konuşup az dinleyen, hastalarının rol yaptıklarına dair şüpheli davranışlarının olduğunu; düşük duygu dışavurumuna sahip olan ailelerin ise daha anlayışlı, yardımsever, kabullenici ve duyarlı olduklarını bildirmiştir. (95)

Ülkemizde yürütülen çalışmalarda ise Duygu Dışavurum Ölçeği hem hasta bireye hem de yakınlarına uygulanan formların kullanılması ile desteklenmiştir. Baştuğ ve Karancı (2015) çalışmasında; hastanın algılamış olduğu duygu dışavurumunun, bakım veren yakının duygu dışavurumuna oran ile hastalığın şiddeti üzerinde daha önemli bir etken olduğunu ifade etmiştir. (96) Kocabıyık ve arkadaşları (2005)' e göre ise; duygu dışavurumunun düşük olması, daha az relaps ve hastane yatışı ile ilişkisinin olduğunu ifade etmiştir. (97) Çağlar(2018) hastanın algıladığı duygu dışavurum yüksekliğinin içselleştirilmiş damgalamayı arttırabileceğini bildirmiştir. (27)

Araştırmamızda elde edilen bir başka bulgu ise; ruh sağlığı bozuk bireylerin eğitim düzeyleri ile Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ( $p < 0,05$ ). Eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olan bireylerin puan ortalamasının, ortaöğretim ve üzerinde olanlara göre yüksek olduğu saptandı. Araştırmaya katılan ruh sağlığı bozuk bireylerinin büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı düzeyinden oluşması, ortaöğretim ve üzeri bireylerden yüksek dışa vurulan duygulanım düzeyine sahip olmasını etkileyebileceği düşünüldü.

Literatürde eğitim düzeyi ve duygu dışavurumu ile ilgili veriler oldukça kısıtlıdır. Öğrenciler ile ilgili yapılan bir araştırmada akademik puanı 'iyi' olanların öfke kontrol düzeyleri, diğer öğrencilere oranla daha yüksek bulunmuştur. (98) Gök 2017'nin çalışmasına göre ise; eğitim durumu ilköğretim olan hastaların öfkelerini dışavurumları, eğitim durumu üniversite ve lisansüstü olan hastalardan daha yüksek bulunmuştur. (99) Çağlar(2018) ise şizofreni tanılı bireyler ile yapmış olduğu çalışmada, eğitim durumlarına göre DVDD Ölçeği ve alt boyut puanları arasında anlamlı bir istatistiksel farklılık olmadığını bildirmiştir. Baz(2018)'in yapmış olduğu çalışmada; hastaların diğer sosyodemografik değişkenleri ile (yaş, cinsiyet vb.) DVDD Ölçeği arasında anlamlı korelasyonun istatistiksel olarak bulunmadığını bildirmiştir. (100) Literatürde yer alan bu çalışmalar ile araştırmamızdan elde edilen sonuç kısmen uyumludur.

Ruhsal hastalığın varlığının inanç ve tutumlarını etkileyebileceği düşünüldüğünden araştırmada primer bakım vericilere ailelerinde ruhsal hastalık öyküsü olup olmadığı soruldu. %70'i (n=63) var olarak bildirdiler. Yüksel ve ark. (2015) öğretim elemanları ile yaptığı çalışmada; ailesinde ruhsal hastalık öyküsü bulunmayanların ruhsal hastaların normal kişilerden farklı ve onlardan aşağı olduklarına ilişkin görüşe sahip olduklarını belirlemiştir. Yine aynı çalışmada ailesinde ruhsal hastalık öyküsü olanların ise ruhsal hastalara karşı daha koruyucu ve insancıl görüşe sahip olduklarını bildirmiştir. (73)

Araştırmamızda RHYİÖ toplam puanı  $53.96 \pm 16.42$  olarak belirlenmiştir. Yüksek puan olumsuz inanç anlamına gelmektedir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puanın 105 olduğu göz önünde bulundurulduğunda toplam ölçek puanının orta

düzeyde olduğu sonucuna ulaşılabilir. Tehlikelilik ve Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma, alt ölçeklerinden elde edilen puanların orta düzeyde olduğu görülmektedir. Yüksek puanın olumsuz inanç anlamına geldiği göz önünde bulundurulursa, toplam ölçek puanının ve bu alt ölçek puanlarının yüksek çıkmamasının nedeni; primer bakım vericilerin TRSM hizmetlerinden(aile eğitimleri, aile görüşmeleri vb.) yararlanması, tedavi sürecine aktif katılıyor olmaları, bakım verdikleri bireylerin danışmanları ile bilgi alışverişi ve iletişim süreçlerinin sağlıklı yürütülüyor olmasının neden olabileceği düşünüldü. Utanma alt ölçeği ise anlamlı derecede düşük olarak saptanmıştır. Buradan elde edilen sonuca göre bakım verenlerin ruhsal hastalığı utanç verici bir durum olarak görmediği sonucuna ulaşılabilir. Avcil ve ark.(2016) Dünya genelinde ruhsal bozukluklara yönelik inançların genellikle olumsuz olduğunu bu sebeple birçok hastanın hastalığını saklama tutumu içerisinde olduğunu bildirmiştir. Ruhsal hastalıklara yönelik inançların incelendiği farklı ulusal çalışmaların sonuçlarına göre; insanların ruhsal hastalıklara ilişkin inançlarının genellikle olumsuz olduğu, ruhsal bozuklukları tehlikeli gördükleri, kişilerarası ilişkilerin bozulacağı, çaresizlik inancının yüksek, utanma inancının düşük olduğu belirlendi. (101, 102, 103) Yapılan çalışmaların sonuçları araştırmamız ile karşılaştırılınca uyumlu olduğu görülmektedir.

Araştırmada RSTTÖ toplam puanı  $40,41 \pm 6,69$  olarak belirlenmiştir. Ölçekten elde edilebilecek en yüksek puanın 105 olduğu göz önünde bulundurulduğunda toplam ölçek puanının yüksek olmadığı sonucuna ulaşılabilir. Alt ölçeklerinden İyi Niyet ve Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi' nin de anlamlı derecede yüksek olmadığı belirlenmiştir. Ruhsal sorunları olan bireylere yönelik tutumların yeteri düzeyde olmadığı sonucuna buradan ulaşılabilir. Ruh sağlığı bozuk bireylerin korunması, üzerimize düşen görevlerin yerine getirilmesi, tedavinin toplum içinde sağlanması gibi konularda eksikliklerin olduğu düşünülmektedir. Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt boyutunun eğitim düzeyi ile ilişkili olabileceği düşünüldü. Gür ve Küçük (2016)'ın çalışmasında üniversite mezunlarının toplum ideolojisi puanının yüksek olduğunu; Reta et al. (2016) çalışmasında eğitim düzeyinin artması ile toplum ideolojisi puanının arttığını; Telles-Coreira et al. (2015) 'in tıp fakültesi öğrencileri ile yapmış olduğu çalışmada eğitim yıllarının artması ile ruhsal bozukluklara karşı tutumların olumlu olarak arttığını bildirmiştir. (104, 105) Araştırmaya katılan primer

bakım vericilerin büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı düzeyinden oluşması toplam ölçek puanının ve Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt boyutunun düşük çıkmasına neden olabileceği düşünüldü. Diğer yandan Korku/Dışlama alt ölçeğinin puanı orta düzey olarak saptanmıştır. Bu kısmen olumlu bir göstergedir. Genel olarak toplumdaki tutumların olumsuz olduğu göz önünde bulundurulursa, ruh sağlığı bozuk bireylerin toplumdan uzak, izole bir yaşam sürdürmelerini istemedikleri sonucuna ulaşılabılır.

Ulusal literatür incelendiğinde ruhsal bozukluğa sahip bireylere yönelik toplumun tutumları ile ilgili yapılan ilk araştırma Ankara'nın Nallıhan ilçesinin bir köyünde bulunan aileler ve Çankaya ilçesinde bulunan 150 aile ile yapılmıştır. Çalışmanın sonucunda kadın ve erkekler, köy ve kent aileleri arasında tutumların farklılık içermediği, fakat kadınların doğaüstü güçlerden etkilendiği bildirilmiştir. (106) Ancak tam tersi sonuç bildiren bir başka çalışmada ise; kırsal alandaki kadınların ruhsal hastalıklara yönelik daha olumsuz tutum ve damgalamaları olduğu bildirilmiştir. (107) Alpan ve ark.(2018)'in sağlık bilimleri fakültesinde öğrenciler ile yapmış olduğu çalışmada yarıya yakın katılımcının şizofrenili bireylere yönelik olumsuz tutumlara sahip oldukları sonucuna ulaşmıştır. (108) Tümer ve ark. (2019)'un çalışmasında kadınların ruhsal hastalığı ve hastaları erkeklere oranla daha kabullenici bir tutum içerisinde olduklarını, kentsel çevredekilerin kırsaldakilere göre daha olumsuz tutum sergilediklerini, üniversite ve lise mezunlarının daha kabullenici bir tutum içerisinde olduklarını bildirmiştir. (109) Literatür sonuçları birbirinden farklılık göstermektedir.

Araştırmamızda ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin medeni durumları ile RSTTÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ( $p<0,01$ ). Bekar olan bakım vericilerin puan ortalamasının, evli olanlara göre yüksek olduğu saptandı. Yıldız (2018) çalışmasında ise RSTTÖ'den elde edilen puanların medeni duruma göre farklılık göstermediğini bildirmiştir. Araştırmamızdan elde edilen bir başka sonuç olarak ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerinin eğitim düzeyleri ile RHYİÖ puan ortalamaları arasında ileri düzeyde anlamlı derecede farklılık olduğu belirlendi ( $p<0,01$ ). Eğitim düzeyi ilköğretim ve altında olan bireylerin puan ortalamasının, ortaöğretim ve

üzerinde olanlara göre yüksek olduğu saptandı. Alınan yüksek puanın olumsuz inançlara sahipliği arttırdığı düşünülürse bu olumsuz bir göstergedir. Araştırmaya katılan primer bakım vericilerin büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı düzeyinden oluşması ve ülkemizde ruh sağlığı okuryazarlığının çok düşük oranda olmasının inanç düzeyini etkileyebileceği düşünüldü.

Literatüre bakıldığında Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği ve alt boyutları eğitim durumuna göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Eğitim durumu ile ilgili diğer çalışmalar ise tartışmalıdır. Vicente ve ark. (1993) yapmış olduğu çalışmada; eğitim düzeyi üniversite ve üzeri olan kişilerin diğer eğitim düzeylerine göre ruhsal hastalığa ilişkin tutumlarının daha olumlu olduğu belirlenmiştir. 1994'te Angermeyer ve Matshinger tarafından Almanya'da yapılan geniş ölçekli bir çalışmada; eğitim durumu ile şizofreniye ilişkin tutumlar arasında fark bulunamadığı belirtilmiştir. Yıldırım ve ark.(2018)'in acil servis çalışanları ile yapmış olduğu çalışmada; sağlık çalışanlarının eğitim durumlarına göre inançlarında anlamlı bir fark bulunmadığını bildirmiştir. (110)

Çam ve Bilge (2011)'in çalışmasına göre; Ruhsal sorunları olan bireylere yönelik toplum tutumları ölçeği ve ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puan ve alt ölçek ortamları cinsiyet ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir. (72) Çam ve Bilge (2013)' de yapmış olduğu Türkiye'de Ruhsal Hastalığa/Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme çalışmasının sonuçlarına göre ise sosyodemografik verilerin (cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi vb.), hastalık hakkında bilgi sahibi olunması, hastalar ile kişisel paylaşımların olması, hastalığın psikopatolojisi ve etiketi gibi parametrelerin inançlar üzerinde etkili olduğunu bildirmişlerdir. (111) Araştırma sonuçları subjektif verilere dayanarak oluşturulduğundan inanç ve tutum kavramlarının değişiklik gösterebileceği düşünülmektedir.

Ruh sağlığı bozuk bireylerin DVDD Ölçeği ile RHYİÖ ve RSTTÖ puan ortalamaları arasındaki ilişki incelendiğinde; DVDD puan ortalaması ile RHYİÖ ve RHYİÖ'nin Tehlikelilik ve Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutları arasında pozitif yönlü ilişki bulundu. Bakım verenlerin, ailenin ya da toplumun ruh sağlığı bozuk olan bireyleri tehlikeli olarak görmesi ve kişilerarası ilişkilerin çaresizlikle

beraber olumsuz olarak değerlendirilmesi, olumsuz inançlara sahip olunması bireylerin dışı vurulan duygulanımını arttıracaktır. DVDD'nin yüksek olması olumsuz bir gösterge olduğundan bu yönde pozitif bir ilişki beklenen bir durumdur. Benzer bir sonuç olarak DVDD Ölçeği Duygusal Tepki alt boyutu puan ortalaması ile RHYİÖ, Tehlikelilik alt ölçeği, Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği arasında da pozitif yönlü ilişki saptanmıştır.

DVDD Ölçeği Müdahalecilik alt boyutu ile RHYİÖ'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt boyutları arasında da pozitif yönlü ilişki saptanmıştır. Hasta ile iletişimde eleştirel davranılmasının bir getirisi olarak kişilerarası ilişkilerde engellemelerin olması kaçınılmaz olacaktır.

RHYİÖ'nin Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği ile RSTTÖ'nün Korku/Dışlama alt ölçeği arasında anlamlı derecede negatif yönlü ilişki saptanmıştır. Benzer bir sonuç olarak Yıldız 2018'de ruhsal hastalığa sahip olan bireylere duyulan korku ne kadar çok ise, bu bireylerde çaresizlik temelli duyguların ve kişilerarası ilişkilerdeki bozulmanın o kadar çok olacağını bildirmiştir. Bilge ve Çam (2006) benzer yönde ve kuvvette ilişki saptamışlardır.

Tüm bu bulgular beraber değerlendirildiğinde dışı vurulan duygulanım düzeyi ile inanç ve tutumlar arasında ilişki bulunduğunu söylemek mümkündür.



## 8. SONUÇ

Ruh sağlığı bozuk bireylerin dışı vurulan duygulanım düzeyleri ile primer bakım vericilerinin hastalığa yönelik inanç ve tutumları arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla yapılan bu çalışmada;

Araştırmaya katılan ruh sağlığı bozuk olan bireylerin yaş grupları en yüksek 30 yaş ve altı %34,4 (n=31) olarak bulunmuştur. Cinsiyet dağılımlarının %53,3'nün (n=48) erkek, %65,6'sının (n=59) bekar, eğitim düzeylerinin %61,1 (n=55) ile ilköğretim ve altı olduğu, %81,1'nin (n=73) herhangi bir işte çalışmadığı, gelir düzeylerinin %62,2'sinin (n=56) ortalama olduğu, tıbbi tanılarını %75,6'sının (n=68) bildikleri, hastalık sürelerinin %41,1'nin (n=37) 5-9 yıl ve 10 yıl ve üzeri oldukları, hastane yatışlarının %85,6'sının (n=77) mevcut olduğunu ve yatış sayılarının %40,3'nün (n=31) 2-3 kere olduğu saptanmıştır.

Araştırmaya katılan ruh sağlığı bozuk bireylerin primer bakım vericilerin %26,7'sinin (n=24) eşi, %22,2'sinin (n=20) annesi, %16,7'sinin (n=15) kardeşi, %14,4'nün (n=13) babası, %11,1'nin (n=10) çocuğu, %8,9'nun (n=8) akrabası oldukları saptanmıştır.

Yaş gruplarına bakıldığında en yüksek %37,8 (n=34) ile 41-50 yaş ve 51 yaş ve üzeri oldukları, %61,1'nin (n=55) kadın, %38,9'nun (n=35) erkek, %76,7'sinin (n=69) evli, %55,6'sının (n=50) eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı düzeyinden oluştuğu, %60'nın (n=54) herhangi bir işte çalışmadığı, %64,4'nün (n=58) gelir düzeylerinin ortalama olduğu saptandı.

Primer bakım vericilerin hastalarının hastalıklarının bilinmemesi durumu sorulduğunda; %41,1'i 'hiç kimse bilmesin', %24,4'ü 'herkes bilsin', %17,8'i 'arkadaşlar-komşular bilmesin' ve %16,7'si 'akrabalar bilmesin' olarak saptandı. Ailedeki ruhsal hastalık öyküsünün varlığı ise %70 'var', %30 'yok' olarak belirlendi.

Ruh sağlığı bozuk olan bireylerin Dışı Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği puan ortalamasının  $34,78 \pm 4,70$ , Hastalığı Karşı Tutum alt ölçeği puanı  $9,51 \pm 1,74$ , Duygusal Tepki alt ölçeği puanı  $6,72 \pm 2,00$ , Hoşgörü ve Beklentiler alt ölçeği  $8,70$

$\pm 1,45$ , Dalıcılık/Müdahalecilik alt ölçeği puanının  $9,85 \pm 2,08$  olduğu saptandı. DVDD ölçeğinden elde edilebilecek toplam puanın en yüksek 60, alt ölçeklerden elde edilebilecek puanın ise en yüksek 15 olması sebebi ile; hastaların DVDD ölçek puanının orta düzeyde, alt ölçeklerde Müdahalecilik ve Hastalığa Karşı Tutum alt ölçeklerinin ise yükseğe yakın olduğu söylenebilir.

Primer bakım vericilerin RHYİÖ puan ortalaması  $53,96 \pm 16,42$ , Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma ( $31,23 \pm 10,31$ ), Tehlikelilik ( $21,60 \pm 6,59$ ) ve Utanma alt ölçeği ( $1,13 \pm 2,13$ ) olarak saptandı. RHYİÖ'den alınabilecek en yüksek puanın 105 olması ve yüksek puanın olumsuz inanç anlamına gelmesi nedeni ile ölçek puanının orta düzey olduğu söylenebilir. Tehlikelilik ve Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeklerinin orta düzey, Utanma alt ölçeğinin ise Tablo 6-3'de belirtildiği üzere düşük çıktığı sonucuna ulaşılabilir.

Primer bakım vericilerin RSTTÖ puan ortalamasının  $40,41 \pm 6,69$ , İyi Niyet alt ölçek puanının  $18,61 \pm 3,15$ , Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi alt ölçek puanının  $15,58 \pm 4,41$ , Korku/Dışlama alt ölçek puanının  $6,21 \pm 1,82$  olduğu saptandı. RSTTÖ ölçeğinden en yüksek 105 puan alınabileceği göz önünde bulundurulduğunda tutumların düzeyinin yüksek olmadığı sonucuna ulaşılabilir. Alt ölçeklerin puan aralıkları Tablo 6-3'de belirtildiği üzere; İyi Niyet ve Toplum Ruh Sağlığı İdeolojisi puanlarının da anlamlı olarak yüksek olmadıkları sonucuna ulaşılabilir. Korku/dışlama alt ölçek puanının orta düzey çıkmasının kısmen olumlu bir gösterge olduğu söylenebilir. Ruhsal hastalığa sahip kişilerin toplumdan uzak tutulmasını yüksek oranda istemedikleri sonucuna ulaşılabilir.

Ruh sağlığı bozuk olan katılımcıların tanımlayıcı özellikleri ile DVDD ölçek puanları karşılaştırıldığında; eğitim düzeyleri arasında anlamlı farklılık olduğu görüldü.

Primer bakım veren katılımcıların sosyodemografik özellikleri ile RHYİÖ karşılaştırıldığında eğitim düzeyleri arasında; RSTTÖ karşılaştırıldığında ise medeni durumları arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı.

DVDDÖ ile RHYİÖ ve RSTTÖ karşılaştırıldığında; DVDDÖ ile RHYİÖ ve alt boyutları arasında, DVDDÖ ile RSTTÖ ve alt boyutları arasında, RHYİÖ ile RSTTÖ arasında anlamlı ilişkiler saptandı.

## ÖNERİ

Ruh sağlığı bozuk bireylerin duygu dışavurumları ve primer bakım verenlerin inanç ve tutumlarına yönelik çalışmaların daha fazla örneklem sayısı ile araştırılması yapılabilir.

Ruhsal bozuklukları olan bireylerin algıladıkları yüksek duygu dışavurumu, bakım verenleri ile iletişimlerinin bozulmasına neden olabilir. Bu durum hem aile içi işlevleri etkileyebilir hem de hastalığın prognozu açısından olumsuz sonuçlara neden olabilir. Hastalığa yönelik olumsuz inançların dışa vurulan duygulanımı arttırdığı göz önünde bulundurulursa; bu durumu en aza indirmek için de ailelere yönelik destek ve eğitim çalışmaları halk sağlığı hemşireleri tarafından yapılabilir.

İnanç ve tutumları etkileyen faktörlerin neler olduğuna dair daha fazla araştırmalar halk sağlığı hemşireleri tarafından yapılarak bu faktörlerin azaltılmasına yönelik hizmetler verilebilir.

Toplum davranışlarının halk sağlığı hemşireleri tarafından eğitimler verilerek değiştirilmesi ve toplumda ruhsal bozukluklara yönelik inanç ve tutumların iyileştirilmesi adına sağlık okuryazarlığının arttırılmasına yönelik çalışmalar yapılabilir.

## 9. KAYNAKLAR

- 1) OCAKTAN, M. E., ÖZDEMİR, O., & AKDUR, R. (2004). Birinci Basamakta Ruh Sağlığı Hizmetleri. *Kriz Dergisi*, 12(2), 63-73.
- 2) KÖŞGER, F., & ALTINÖZ, A. E. (2019). Bir Tıp Fakültesinde Öğrenim Görmekte Olan Öğrencilerin Ruhsal Bozukluklara Yönelik Tutumları. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 57-62 DOI: 10.5505/kpd.2018.78941 .
- 3) ISESELO, M., KAJULA, L. J., & MALIMA, K. (2016). The Psychosocial Problems Of Families Caring For Relatives With Mental İllnesses And Their Coping Strategies: A Qualitative Urban Based Study İn Dar Es Salaam, Tanzania . *BMC Psychiatry*, 16:146 DOI 10.1186/s12888-016-0857-y.
- 4) KESSLER, R. C., AGUILAR-GAXIOLA, S., ALONSO, J., CHATTERJI, S., LEE, S., ORMEL, J., et al. (2009). The Global Burden of Mental Disorders: An Update From the WHO World Mental Healt (WMH) Surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 18(1), 23-33.
- 5) TATAR YÜKSEL, Ç., & OFLAZ, F. (2012). Antipsikotik İlaç Kullanan Bir Grup Yatan Hastada İlaç Yönetimi Eğitiminin Değerlendirilmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 3(2), 67-74.
- 6) TUTAREL KIŞLAK, Ş., & GÖZTEPE, I. (2012). Duygu Dışavurumu, Empati, Depresyon ve Evlilik Uyumu Arasındaki İlişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 3(2), 27-46.
- 7) KÜPANA, M. N. (2017). Piyano Öğrencilerinin Duygusal Dışavurum Düzeylerinin İncelenmesi. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*(44), 184-201.
- 8) BERKSUN, O. E. (1992). Şizofrenide Aile Faktörü: Expressed Emotion Ölçek Geliştirme ve Uyarılama Denemesi. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi*, Ankara.

- 9) ORAN DEMİR, M. (2015). Panik Bozukluk Hastalarında Duygu Dışavurumunun Yaşam Kalitesi ve Klinik Özelliklerle İlişkisinin Değerlendirilmesi. Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Tokat.
- 10) YILDIRIM, S., YALÇINER, N., & GÜLER, C. (2017). Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakımveren Yükü: Sistemik Derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 8(3), 165-171.
- 11) EFSANE AKINCI, Ü. (2019). Şizofreni Hastalarının Yaşam Nitelikleri, Hasta Yakınlarının Psikopatolojiye Yönelik İnançları, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Algılanan Aile Yükleri ve Duygu Dışavurumları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi. Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- 12) SHAMSAEI, F., CHERAGHI, F., & BASHIRIAN, S. (2015). Burden on Family Caregivers Caring for Patients with Schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(4), 239-245.
- 13) MALAS, E. M. (2017). Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Psikoloji Bölümü İle Başka Bölüm Öğrencileri Arasında Ruhsal Bozukluklara İlişkin Tutum ve İnançların Karşılaştırılması. Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 14) ÖZBAŞ, D., KÜÇÜK, L., & BUZLU, S. (2008). Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye Sahip Ailelerin Hastalığa Karşı Tutumları. *Düşünen Adam Dergisi*, 21(1-4), 14-23.
- 15) ÇAM, O., & BİLGE, A. (2013). Türkiye’de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- 16) SOYKAL, N. (2019). Ruhsal Bozukluk Tanılı Hastaların Bildirdikleri Sorunlar ile İşlevsellik ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- 17) ŞİMŞEK ARSLAN, B., & BULDUKOĞLU, K. (2018). Ruhsal Hastalık Deneyiminden Büyüme Mümkün Müdür?: Psikiyatri Hemşireliği Bakış Açısından Bir Değerlendirme. Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi, 1(1), 16-27.
- 18) WHO, Mental Disorders <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> ; Erişim tarihi: 25.11.2020
- 19) EROL, N., KILIÇ, C., ULUSOY, M., KEÇECİ, M., & ŞİMŞEK, Z. Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu. Birinci Baskı, Ankara. 1998.
- 20) TEL, H., & ERTEKİN PINAR, Ş. (2013). Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 4(3), 145-152.
- 21) WHO, Mental Health <https://www.who.int/research-observatory/analyses/mentalhealth/en/> Erişim tarihi:25.11.2020
- 22) KÖROĞLU, A., & HOCAOĞLU, Ç. (2017). Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 7(3), 170-175.
- 23) ALGÖNÜL, Ö. (2017). Şizofreni Tanılı Hastalara Birincil Bakım Veren Bireylerin Duygu Dışavurumu Açısından Değerlendirilmesi. Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 24) (Sadock JB, Sadock VA, Ruiz P. In: Bozkurt A (eds). Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, 11th ed. Williams & Wilkins, 2016: 300-323.
- 25) KOCAL, Y., KARAKUŞ, G., & SERT, D. (2017). Şizofreni: Etyoloji, Klinik Özellikler ve Tedavi. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 26(2), 251-267 doi:10.17827/aktd.303574.
- 26) EROĞLU, T. (2018). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Takip Edilen Şizofreni Hastalarının Hastalıklarına İlişkin Bilgi Ve Görüşleri İle İlaç Uyum Ve Genel Öz Yeterlilik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.

- 27) ÇAĞLAR, A. (2018). Şizofreni Tanısı Alan Bireylerin Algıladıkları Duygu Dışavurumu İle İçselleştirilmiş Damgalanma Arasındaki İlişki. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 28) NURALITA, N. S., CAMELLIA, V., & LOEBIS, B. (2019). Relationship Between Caregiver Burden and Expressed Emotion in Families of Schizophrenic Patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(16), 2583-2589.
- 29) BİNBAŞI, T., ULAŞ, H., & ALPTEKİN, K. (2010). Şizofreni Epidemiyolojisine Türkiye'den Katkı Yapmak: Nasıl ve Neden? *Klinik Psikiyatri*, 13(Ek 1), 9-15.
- 30) Öztürk O, Uluşahin A. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 14. Baskı, Ankara, 2016:189-248.
- 31) BELLİ, H., ÖZÇETİN, A., ERTEM, Ü., ALPAY, E., BAĞÇEBAŞI, T., KIRAN, Ü., et al. (2007). Şizofreni Hastalarında Bazı Sosyodemografik Özellikler Ve Tedavi İle İlişkili Etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 102-112.
- 32) BÜYÜKSANDIÇ ÖZŞEN, P. (2013). Şizofren Hastaların Yakınlarının Şizofreniye Yönelik Bilgiler, İnançları ve Yardım Arama Davranışları. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- 33) KOCAL, Y., KARAKUŞ, G., & TAMAM, L. (2017). Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Şizofreni Hastalarının Sosyodemografik Ve Klinik Özellikleri. *Klinik Psikiyatri*, 20, 104-113 DOI: 10.5505/kpd.2017.58077.
- 34) OKUMUŞ, A. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlı Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevselliklerinin İncelenmesi. Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 35) PATEL, K., CHERIAN, J., GOHIL, K., & ATKINSON, D. (2014). Schizophrenia: Overview and Treatment Options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), 638-645.

- 36) NERGİZ, Z. (2019). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerinin Aile Bütünlüğü Duygusu Ve Bakım Yükünün Belirlenmesi. Ordu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ordu.
- 37) Jablensky, A., Kirkbride, J. B., & Jones, P. B. (2011). Schizophrenia: The Epidemiological Horizon. In D. R. Weinberger & P. J. Harrison (Eds.), Schizophrenia (p. 185–225). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781444327298.ch10>
- 38) ÇAM, O., & ENGİN, E. (2014). Şizofrenik Bozukluklar. O. ÇAM, & E. ENGİN içinde, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (s. 411-446). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi
- 39) Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı(DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014, (s: 49-51)
- 40) ÇUHADAR, D. (2011). Bipolar Bozukluk Tanısı Alan Hastalarda İçselleştirilmiş Damgalamayı Azaltmada Psikoeğitimin Etkinliği. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, İzmir.
- 41) AKKAYA, C., ALTIN, M., KORA, K., KARAMUSTAFALIOĞLU, N., YAŞAN, A., TOMRUK, N., et al. (2012). Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 22(1), 31-42 DOI: 10.5455/bcp.20111222061433.
- 42) ÇAM, O., & ÇUHADAR, D. (2013). Bipolar Bozukluğu Olan Hastalarda İşlevsellik Düzeyi ve İçselleştirilmiş Damgalama Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(2), 230-246.
- 43) BIRMAHER, B., GOLDSTEIN, B., AXELSONA, D., MONK, K., HICKEY, M., FAN, J., et al. (2013). Mood Lability Among Off Spring Of Parents With Bipolar Disorder. Bipolar Disord., 15(3), 253-263.



- 44) ÇAM, O., & ENGİN, E. (2014). Bipolar Bozukluk. O. ÇAM, & E. ENGİN içinde, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı (s. 367-389). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
- 45) Sadock JB, Sadock VA, Ruiz P. In: Bozkurt A (eds). Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, 11th ed. Williams & Wilkins, 2016: 347-380.
- 46) Öztürk MO, Uluşahin NA(2016). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, s.261-333.
- 47) MENGİ, A., & AYGÜR, R. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Bireylere Yönelik Bir Araştırma: Örnek Olay İncelemesi. Kara Deniz Sosyal Bilimler Dergisi, 10(19), 553-571.
- 48) IŞIK, E. (2013). İki Uçlu Bozuklukta Psikofarmakolojik Tedavinin Gerekçeleri, Genel Tedavi İlkeleri ve Uygulama Biçimleri. Journal of Mood Disorders, 3(5), 23-25.
- 49) GÜLTEKİN, B., KESEBİR, S., & TAMAM, L. (2014). Türkiye’de Bipolar Bozukluk. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 6(2), 199-209.
- 50) Sadock JB, Sadock VA, Ruiz P. In: Bozkurt A (eds). Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, 11th ed. Williams & Wilkins, 2016: 347-380.
- 51) Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı(DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı’ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014, (s: 63-89)
- 52) ARAZ, A., & ERKUŞ, A. (2014). Duygu Dışavurum Tarzlarının Kavramsallaştırılması ve Ölçümü: Bir Envanter Geliştirme Çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 29(74), 50-61.
- 53) UYSAL, R., & SATICI, S. A. (2014). Duygusal Dışavurumun İntikam Üzerindeki Yordayıcı Rolü. Psikolojik Danışmanlık ve Eğitim Dergisi-PSİDE, 1(1), 16-27.

- 54) AMARESHA, A., & VENKATASUBRAMANIAN, G. (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 12-20 doi: 10.4103/0253-7176.96149.
- 55) BERKSUN, O. E., SOYKAN, Ç., SOYKAN, A., & ÜNLÜOĞLU, G. (1993). Dışavurulan Duygulanım Ölçeği : Ölçek Uyarlama Üzerine Bir Pilot Çalışma. *Türk Psikoloji Dergisi*, 8(29), 10-15.
- 56) KAVANAGH, D. J. (1992). Recent Developments In Expressed Emotion And Schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 160, 601-620.
- 57) KESKİN, B. (2015). Kronik Börek Yetmezliği Tanısı Almış Hemodiyaliz Hastalarında Depresyon Düzeyleri, Algılanan Duygu Dışavurum Düzeyleri ve Algılanan Sosyal Destek Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- 58) BROWN, G. W., & RUTTER, M. (1966). The Measurement of Family Activities and Relationships. *Hum Relations*, 19(3), 241-63.
- 59) HOOLEY, J. M. (1985). Expressed Emotion: A Review Of The Critical Literature. *Clin Psychol Rev*, 5(2), 119-39.
- 60) WESTON, S., HAWES, D. J., & PASALICH, D. S. (2017). The Five Minute Speech Sample as a Measure of Parent-Child Dynamics: Evidence from Observational Research. *J Child Fam Stud*, 26, 118-136. DOI 10.1007/s10826-016-0549-8
- 61) ÇUHADAR, D., SAVAŞ, H. A., ÜNAL, A., & GÖKPINAR, F. (2015). Family Functionality and Coping Attitudes of Patients with Bipolar Disorder. *Journal of Religion and Health*, 54(5), 1731-1746 doi: 10.1007/s10943-014-9919-y
- 62) LEX, C., HAUTZINGERB, M., & MEYER, T. D. (2019). Symptoms, Course Of Illness, And Comorbidity As Predictors Of Expressed Emotion In Bipolar Disorder. *Psychiatry Research*, 276, 12-17
- 63) AK, M., YAVUZ, K. F., LAPSEKİLİ, N., & TÜRKÇAPAR, M. H. (2012). Evaluation Of Burden In A Group Of Patients With Chronic Psychiatric Disorders and Their Caregivers. *Düşünen Adam Psikiyatri Ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 330-337 DOI: 10.5350/DAJPN2012250405.

- 64) KOL, R. (2019). Kronik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve İyilik Halinin Değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- 65) BADEMLİ, K., & ÇETİNKAYA DUMAN, Z. (2013). Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(4), 461-478.
- 66) KAÇMAZ, N., KOCAMAN YILDIRIM, N., & ÖZKAN, M. (2015). Kanser Hastalarının Hasta Yakınları/Bakım Vericileri: Yaşadıkları Ve Gereksinimleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 31(2), 98-112.
- 67) AYYILDIZ, E., & BABACAN GÜMÜŞ, A. (2019). Examination Of Care Burden And Coping Methods In Caregivers Of Individuals Diagnosed With Bipolar Disorder. *Journal of Psychiatric Nursing*, 10(4), 277-285.
- 68) TÜRKÇAPAR, M. H. (2008). Bilişsel Terapi Temel İlkeler ve Uygulama. Ankara: Psikoloji Kitapları 3. Baskı HYB Basım Yayın.
- 69) TAVŞANCIL, E. (2005). Tutumlar, Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Ankara: 2. Baskı, Nobel Akademik Yayıncılık s.65-85
- 70) MORGAN, C. T. (2013). Psikolojiye Giriş. 20. Baskı Ed: Karakaş S, Eski R, Eğitim Kitabevi Yayınları, İstanbul s.335-45
- 71) CEYLAN, B. (2017). Temas Hipotezine Dayalı Eğitim Programının Hemşirelik Öğrencilerinde Şizofreniye Yönelik İnanç, Damgalama ve Sosyal Mesafe Davranışları Üzerine Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, Konya.
- 72) ÇAM, O., & BİLGE, A. (2011). Türkiye'nin Batısında Yaşayan Halkın Ruhsal Hastalığa ve Hastalara Yönelik İnanç ve Tutumlarının Belirlenmesi. *New/Yeni Symposium Journal*, 49(3), 131-140.
- 73) YÜKSEL, N., YILMAZ, M., & ÖREKİCİ TEMEL, G. (2015). Öğretim Elemanlarının Ruhsal Hastalıklara ve Hastalara İlişkin Görüşleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6(1), 26-32.

- 74) ERCİ, B., AYDIN AVCI, İ., AYLAZ, R., ÇEVİRME, A., GÜNGÖRMÜŞ, Z., KILIÇ, D., et al. (2016). Halk Sağlığı Hemşireliği. Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitapevleri (s:275-281)
- 75) GÜVENÇ, N. C. (2020). Toplum Ruh Sağlığı Merkezine Kayıtlanan Hastaların Merkeze Devam Etmeme Ya Da Düzensiz Devam Etme Nedenlerine Yönelik Hasta Yakınları Ve Sağlık Profesyonellerinin Görüşleri. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Aydın.
- 76) BİLGE, A., MERMER, G., ÇAM, O., ÇETİNKAYA, A., ERDOĞAN, E., & ÜÇKUYU, N. (2016). Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2(2), 1-5.
- 77) ŞAHİN, Ş., & ELBOĞA, G. (2019). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Yararlanan Hastaların Yaşam Kalitesi, Tıbbi Tedaviye Uyumu, İlgörü ve İşlevsellikleri. Çukurova Medical Journal, 44(2), 431-438
- 78) İÇEL, S., ÖZKAN, B., & AYDOĞAN, A. (2016). Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde Hemşirenin Rolü. Ankara Medical Journal, 16(2), 208-214. DOI: 10.17098/amj.62478
- 79) 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. doi: 10.1002/1097-4679(198805)44:3<392::aid-jclp2270440313>3.0.co;2-3.
- 80) VAN HUMBEECK, G., VAN AUDENHOVE, C., DE HERT, M., PIETERS, G., & STORMS, G. (2002). Expressed Emotion: A Review Of Assessment Instruments. Clinical Psychology Review, 22(3), 321-341 [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(01\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(01)00098-8)
- 81) ÖZCAN, E. (2019). Psikiyatri Hastalarının Algıladığı Duygu Dışavurum Düzeyi ve Öz Yeterliliğin Tedavi Uyumuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- 82)HIRAI, M., & CLUM, G. A. (2000). Development, Reliability, And Validity Of The Beliefs Toward Mental Illness Scale. *Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(3), 221–236 doi.org/10.1023/A:1007548432472.
- 83)ÇAM, O., & BİLGE, A. (2008). Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin Geçerliliği ve Güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 91-96.
- 84)YILDIZ, A. (2018). Bir Üniversite Hastanesinde Ruhsal Hastalığa Ve Hastaya Yönelik İnanç, Tutum Ve Damgalama Süreci. Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Zonguldak.
- 85)BAĞ, B., & EKİNCİ, M. (2006). Ruhsal Sorunlu Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeğinin (Rsttö) Türk Toplumunda Geçerlilik Ve Güvenirliğinin Değerlendirilmesi. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(15), 63-83.
- 86)YILDIZ, M. (2011). Koruyucu Psikiyatri Açısından Psikiyatrik İyileştirim. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special 82 Topics*, 4(4), 82-85.
- 87)KANDEMİR, G. (2020). Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanısı Konulan Ergen Hastalarda Tedavi Yanıtına Etkili Bazı Faktörler: Üstbilişler, Obsesif İnançlar, Duygu Düzenleme Güçlükleri ve Ailenin Duygu Dışavurumu. *Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi, Uzmanlık Tezi, Ankara.*
- 88)PRZEWORSKI, A., ZOELLNER, L. A., FRANKLIN, M. E., GARCIA, A., FREEMAN, J., MARCH, J. S., et al. (2012). Maternal And Child Expressed Emotion As Predictors Of Treatment Response In Pediatric Obsessive-Compulsive Disorder. *Child Psychiatry& Human Development*, 43(3), 337-353.
- 89)LALLY, J., TULLY, J., ROBERTSON, D., STUBBS, B., GAUGHRAN, F., & MACCABE, J. H. (2016). Augmentation Of Clozapine With Electroconvulsive Therapy In Treatment Resistant Schizophrenia: A Systematic Review And Meta-Analysis. *J Schizophr Res*, 171: 215-14. DOI: 10.1016/j.schres.2016.01.024.

- 90) AVCİL, C., BULUT, H., & HIZLI SAYAR, G. (2016). Psikiyatrik Hastalıklar ve Damgalama. Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 0(2), 175-202.
- 91) SUBANDI, M. A. (2011). Family Expressed Emotion In A Javanese Cultural Context. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 35(3), 331-346.
- 92) COSCI, F., LONDI, I., PATUSSI, V., & SIRIGATTI, S. (2011). Expressed Emotion And Parental Attitude Toward Children Of Alcoholics. *European Psychiatry*, 26(1), 17.
- 93) CRUISE, R. C., SHEEBER, L. B., & TOMPSON, M. C. (2011). Behavioral Correlates Of Maternal Expressed Emotion In Interaction Tasks. *Journal of Family Psychology*, 25(5), 781-784.
- 94) BULUT, M., ARSLANTAŞ, H., & DEREBOY, İ. F. (2019). Şizofreni Tanılı Hastaların Bakım Vericilerine Verilen Psikoeğitimin Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumlarına Ve Hastaların Pozitif Ve Negatif Sendrom Ölçeği Puanlarına Olan Etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 22, 286-297 DOI: 10.5505/kpd.2019.32559.
- 95) ÇATAN AKGÜLLE, Ö. B. (2014 ). Şizofreni Hastalarının Yakınlarında Duygu Dışavurumunun ve Aile İşlevselliğinin Suç İşleme Üzerine Etkisi. Tıpta Uzmanlık Tezi, Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği, İstanbul.
- 96) BAŞTUĞ, G., & KARANCI, N. (2015). The İmpact Of Caregivers' Expressed Emotion And The Patients' Perception Of Expressed Emotion On The Positive And Negative Symptoms Of Patients With Schizophrenia In A Sample From Turkey. *The Journal of Psychiatry and Neurological Science*, 28:127-139 DOI: 10.5350/DAJPN2015280205.
- 97) KOCABIYIK, A., BEŞTEPE, E., KARŞIDAĞ, Ç., KÜKÜRT, R., & ALPAY, N. (2005). Bipolar Bozuklukta Duygu Dışavurumunun Relaps Üzerine Etkisi. *Düşünen Adam Dergisi*, 18(1), 4-12.

- 98) ALBAYRAK, B., & KUTLU, Y. (2009). Ergenlerde Öfke İfade Tarzı Ve İlişkili Faktörler. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi*, 2(3), 57-69.
- 99) GÖK, F. (2017). Somatik Belirtilerle Seyreden Majör Depresyon Hastalarında Duygu Dışavurumu ve Stresle Başa Çıkma. T.C. SBÜ Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 100) BAZ, F. (2018). Tedaviye Dirençli Olan Ve Olmayan Majör Depresyon Hastaları Arasındaki Duygu Dışavurumu Açısından Farklılıkların İncelenmesi. Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul.
- 101) ÜNAL, S., HİSAR, F., ÇELİK, B., & ÖZGÜVEN, Z. (2010). Üniversite Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançları. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 23(3), 145-150.
- 102) OBAN, G., & KÜÇÜK, L. (2011). Ergenlerde Ruhsal Hastalıklara Yönelik Damgalamayı Etkileyen Etmenler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(1), 31-39.
- 103) YILDIZ, T., ENGİN, E., & ÇUHADAR, D. (2010). Hemşirelerin Ruhsal Hastalıklara İlişkin İnançları ve Etkili Faktörlerin İncelenmesi. III. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, Samsun, 113.
- 104) TELLES-CORREIA, D., GAMA MARQUES, J., GRAMAÇA, J., & SAMPAIO, D. (2015). Stigma and Attitudes Towards Psychiatric Patients in Portuguese Medical Students. *Acta Med Port.*, 28(6), 715-719.
- 105) RETA, Y., TESFAYE, M., GIRMA, E., DEHNING, S., & ADORJAN, K. (2016). Public Stigma against People with Mental Illness in Jimma Town, Southwest Ethiopia. *PLOS One*, 11(11), 1-14. e0163103. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0163103>.
- 106) SAVAŞIR, Y. (1971). Toplumun Ruh Hastalığına Karşı Tutumlarının Bilinmesinin Önemi ve Bu Konuda Uygulanan Bir Araştırma. Ankara: VII. Milli Nöro-Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmaları.

107)GÜR, K., & KÜÇÜK, L. (2016). Females' Attitudes Toward Mental Illness: A Sample From Rural Istanbul, Turkey. Iranian Red Crescent Medical Journal, 18(5), e22267 DOI: 10.5812/ircmj.22267.

108)ALPAN, A., KOCAMANOĞLU, E., YÜCE, F., AKÇAKMAK, G., GÜNBAL, M., AŞIK, E., et al. (2018). Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğrencilerinin Şizofreni Hastalığına Karşı Tutumları. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 20(1), 8-17 DOI: 10.24938/kutfd.332740.

109)TÜMER, A., HEBCAN ÖRS, S., & AKPINAR, H. (2019). Yetişkinlerin Ruhsal Hastalığa/Hastalara Yönelik Tutumları. Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi, 3(6), 139-147.

110)YILDIRIM, S., ERSOYSAL, F., & GÜLER, C. (2018). Acil Servis Çalışanlarının Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç Ve Tutumlarının İncelenmesi. Klinik Psikiyatri, 21, 380-388 DOI: 10.5505/kpd.2018.65477.

111)ÇAM, O., & BİLGE, A. (2013). Türkiye’de Ruhsal Hastalığa / Hastaya Yönelik İnanç, Tutum ve Damgalama Süreci: Sistemik Derleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing, 4(2), 91-101.

112) Resmi gazete: 19/04/2011 tarih ve 27910 sayılı Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik

113)Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı(DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı’ndan, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2014, (s: 43-62)



## 10. EKLER

### EK-1 Hasta Bilgi Formu

#### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**Açıklama:** Bu çalışma ‘‘Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyleri ile Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa Yönelik İnanç Ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi’’ amacı ile hazırlanmıştır. Sizlerden alacağımız bilgiler araştırma ekibince gizli tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaç için kullanılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru cevaplar çalışmanın geçerli ve güvenilir olmasında etkili olacaktır. Lütfen soruları dikkatle okuyup cevaplayınız. Katılımınız için teşekkür ederim.

Buse Gözde Eker

Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Yüksek Lisans Öğrencisi

**Bu bölüm bireysel ve mesleki özellikleriniz ile ilgilidir. Cevaplar seçenek işaretleme ve boşlukları doldurma şeklinde olacaktır.**

1) Yaşınız .....

2) Cinsiyetiniz

Kadın  Erkek

3) Medeni Durumunuz

Evli  Bekar

4) Eğitim Düzeyiniz

Okuma-yazma yok

İlkokul

Ortaokul

Lise

Ön Lisans

Lisans

Yüksek Lisans

Doktor

5) Çalışma Durumunuz

a) Çalışıyor b)Çalışmıyor

6) Gelir Düzeyinizi Nasıl Algılıyorsunuz?

a)Çok İyi b)İyi c)Orta d)Kötü e)Çok kötü

7) Tıbbi tanınızı biliyor musunuz?

a) Şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar

b)Bipolar ve ilişkili bozukluklar

## EK-2 Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyi Ölçeği

### DIŞA VURULAN DUYGULANIM DÜZEYİ ÖLÇEĞİ(LEE)

En yakın olduğu, başvuru öncesi son 3 ayın en az 1 ayı birlikte oturduğu (haftada 35 saatin üzeri kontakt zorunlu)

Kişinin Adı soyadı:

Tanımı:

Yaşı:

Mesleği:

Yüz yüze bir haftada kaç saat görüştükleri:

**AÇIKLAMA:** Aşağıda bir yakınınızın size karşı davranışlarını tanımlayan cümleleri vardır. Lütfen birlikte yaşadığınız, sizin için önemli olan bir insanı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan biçimlerde davranıp davranmadığınızı doğru (D), yanlış (Y) şeklinde işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

- 1.Konuşmak istediğim zaman anlayışla karşılar.
- 2.Sinirlendiğim zamanlar beni yatıştırır.
- 3.Kontrolümü yitirdiğimi söyler.
- 4.Beklentilerini karşılamadığım zamanlarda bile bana hoşgörülü davranır.
- 5.Ben konuşurken müdahale etmez.
- 6.Sinirlerimi bozmaz.
- 7.İyi değilim dediğimde benim ilgi çekmek istediğimi söyler.
- 8.Beklentilerini duyuramadığım için kendimi suçlu hissetmeme neden olur.
- 9.Bana karşı aşırı koruyucu-kollayıcılığı yoktur.
- 10.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlar bana öfkelenir.
- 11.Hasta veya keyifsiz olduğumda bana karşı anlayışlıdır.
- 12.Benim olaylara bakış açımı anlayabilir.
- 13.Her zaman müdahalecidir.
- 14.Bir şeyler kötüye gitmeye başlayınca korku ve heyecana kapılmaz.
- 15.Kendimi iyi hissetmediğimde bana dışardan yardım aramam için cesaret verir.

- 16.Ona dert olduğumu düşünmez.
- 17.Bir şeyleri benimle yapmak konusunda ısrar etmez.
- 18.İşler sarpa sarınca doğru dürüst düşünmez.
- 19.Keyifsiz huzursuz olduğumda bana yardımcı olmaz.
- 20.Benden umduğunu bulamazsa beni aşağılar.
- 21.Hep benimle birlikte olmakta ısrarlı değildir.
- 22.Yolunda gitmeyen işler için beni suçlar.
- 23.Bir insan olarak değerli biri olduğumu bana hissettirir.
- 24.Keyifsiz, huzursuz ya da kafam karışık olduğunda bu duruma " tahammül göstermez.
- 25.Beni çaresizliğim ve bunalımımınla öylece bir kenarda bırakır.
- 26.Kötü olduğum zamanlarda benim duygularımı nasıl ele alacağını bilemez.
- 27.Sorunlarımı ondan öç almak için yarattığımı söyler.
- 28.Benim özelliklerimi sınırlılıklarımı anlar, elimi kolumu bağlayan şeyleri bilir.
- 29.Ne yaptığımı bilmek için beni sık sık kontrol eder.
- 30.Zor durumlar karşısında soğukkanlılığını ve kendine hakimiyetini koruyabilir.
- 31.Hasta olduğumda, benim kendimi iyi hissetmem için uğraşır.
- 32.Benim neyi becerip neyi beceremeyeceğim konusunda gerçekçidir.
- 33.Her zaman işlerime burnunu sokar.
- 34.Söylediğim şeyleri sonuna kadar dinler.
- 35.Uzman yardımı aramanın doğru olmayacağını söyler.
- 36.İşler yolunda gitmediği zaman bana öfkelenir.
- 37.Hakkımda her şeyi mutlaka öğrenmek ister.
- 38.O yanımda olduğu zaman huzurlu ve rahat hissetmemi sağlar.
- 39.İyi olmadığını söylediğimde beni durumumu abartmakla suçlar.
- 40.Bir şeyler yolunda gitmese bile bana karşı hep sabırlıdır.
- 41.Gittiğim yeri mutlaka ısrarla öğrenmek ister.
- 42.Bana sebepsiz yere öfkelenir.
- 43.Hasta olduğum zaman ilgili biri olur.

- 44.Desteğine ihtiyacım olduğu zaman esirgemez.
- 45.Benim özel kişisel meselelerime karışır.
- 46.Zor (stres yaratan) bir durumla kolayca başa çıkar.
- 47.Kendimi iyi hissetmiyorsa, durumumu merak eder ve anlamak ister.
- 48.Bir hata yaparsam anlayışla karşılır.
- 49.Hayatıma karışmaz.
- 50.İyi olmadığım zaman bana tahammülü yoktur.
- 51.Kendimi kötü hissettiğimde bundan dolayı beni suçlamaz.
- 52.Benden çok fazla şey bekler.
- 53.Bana ait çok özel konularda çok soru sormaz.
- 54.İşler yolunda gitmediği zaman o işleri daha da kötüleştirir.
- 55.Kendimi iyi hissetmediğim zaman, o bunları benim yarattığı mı söyleyerek sık sık beni suçlar.
- 56.Ben bir şeyi beceremeyince zıvanadan çıkar çok öfkelenir.
- 57.Geliş gidiş saatlerim konusunda onu haberdar etmezsem huzursuz olur.
- 58.İşler iyi gitmediği zamanlar huzursuz olur.
- 59.Kendimi iyi hissetmediğim zamanlarda bana güven verir, destek olur.
- 60.Kendimi iyi hissetmediğimde bile benden aynı gayreti bekler.

## EK-3 Primer Bakım Vericiler İçin Sosyodemografik Bilgi Formu

### SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**Açıklama:** Bu çalışma ‘‘Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyleri ile Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa Yönelik İnanç Ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi’’ amacı ile hazırlanmıştır. Sizlerden alacağımız bilgiler araştırma ekibince gizli tutulacak ve araştırma dışında hiçbir amaç için kullanılmayacaktır. Sorulara vereceğiniz samimi ve doğru cevaplar çalışmanın geçerli ve güvenilir olmasında etkili olacaktır. Lütfen soruları dikkatle okuyup cevaplayınız. Katılımınız için teşekkür ederim.

Buse Gözde Eker

Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Halk Sağlığı Yüksek Lisans Öğrencisi

**Bu bölüm bireysel ve mesleki özellikleriniz ile ilgilidir. Cevaplar seçenek işaretleme ve boşlukları doldurma şeklinde olacaktır.**

1) Yaşınız .....

2) Cinsiyetiniz

Kadın  Erkek

3) Medeni Durumunuz

Evli  Bekar

4) Eğitim Düzeyiniz

Okuma-yazma yok

İlkokul

Ortaokul

Lise

Ön Lisans

Lisans

Yüksek Lisans

Doktora

**5) Çalışma Durumunuz**

a) Çalışıyor b)Çalışmıyor

**6) Ailenizde Ruhsal Hastalık Öyküsü Var mı?**

a) Var b)Yok

**7) Gelir Düzeyinizi Nasıl Algılıyorsunuz?**

a) Çok İyi b) İyi c) Orta d)Kötü e) Çok kötü

**8) Hastanızın Tıbbi Tanısı?**

a) Şizofreni ve psikozla giden diğer bozukluklar

b) Bipolar bozukluk ve ilişkili bozukluklar

**9) Kaç yıldır psikiyatrik hastalığı mevcut? .....**

**10) Psikiyatri de hastane yatışı var mı?**

a) Var b) Yok Varsa toplamda kaç kez yatışı var? .....

**11) Ruhsal bozukluğu olan bireye yakınlık dereceniz nedir?**

a) Annesi

b) Babası

c)Kardeşi

d) Akrabası

e) Diğer

**12)Hastalığın aşağıdakilerden hangileri tarafından bilinmesini istemezsiniz?**

a) Akraba

b) Arkadaş çevresi

c) Komşular

d) Bunların Hepsi

## EK-4 Gönüllü Olur Formu

### BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu çalışma “Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyleri İle Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” amacıyla tanımlayıcı olarak yapılacaktır.

Katılımcılar çalışma ile ilgili herhangi bir ödeme yapmamaktadırlar. Çalışma grubunca katılanlara bir ödeme yapılmamaktadır. Çalışmaya katılanların kimlik bilgileri gizli tutulacak ve elde edilen veriler yalnızca bilimsel amaçlarla kullanılacaktır.

Araştırmacı **Buse Gözde Eker** tarafından tanımlayıcı bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya “katılımcı” olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde “katılımcı” olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. İmzalı bu form kâğıdımın bir kopyası bana verilecektir.

**Buse Gözde Eker** /e-mail: bgeker@st.medipol.edu.tr

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama **Buse Gözde Eker** tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak kendi katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi biliyorum. Bu koşullarla söz konusu araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Adı-Soyadı, İmzası, Tarih:

.....

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı, İmzası, Tarih:

.....

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- soyadı, İmzası, Görevi, Tarih: .....

## EK-5 Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği (Rsttö)

Aşağıda ruhsal sorunlu bireylere yönelik toplum tutumlarını ifade eden bazı cümleler verilmiştir. Her bir madde ruhsal sorunlu bireylere yönelik tutumları anlatmaktadır. Bu maddelerde tutumun derecesini belirleyen beş seçenek vardır. Lütfen her bir maddeyi dikkatlice okuyunuz ve maddelerin yanındaki uygun rakamı aşağıdaki şıkları dikkate alarak işaretleyiniz.

1.Tamamen katılıyorum	2.Katılıyorum	3.Kararsızım	4.Katılmıyorum	5.Kesinlikle katılmıyorum
-----------------------	---------------	--------------	----------------	---------------------------



1 2 3 4 5

Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği	1	2	3	4	5
1.Birisi, bir ruh hastalığı belirtisi gösterdiğinde hemen hastaneye yatırılmalıdır.					
2.Sağlığa ayrılan bütçeden ruh hastalıklarının tedavisine daha fazla kaynak ayrılmalıdır.					
3.Ruhsal bozukluğu olan bireylerin bir çoğu için en iyi tedavi toplumun bir parçası olmaktır.					
4.Ruhsal bozukluğu olan bireyler toplum için bir yüküdür.					
5.Bir semte ruh sağlığı hizmetleri veren bir kurumun açılması o semtin değerini azaltır.					



6.Ruhsal bozuklukları olan bireyler uzun zamandan beri alay konusu olmaktadır.					
7.Ruh sağlığı hizmetleri bugünkünden daha çok topluma yönelmelidir.					
8.Halkı ruhsal bozuklukları olan bireylerden koruma daha az gündemde tutulmalıdır.					
9.Ruh sağlığı hizmetlerine ayrılan harcamalardaki artış, vergilerin boşa gitmesi anlamına gelir.					
10.Ruhsal bozuklukları olan hastaların diğer insanlarla birlikte aynı semtte yaşaması tedavileri için iyi olabilir.Ama orada yaşayanlar için büyük bir risk vardır.					
11.Toplumumuzda ruhsal sorunlu bireylere karşı daha fazla hoşgörülü bir tutuma ihtiyaç vardır.					
12.Bir semtte yaşayanlar, gereksinimlerini karşılamak için o semtte ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesini kabul etmelidirler.					
13.Ruhsal bozuklukları olan bireylere verilen hizmet yeterlidir.					
14.İnsanların, semtlerinde ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılmasına karşı direnmelerinde haklı nedenleri vardır.					
15. Bir semtte ruh sağlığı hizmeti veren kurumların açılması orada yaşayan insanlar için herhangi bir tehlike içermez.					

16.Ruhsal bozuklukları olan bireyler sempatomize layık değildir.					
17.Ruh sağlığı kurumları yerleşim yerlerinden uzak tutulmalıdır.					
18.Ruhsal bozuklukları olan bireyler için mümkün olan en iyi bakım sağlamakla yükümlüyüz.					
19.Oturdukları semtte ruh sağlığı hizmeti almak için gelmiş olan insanlardan semt sakinlerinin hiçbir şekilde korkmasına gerek yoktur.					
20.Ruhsal bozuklukları olan bir bireyden sakınmak en iyi yapılması gereken şeydir.					
21.Bir yerleşim bölgesinde ruhsal bozuklukları olan bireylerin yaşamakta olduğunu düşünmek ürkütücüdür.					

## EK-6 Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği-Rhiyö (Beliefs Toward Mental Illness Scale -Bmı)

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

### Ölçek Değerlendirmesi:

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



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

4. "Ruhsal hastalık" ifadesi beni rahatsız eder.						
5. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6. Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7. Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8. Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9. Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10. Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11. Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12. İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13. Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14. Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15. Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16. Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						

17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

## EK-7 Ölçek Kullanım İzinleri



Buse Gözde EKER <bgeker@st.medipol.edu.tr>

### Ruhsal Sorunları Olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları Ölçeği İzni

Beyhan Bağ <beyhanbag@yahoo.com>

18 Temmuz 2019 15:37

Alıcı: Buse Gözde EKER <bgeker@st.medipol.edu.tr>

Sevgili Buse Gözde Eker,  
Geçerlilik ve güvenilirliğini yapmış olduğum Ruhsal Sorunları olan Bireylere Yönelik Toplum Tutumları ölçeğini çalışmanızda kullanmak istemeniz beni sevindirecektir. İyi çalışmalar dilekleriyle  
Doç. Dr. Beyhan Bağ



Buse Gözde EKER <bgeker@st.medipol.edu.tr>

### Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği İzni

aysegul bilge <aysegul.bilge@ege.edu.tr>

22 Temmuz 2019 01:24

Alıcı: Buse Gözde EKER <bgeker@st.medipol.edu.tr>

Sevgili Buse,

RHİÖ'yü tezinde kullanabilirsin.

Başarılar

--

Prof.Dr.Ayşegül BİLGE  
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dekanı  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı  
35040 Bornova/İZMİR  
Tel: 0232 3115500

Re: Prof. Dr. Oğuz Berksun Psikiyatrist ve Psikoterapist Ankara "Ölçek Kullanım İzni" > Gelen Kutusu x



Oğuz Berksun <oeberksun@yahoo.com>

12 Aralık Cmt 21:48

Alıcı: ben v

Kullanabilirsiniz.  
İyi çalışmalar.

## EK-8 Kurum İzni



T.C.  
İSTANBUL VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 16867222-604.01.01  
Konu : Buse Gözde EKER'in Tez Çalışması

**İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**  
Kavacık Mh. Ekinciler Cd. Kavacık Kavşağı No.19 Beykoz/İSTANBUL

İlgi : 21.08.2019 tarihli ve 42120 sayılı yazınız.

İlgi sayılı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Tezli Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Buse Gözde EKER'in**, Dr. Öğr. Üyesi Nihal SUNAL'ın danışmanlığında devam eden "**Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyleri ile Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi**" başlıklı tezin saha çalışmasını, Müdürlüğümüze bağlı hastanede yapma talebi Müdürlüğümüz tarafından onaylanmış olup, çalışmanın bitiminde bir nüshasını elektronik ortamda ve doküman halinde Müdürlüğümüze teslim edilmesi gerektiği ve konunun çalışmada adı geçen kişiye tebliği hususunda;

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

**GÜVENLİ ELEKTRONİK İMZALI**  
**ASLI İLE AYNI DİR**  
06.10.2019

e-İmzalıdır.  
Op. Dr. Kemal TEKEŞİN  
Müdür a.  
Başkan

**Permin GÖRECEK**  
İstanbul Sağlık Müdürlüğü  
Sağlığın Geliştirilmesi Şubesi  
Birim Sorumlusu

Sağlığın Geliştirilmesi Birimi Seyitnizam Mah. Mevlana Cad. No:85  
Zeytinburnu/İSTANBUL  
Telefon: Faks No:

e-Posta: yesim.biyik@saglik.gov.tr İnt.Adresi: yesim.biyik@saglik.gov.tr


Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 26a8bfa3-2881-4850-900e-74a820771aeb8 kodu ile erişebilirsiniz.  
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanununa göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.


Bilgi için: Yeşim BİYİK

MEMUR

Telefon No:(0 212) 638 33 99

## 11. ETİK KURUL KARARI

 **MEDİPOL**  
UNV İSTANBUL  
MEDİPOL  
ÜNİVERSİTESİ



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

E-İmzalıdır

Sayı : 10840098-604.01.01-E.18215  
Konu : Etik Kurulu Kararı

18/06/2019

Sayın Buse Gözde Eker

Üniversitemiz Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kuruluna yapmış olduğunuz “Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyleri İle Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi” isimli başvurunuz incelenmiş olup etik kurulu kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize rica ederim.

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

Ek:  
-Karar Formu (2 sayfa)



İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

<b>BAŞVURU BİLGİLERİ</b>	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Ruh Sağlığı Bozuk Bireylerin Dışa Vurulan Duygulanım Düzeyleri İle Primer Bakım Vericilerinin Hastalığa Yönelik İnanç ve Tutumları Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Buse Gözde Eker			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Hemşire (Lisansüstü Öğrenci)			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	İstanbul			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ  
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR  
ETİK KURULU KARAR FORMU

Değerlendirilen Belgeler	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ/PLANI				Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU				Türkçe <input checked="" type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
Karar Bilgileri	<b>Karar No: 500</b>	<b>Tarih: 14/06/2019</b>				
	Yukarıda bilgileri verilen Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve araştırmanın etik ve bilimsel yönden uygun olduğuna "oybirliği" ile karar verilmiştir.					

İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI Prof. Dr. Hanefi ÖZBEK

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

\* :Toplantıda Bulunma