

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLK ATAK VE KRONİK PSİKOZ
HASTALARININ
BAKIM VERENLERİNİN
DUYGU İFADELERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

DAMLA BAYRAK

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

İZMİR- 2019

TEZ KODU: DEU HSI.MSc-2016970058

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**İLK ATAK VE KRONİK PSİKOZ
HASTALARININ
BAKIM VERENLERİNİN
DUYGU İFADELERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DAMLA BAYRAK

DANIŞMAN: Prof. Dr. ZEKİYE ÇETİNKAYA DUMAN

TEZ KODU: DEU.HSI.MSc-2016970058

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans programı öğrencisi Damla BAYRAK, “İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması” konulu yüksek lisans tezini 30.05.2019 tarihinde başarılı olarak tamamlamıştır.



Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN
BAŞKAN
(Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)



Prof. Dr. Ayşegül BİLGE
ÜYE
(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)



Dr. Öğr. Üyesi Figen ŞENGÜN İNAN
ÜYE
(DEÜ Hemşirelik Fakültesi)

Dr. Öğr. Üyesi Sibel COŞKUN
YEDEK ÜYE
(DEÜ Hemşirelik Fakültesi)

Doç. Dr. Şeyda DÜLGERLER
YEDEK ÜYE
(Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi)

İÇİNDEKİLER DİZİNİ

İÇİNDEKİLER.	i
TABLO DİZİNİ.	iii
KISALTMALAR	iv
TEŞEKKÜR	v
ÖZET	1
ABSTRACT.	3
1.GİRİŞ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	5
1.2. Araştırmanın Amacı.	8
1.3. Araştırma Soruları.	9
2.GENEL BİLGİLER.	10
2.1. Psikoz Tanımı ve Özellikleri.	10
2.1.1.Şizofreni.	11
2.1.2.Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında Psikozla Giden Diğer Bozukluklar.	12
2.2. Psikoz Hastalarının Hasta Yakınları/Bakımverenleri.	13
2.3. Duygu İfadesi Kavramı (Dİ).....	16
2.3.1. Bakımverenlerde Duygu İfadesi.	17
2.3.2. Duygu İfadesini Etkileyen Faktörler.	20
2.4. Psikiyatri Hemşireliği ve Duygu İfadesi.....	21
3.GEREÇ VE YÖNTEM	23
3.1. Araştırma Tipi.....	23
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.	23
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	23
3.4.Çalışmanın Materyali	24
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	25
3.6. Veri Toplama Araçları.....	25
3.6.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Veri Formu.	25
3.6.2. Duygu İfadesi Ölçeği.....	25

3.7. Araştırma Planı.	27
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi.	27
3.9. Araştırma Sınırlılıkları.	28
3.10. Araştırma Etiği.	28
4.BULGULAR	29
5.TARTIŞMA	38
6.SONUÇLAR	42
7.ÖNERİLER	43
8.KAYNAKLAR	44
9.EKLER	56
EK 1.Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Veri Formu.	56
EK 2.Duygu İfadesi Ölçeği.	57
EK 3.Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.	59
EK 4.Etik Kurul İzni.	60
EK 5.Araştırma Uygulama İzni.	63
EK 6.Özgeçmiş.	74

TABLO DİZİNİ

Tablo 1: İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	30
Tablo 2: İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarına Bakımverenlerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Sayı ve Yüzde Dağılımı.....	32
Tablo 3: İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakımverenlerinin Duygu İfadesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	35
Tablo 4: Duygu İfadesi Ölçeği Toplam Puanının, İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastasına Bakımveren Cinsiyeti Açısından Karşılaştırılması.....	36
Tablo 5: Duygu İfadesi Ölçeği Toplam Puanının, İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastasına Bakımverenlerin Hastalık Durumu Açısından Karşılaştırılması.	37

KISALTMALAR

WHO: World Health Organization

EE: Expressed Emotion

Dİ: Duygu İfadesi

DİÖ: Duygu İfadesi Ölçeği

CC: Critical Comments/Eleştirel Yorumlar

H: Hostility/Düşmanlık

EOI: Emotional Over-Involvement/Duygusal Aşırı Meşguliyet

W: Warmth/Sıcaklık

PRs: Positive Remarks/Olumlu Düşünceler

DUI: Duration of Untreated Illness/Tedavi Edilmeyen Hastalığın Süresi

DUP: Duration of Untreated Psychosis/Tedavi Edilmeyen Psikoz Süresi

FMSS: Five Minute Speech Sample/Beş Dakika Konuşma Örneği

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

TEŞEKKÜR

Tez çalışma sürecime katkıda bulunan kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'a, hayatımın her aşamasında olduğu gibi tez sürecimde de beni destekleyen değerli arkadaşlarıma ayrıca tez sürecim boyunca her türlü yardımı sağlayan sağlık personellerine ve gönüllü olarak çalışmama katılan tüm ailelere sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

DAMLA BAYRAK

İLK ATAK VE KRONİK PSİKOZ HASTALARININ BAKIM VERENLERİNİN

(Bağımsız Değişken) DUYGU İFADELERİNİN (Bağımlı Değişken)

KARŞILAŞTIRILMASI

Bayrak D., İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2019,

db3535@hotmail.com

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, ilk atak ve kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi düzeylerini karşılaştırmak amacıyla tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, Kasım 2017-Kasım 2018 tarihleri arasında iki üniversite hastanesi ve bir eğitim araştırma hastanesi ile bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinin psikiyatri polikliniklerinde yürütülmüştür. Araştırmanın örneklemini ilk atak psikoz hastasına bakımveren 68, kronik psikoz hastasına bakımveren 70 kişi oluşturmuştur. Veri toplamada Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Veri Formu ve Duygu İfadesi Ölçeği (DİÖ) kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı ve yüzde dağılımı, ki kare, fisher exact test ve bağımsız gruplarda t testi analizi kullanılmıştır.

Bulgular: İlk atak psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi puanlarının ortalaması (17.22 ± 4.92) ile kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi puanlarının ortalaması (18.96 ± 5.71) arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($t=1.913$, $p=.058$). Bakımverenlerin duygu ifadesi alt boyutlardan eleştirel yorumlar ve düşmanlık ($p=.104$), duygusal aşırı meşguliyet ($p=.240$) boyutlarında anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Sonuç: Çalışmada, ilk atak ile kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi puanları, eleştirel yorumlar/düşmanlık alt boyutları ile duygusal aşırı meşguliyet alt boyutları benzerdir. İlk atak psikoz hastalarının bakımverenlerine erken psikoz programları gibi müdahale programlarının uygulanması ile bakımverenlerin etkili baş etme becerilerinin gelişmesini etkileyebileceğinden kronikleşen süreçte yüksek duygu ifadesinin azalmasını sağlayabilir. Ayrıca ilk atak ve kronik psikoz hastalarının bakımverenlerin ruhsal hastalığı olan aile bireylerine tutum ve yaklaşımlarının derinlemesine inceleneceği kalitatif çalışmalar önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Psikoz, ilk atak psikoz, kronik psikoz, bakımveren, duygu ifadesi



**A COMPARISON OF EXPRESSED EMOTION IN CAREGIVERS OF PATIENTS
WITH FIRST-EPISODE PSYCHOSIS AND CHRONIC PSYCHOSIS**

**Bayrak D., A Comparison of Expressed Emotion in Caregivers of Patients with First-
Episode Psychosis and Chronic Psychosis, Dokuz Eylül University Institute of Health
Sciences Department of Nursing Master Thesis, İzmir, 2019,**

db3535@hotmail.com

ABSTRACT

Objective: This research has been done as descriptive cross-sectional with the aim of comparing to expressed emotion of caregivers on the first episode and chronic psychotic patient.

Method: The research was conducted in two university hospitals and psychiatry polyclinics of one training research hospital with a mental health and illnesses hospital between November 2017 and November 2018. The people (68) taking care of the first episode psychotic patients and the people (70) who are caregiver of chronic psychotic patients has formed sample of the research. Data Form Regarding Defining Characteristics and Expressed Emotion Scale (EES) has been used in data collection. Number and percentage distribution, chi square, fisher exact test and t test analysis have been used on assessment phase.

Results: Significant differences haven't been found between average points (17.22 ± 4.92) of expressed emotion of people caregivers of first episode psychotic patient and average points (18.96 ± 5.71) of expressed emotion of people caregivers of chronic psychotic patients ($t=1.913$, $p=.058$). There is no significant differences of caregivers expressed emotion between critical comment/hostility ($p=.104$) on low state and emotional over-involvement ($p=.240$) on low state.

Conclusion: In this study, expressed emotion points of caregivers of first episode psychotic patients are similar with the sub dimensions of critical comments/hostility low state and emotional over-involvement. Intervention programs such as early psychosis programs to the caregivers of first-episode psychosis patients may reduce the high- expressed emotion in the chronic process, since caregivers may influence the development of coping skills during the first episode of psychosis. In addition, qualitative researchs that first episode psychotic

and chronic psychotic patients' caregivers' manners and approachments toward family member who has mental illness can be examined deeply are suggested.

Key Words: Psychosis, first-episode psychosis, chronic psychosis, caregiver, expressed emotion



1.GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Psikoz; bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu, içgörünün olmadığı kişiler arası ilişkilerde, gerçeklerden uzak kendine özgü bir yaşantı sürdüğü, duygu, düşünce ve davranışlarda sorunların olduğu ruhsal bozukluklardır (Öztürk, 2001). Bireyde bu tarz bir sağlık probleminin varlığı durumunda bu psikotik atak olarak adlandırılmaktadır. Psikozun genç yetişkinlerde görülme olasılığı daha yüksektir. Gençlerin yaklaşık %3'ünde psikotik atak görülmektedir (Eppic, 2000). Bu hasta grubunda şizofreni ise en sık gözlemlenen kronik psikotik bozukluk olarak bilinmektedir (Wunderink ve Kaymaz, 2002).

İlk psikotik semptomların başlamasına ilk atak denmektedir (Üçok, 2008). İlk atak psikozu genellikle 14-35 yaş aralığında gözlemlenmektedir. Profesyonel destek alma ihtiyacı hastalığın başlangıcından itibaren iki seneyi bulabilmektedir. Erken dönemde belirtilerin fark edilememesi ve damgalanma durumu tedavinin gecikmesine neden olmaktadır. Bu durum da ilk atak hasta ve ailesinin deneyimlediği sorunların boyutunun kronik hasta ve ailelerinin yaşadığı sıkıntılardan farklılık göstermesine neden olmaktadır. İlk atak sürecinde olan kişilerin ailelerinde, distres ciddi bir risk teşkil etmektedir (Martens ve Addington, 2001). Diğer yandan kronik ruhsal hastalığa sahip kişilerin ailelerinde yaşadıkları sorunlar nedeniyle depresif belirtiler ve anksiyete yaşanma olasılığı yüksek bulunmaktadır (Perlick ve ark., 2007; Magana ve ark., 2007).

Şizofreni, dünya genelinde yaklaşık 21 milyon kişiyi etkileyen ciddi bir ruhsal hastalıktır (DSÖ, 2017). Dünya Sağlık Örgütü' nün (WHO) 2011 senesinde yayınlamış olduğu rapora göre; Türkiye'de 2008 yılında nöropsikiyatrik bozukluklar tüm hastalıkların %17'sini oluşturmaktadır (DSÖ, 2011). Kronik ruhsal hastalığa sahip kişilerin %50-90'ı tedaviden sonra aileleri ile yaşıyor olmaları, ailenin yük ve sorumluluklarını arttığını göstermektedir (Schulze ve Rössler, 2006; Gümüş, 2006). Bakım yükü kavramı ise, hasta bireyle yaşamaktan dolayı, aile üyelerinin günlük hayatlarında karşılaştıkları sıkıntılar, olumsuz olaylar ve sorunlar gibi hastalığın ailenin üzerindeki etkisini tanımlamak için kullanılır. Bakım yükü, bakımı veren aile bireyinin duygusal, sosyal, ekonomik veya fiziksel olarak yaşadığı sorunların tamamıdır (Gülseren, 2002). Bakımveren yükünün psikozun ilk evresinde bile belirgin bir sorun olduğu bilinmektedir (Tennakoon ve ark., 2000; Addington ve ark.,2003).

Sagut ve Duman'ın çalışmasında ise (2016); kronik psikoz hastasına bakımverenlerin ekonomik, sosyal ve fiziksel yüklerinin ilk atak psikoz hastasına bakımverenlerden yüksek olmasına rağmen bakımverenlerin duygusal yükleri benzer bulunmuştur. Ayrıca ilk atak psikoz hastalarının kısa süreli hastalık yılı deneyimine rağmen duygusal anlamda uzun yıllardır kronik ruhsal hastalık deneyimi yaşayan kişilerle benzer duygusal zorlukları yaşadıklarını göstermektedir (Sagut ve Duman, 2016).

Psikozun ilk evresinde, aile bireyleri öfke, suçluluk, utanç, kızgınlık, üzüntü, panik ve damgalanma korkusu gibi hisler yaşamaktadır (Tenakoon ve ark., 2000). Hastanın ilk psikotik atak sürecinde aile endişe ve şaşkınlık duyarken, kronikleşmeyle birlikte aile bireyleri bıkkınlık duyabilmektedir (Gülseren, 2002). Bu tür duyguların öngörülebilir olduğu bakımverenlerin bu konuda bilgi ve önemli deneyimlerinin olmayışı umutsuzluk ve çaresizliğe yol açabildiği görülmektedir. Bu çaresizlik hissinin ise başa çıkma becerilerini azalttığı, sosyal izolasyonu arttırdığı ve depresyona sebep olduğu bilinmektedir (Askey ve ark., 2007). İlk psikotik atağını geçiren gençlerin bakımverenlerinin bilişsel ve davranışsal kaçınma stratejilerini kullandıkları ve bu yöntemlerin bakımverenlerde distress ve yüksek duygu ifadesi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Folkman ve Lazarus, 1985; Scazufca ve Kuipers, 1999; Birchwood ve Cochrane, 1990; Gerson ve ark., 2011). Duygu ifadesi “Expressed Emotion/EE”, şizofreni tanısı konmuş bireylere karşı oluşan tavır ve tutumların, başa çıkma davranışlarının bir göstergesi olduğu için aile bireylerinin duygusal tutumları hastalık sürecinde önemli bir faktördür (Berkson, 1992; Paley ve ark., 2000; Wearden ve ark., 2000; Barrowclough ve Hooley, 2003)

Kronik psikiyatrik bozukluğa sahip hastaların yakınlarında; endişe, korku, utanç, şaşkınlık, suçluluk, yas gibi hisler sıklıkla gözlemlenmektedir. Bu tür hisler “Expressed Emotion/EE”- duygu ifadesi olarak tanımlanmaktadır (Gülseren, 2002; Sellwood ve ark., 2003). Duygu ifadesi “Evde birisi hakkında eleştirilerde bulunulması (*Critical comments* (CC)/Eleştirel yorumlar), hastaya karşı düşmanlığın varlığı ya da yokluğu (*Hostility* (H)/Düşmanlık), hastaya karşı yakınlığın değerlendirilmesi, akrabaların hastayla ilişkilerinde aşırı fedakarlık, müdahalecilik göstermeleri ve kendilerinin iç dünyalarını hastaninkinden ayıramama (*Emotional Over-Involvement* (EOI)/Duygusal Aşırı Meşguliyet)” şeklinde tanımlanmaktadır (Brown ve ark., 1972; Tüzer ve ark., 2003; Patterson ve ark., 2000; Hooley ve Campbell, 2002). Çalışmalarda eleştirelilik/düşmanlığın nüksü daha fazla öngördüğü, duygusal aşırı meşguliyet, eleştirel yorumlar kadar sık görülen bir bulgu olmadığı ve nüksü

daha az öngördüğü tespit edilmiştir (Brown ve ark., 1972). Bunun tersine, prodromal semptomları olan hastaların yakınlarında, duygusal aşırı meşguliyet oranının yüksek olduğu bulunmuştur (O'Brien ve ark., 2006). Araştırmalar yüksek duygu ifadesinin özellikle şizofreni hastalarında hastaneye yatışın fazla olması, kötü klinik gidiş, depresyon ve intihar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Tüzer ve ark., 2003; McDonell ve ark., 2003). Genelde şizofreni hastalarının ailelerinin duygu ifadesi düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmektedir (Sellwood ve ark., 2003). Yüksek duygu ifadesi hem hasta hem de bakımverenlerde artan endişe ve depresyon oranı ile ilişkilendirilmiştir (Butzlaff ve Hooley, 1998; Tomlinson ve ark., 2013; Sczufca ve Kuipers, 1999). Tekrarlayan ataklar, hastalığın tedaviye kötü yanıt verdiğini gösterdiğinde, hasta yakınlarının duygu ifadesi düzeylerinde daha fazla değişiklik meydana gelmekte ve bu da daha fazla hayal kırıklığı ve öfkeye neden olmaktadır. Bu durum da kronik psikiyatrik tanıli hastaların ailelerinde daha yüksek duygu ifadesi ile sonuçlanmaktadır (Hooley, 2007).

Duygu ifadesinin erken değerlendirilmesi, aile ortamıyla ilgili özel dikkat gerektiren hastaları tanımlamak için zorunlu kabul edilmiştir (Meneghelli ve ark., 2011). Duygu ifadesinin değerlendirilmesi ile ruhsal hastalığın sorumluluğunu alan aile bireyinin başa çıkma stratejisinin ve aile içinde hastanın nasıl etkilenebileceğinin tespit edilmesi nüksün önlenmesi için önemlidir (Rosenfarb ve ark., 2001; Barrowclough ve Hooley, 2003; Patel ve ark., 2007; Breitborde ve ark., 2007). Bachmann ve arkadaşlarının (2002); Şizofreni ve majör depresif bozukluğu olan ilk atak ve kronik hastaların yakınlarının duygu ifadesi durumlarını değerlendirmek amacıyla Beş Dakika Konuşma Örneği “Five Minute Speech Sample-FMSS” kullanılarak yaptıkları çalışmaların da; şizofrenide ilk atak ve kronik hastalarının yakınlarındaki duygu ifadesi düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığı ayrıca majör depresif tanıli hastaların yakınlarında yüksek duygu ifadesi oranı %52.5 ve şizofreni hastalarının yakınlarında yüksek duygu ifadesi oranı ise %45 bulunmuştur (Bachmann ve ark., 2002). Raune ve ark.'nın (2004); 46 ilk atak hastası ve bakımverenleriyle yaptıkları çalışmada ise, bakımverenlerin neredeyse yarısı yüksek duygu ifadesi (%44) olarak değerlendirilmiş; bunların %33'ü eleştirel yorumlar, %30'u düşmanlık ve %22'si duygusal aşırı meşguliyet sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Bakımverenlerin duygu ifadesinin, şizofreni tanıli bireylerin prognozunda önemli bir etkisi olduğu belirtilmiştir (Raune ve ark., 2004).

Dünya nüfusunda her geçen yıl ruhsal problem oranları artmaktadır ve bu durum bakımverenleri de duygusal, sosyal, fiziksel ve ekonomik olarak etkilemektedir. Aileler, psikozlu hastalara uzun süreli bakım ve destek sağlamada merkezi bir rol oynamaktadır. Bir aile bireyine şizofreni veya ilgili psikotik bozukluk tanısı konduğunda, tüm aile ortaya çıkan problemlerle baş etmek zorundadır. Bakımverenlerin ise psikozun seyri süresince yaşadığı sorunlar, ifade etme şekli ve başetme yöntemleri değişiklik göstermektedir. Bu durum hasta prognozunu etkileyebileceğinden hem aile hem de hasta için zorlu bir sürece dönüşmektedir. Psikiyatri hemşireleri hasta ve ailesine bütüncül bakım veren multidisipliner ekibin önemli bir parçasıdır. Hemşireler hastalar ve ailelerine tanılamadan uygulamaya giden süreçte sürekli hizmet vermektedirler (Petrakis ve Laxton, 2017). Ailenin hastalık konusunda gereksinimleri, desteklenmesi ve eğitilmesi hastalığın safhasına ve süresine göre değişebilir. Hastalığın aşamasına göre yaşananların belirlenmesi müdahale programlarının içeriğini oluşturulmasında önemlidir (Dixon ve ark., 2001; Goldstein, 2000; Chien ve Norman, 2002). Ayrıca erken müdahalelerin, hastalığın ilerleyen aşamalarındaki müdahalelere kıyasla daha başarılı olabileceğini düşündürmektedir ve bu anlamda psikiyatri hemşirelerinin sorumlulukları ciddi önem kazanmaktadır (Sagut ve Duman, 2016). Literatürde bu iki grubun bakımveren yüklerinin karşılaştırıldığı bir çalışmaya (Sagut ve Duman, 2016) ayrıca major depresif bozukluk ve şizofreni hastalarının bakımverenlerinin duygu ifadelerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmaya ulaşılmıştır (Bachmann ve ark., 2002). Fakat kronik psikoz hastalarının bakımverenleri ile ilk atak psikoz hastalarının bakımverenlerinin duygu ifadesini karşılaştırmayı amaçlayan herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu noktadan hareketle bu çalışmanın amacı, ilk atak psikoz ve kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin duygu ifadelerini karşılaştırmaktır. Bu çalışmadan elde edilecek bulgular hemşirelerin ilk atak ve kronik psikoz hastalarının bakımverenlerine müdahale programlarının kapsamını oluşturmaya yardımcı olabileceği gibi ülkemizde hizmet olarak yer almayan erken psikoz programları gibi programların geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Uygulanacak müdahale programları ile hastaların hastaneye tekrarlayan yatışlarının azalmasını, bakımverenlerin başetme becerisini arttırması hedeflenmektedir.

1.2. Araştırmanın amacı:

Bu çalışma, ilk atak ve kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin duygu ifadelerinin karşılaştırılması amacı ile yapılmıştır.

1.3. Araştırma soruları:

- İlk atak ve kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesinin eleştirel yorumlar/düşmanlık alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark var mıdır?
- İlk atak ve kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesinin duygusal aşırı meşguliyet alt boyut puanları açısından anlamlı bir fark var mıdır?



2. GENEL BİLGİLER

2.1. PSİKOZ TANIMI VE ÖZELLİKLERİ

Psikoz; bireyin gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu, içgörünün olmadığı kişiler arası ilişkilerde, gerçeklerden uzaklaşarak kendine has bir yaşantı deneyimlediği, duygu, düşünce ve davranışlarda bozuklukların olduğu ruhsal bozukluklardır (Öztürk, 2001). Bireyde bu şekilde bir sağlık sorununun olması halinde bu psikotik atak olarak adlandırılır (Eppic, 2000). İlk psikotik semptomların başlamasına ilk atak denmektedir (Üçok, 2008). İlk atak psikoz daha çok 14-35 yaşlarında görülmektedir (Martens ve Addington, 2001). Gençlerin yaklaşık %3'ünde psikotik atak görülmektedir (Eppic, 2000). Belirtileri ise: duysal algılamada bozulma (halüsinasyon ve gerçeğin bozulması), düşünce bozuklukları (içerik ve süreç), katatonik belirtiler (günlerce yemeden içmeden uyaranlara yanıt vermeden yatma), duygulanım belirtileri (duyguların ifadesinde azalma, değişmeyen yüz ifadesi, bir işe başlayamama devam ettirememe, duyarsızlık, ilgisizlik, endişe), bilişsel belirtiler (bellek, dikkat ve yürütücü işlev bozuklukları). Belirtiler, kişiyi zihinsel kaos içinde bırakan, stresli kılan, rahatsız edici boyutta ve kişinin tamamıyla yabancı olduğu belirtiler olabilir (Eppic, 2000). İlk hastaneye yatışın öncesinde hastaların %95'inde sanrıların, %68'inde halüsinasyonların, %61'inde yapısal düşünce bozukluğu gibi psikotik semptomların varlığı saptanmıştır (Üçok, 2008). Profesyonel destek alma ihtiyacı hastalığın başlangıcından itibaren iki seneyi bulabilmektedir. Erken dönemde belirtilerin fark edilememesi ve damgalanma durumu tedavinin gecikmesine neden olmaktadır. (Martens ve Addington, 2001). Psikozda; duygu, düşünce ve davranışlardaki ciddi bozulmalar ailenin tüm bireyleri tarafından hissedilmektedir (Gülseren, 2002).

Tedaviyi başlatmak için kritik dönem, ilk atak başlangıcından sonraki iki yıldır (Berge ve ark., 2016); bu dönemde tedaviye başlandığında ilk atak hastalarının yaklaşık %60'ı remisyona ulaşır (Ventura ve ark., 2011). Ancak, mesleki performansın düşmesi, sosyal bozulma ve karar verme zorluğu gibi olumsuz sonuçlar yaşanmaktadır. Ayrıca, ilk atakta bireylerin intihar düşüncesi, (Nordentoft ve ark., 2015; Mitter ve ark., 2013) şiddet davranışı, (Chang ve ark., 2015; Huber ve ark., 2016) cinayet (Neilssen ve ark., 2010) ve madde kötüye kullanımı, özellikle de esrar kullanımı riski daha yüksek kabul edilmektedir (Mane ve ark., 2017).

Psikoz tek başına bir hastalık olarak nitelendirilemez, farklı patogenezdaki hastalıklarda karşılaşılan ortak klinik durumdur. Bu hastalıklar şunlardır:

- 1.Şizotürü (Şizotipal) Bozukluk (Kişilik Bozukluğu)
- 2.Kısa Psikoz Bozukluğu
- 3.Şizofrenimsi (Şizofreniform) Bozukluk
- 4.Şizofreni
- 5.Şizoduygulanımsal (Şizoaffektif) Bozukluk
- 6.Maddenin/İlacın Yol Açtığı Psikoz Bozukluğu
- 7.Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Psikoz Bozukluğu
- 8.Başka Bir Ruhsal Bozukluğa Eşlik Eden Katatoni (Katatoni Belirleyicisi)
- 9.Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı Katatoni Bozukluğu
- 10.Tanımlanmış Diğer Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar
- 11.Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar (DSM-V-2013)

2.1.1.Şizofreni

Şizofreni, dünya genelinde yaklaşık 21 milyon kişiyi etkileyen ciddi bir ruhsal hastalıktır (DSÖ, 2017). Dünya Sağlık Örgütü' nün (WHO) 2011 senesinde yayınlamış olduğu rapora göre; Türkiye'de 2008 yılında nöropsikiyatrik bozukluklar tüm hastalıkların %17'sini oluşturmaktadır (DSÖ, 2011). Şizofreni yeti yitimine sebep olan hastalıklar arasında kadınlarda 11. ve erkeklerde ise 9. sırada yer almaktadır, ayrıca şizofreninin ülkemizde yeti yitimi nedeniyle yaşanan senelerin %2.3'üne karşılık geldiği tespit edilmiştir (Binbay ve ark., 2010). Şizofreninin hayat boyu görülme oranı yaklaşık %0.3-0.7 aralığındadır, ancak ülkeye, etnik kökene, göçmenlerin geldikleri yerlere göre değişkenlikler olduğu bildirilmektedir. Şizofrenin genel görülme sıklığı, özellikle tedavi edilen olgularda olmak üzere, kadınlarda biraz daha azdır (DMS-V-2013). Erkeklerde başlangıç yaşı 15-40, kadınlarda ise 25-35 civarındadır (Gürhan, 2016).

Şizofreni hastaların büyük bir çoğunluğunda ilk olarak negatif belirtiler görülür. Bu belirtiler çoğu zaman özellikle ebeveynler ve birinci derece akrabalar tarafından üşengeçlik, tembellik, halsizlik, moral bozukluğu gibi gelip geçici bir durum olarak yorumlanmaktadır.

Ancak belirtilerin şiddeti ve sıklığı artıp pozitif belirtiler ortaya çıktığında durumun ciddiyeti fark edilir. Hastanın düşünce ve algı bozuklukları sosyal çevresiyle olan uyumunu ciddi anlamda bozan bir durum alana kadar psikiyatrik yardım düşünülmez. Negatif belirtiler; enerjinin olmaması (avolasyon), düşünce ve konuşma fakirliği (alogi), haz almama (anhedoni) ve öz bakımda eksiklik olarak tanımlanır. Pozitif belirtiler ise; düşünce sürecinde bozulma, düşünce içeriğinde bozulma, algı bozuklukları, duygulanımda bozulma, hareket ve davranışta bozulma şeklinde sınıflanmaktadır (Gürhan, 2016).

Şizofreninin gelişim şekli dört dönemde değerlendirilmektedir: premorbid (hastalık öncesi) dönem, prodromal (ilk belirti) dönem, şizofreni (aktif psikotik) dönemi ve rezidüel (kalıntı) dönem. Premorbid dönem; premorbid kişilikte, genellikle sosyal uyumsuzluk, içe kapanıklık, sinirlilik, karşıt düşünce ve davranışlar görüldüğü birinci dönemdir. Prodromal dönem; premorbid işlevsellikte bir değişimle başlayıp, açık psikotik belirtilerin başlangıcına kadar uzanan 2 ila 5 yıl arasında sürebilen ikinci dönemdir. Şizofreni dönemi; psikotik belirtilerin öne çıktığı üçüncü dönemdir. Rezidüel dönem ise; genellikle akut dönemdeki belirtilerin olmadığı ya da önemli olmadığı dönemdir (Townsend, 2016).

Şizofrenide; gidiş ve sonlanım için öngörüler büyük ölçüde tanımlanamadan kalmıştır, gidiş ve sonlanım güvenilir bir biçimde öngörülemez. Şizofrenisi olanların yaklaşık %20'sinde olumlu bir gidiş olur ve bireylerin az bir kesiminin tam iyileştiği bildirilmektedir. Bunlarla birlikte şizofrenisi olan çoğu birey bugün için yapılandırılmış ya da yapılandırılmamış günlük yaşam desteğine gerek duymaktadır ve birçoğu, belirtilerin alevlenmeleri ve yatışmaları ile giden bir biçimde süregelen hasta kalırken, diğerleri giderek daha kötüleşmeyle giden bir gidiş gösterir (DMS-V-2013).

Şizofreniyi tedavi eden tek bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Etkili tedavi ise; ilaç tedavisi ve çeşitli psikososyal tedavilerin (yaşam becerisi, sosyal beceri eğitimi, rehabilitasyon ve aile terapisi gibi) olduğu gibi kapsamlı ve disiplinler arası çaba gerekmektedir (Townsend, 2016).

2.1.2.Tanımlanmamış Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar

Klinik açıdan belirgin sıkıntılar veya toplumsal işle alakalı alanlarda ya da diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte azalmaya neden olan, şizofreni açılımı kapsamında ve

psikozla giden diğer bozuklukların belirti ve özelliklerinin baskın olduğu, fakat bunların şizofreni açılımı kapsamı ve psikozla giden diğer bozukluklar tanı kümesinde bulunan herhangi birinde tanı ölçütlerini tam karşılayamadığı durumlarda bu tanı grubu kullanılır. Tanımlanmamış diğer şizofreni açılımı kapsamı ve psikozla giden diğer bozukluklar kategorisi, şizofreni açılımı kapsamı ve psikozla giden diğer bozukluklardan herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır (DSM-V-2013).

2.2.PSİKOZ HASTALARININ HASTA YAKINLARI/BAKIMVERENLERİ

Anlamli aile yükü psikozun başlangıcında bile belirgin olarak görölmektedir (Tennakoon ve ark., 2000; Addington ve ark.,2003). Bakım yükü kavramı, hasta bireyle yaşıyor olmaktan dolayı, aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları güçlükler gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamaktadır. Bakım yükü, bakımveren aile bireyinin fiziksel, duygusal, sosyal veya ekonomik anlamda yaşadığı zorlukların tamamıdır (Gülseren, 2002). Bakımverenin yaşı, etnik kökeni, cinsiyeti, hastaya olan yakınlık derecesi, bakım vermeye gönüllü olup olmaması, hastalığının olup olmaması, eğitim ve ekonomik durumu, başa çıkma yetenekleri, sosyal desteği, inançları, yaşadığı toplumun kültürel yapısı bakımverenin yük algılaması ile bağlantılı bireysel faktörler arasındadır (Nabors ve Seacat, 2002). Bazı yazarlara göre yük kavramı, objektif ve subjektif olmak üzere ikiye ayrılarak tanımlanmaktadır: objektif (nesnel) yük; aile içi ve sosyal etkileşimlerde bozulma ve ekonomik sıkıntılar, subjektif (öznel) yük ise; hastanın olumsuz davranışlarından dolayı kendini kötü hissetme, anksiyete, depresyon gibi psikolojik etkilenmeler olarak bilinmektedir (Magliano ve ark., 2005; Awad ve Voruganti, 2008; Ivarsson ve ark., 2004; Gülseren, 2002). Wolthaus ve arkadaşları (2002) hastalığın ilk aşamasında ailelerin en fazla dezoryante davranışlardan etkilendiklerini saptamıştır. Bazı çalışmalar da pozitif belirtilerin (Magliano ve ark., 1998; Wolthaus ve ark., 2002), bazı çalışmalar da ise negatif belirtilerin (Dyck ve ark., 1999) bakımverenin yükü üzerinde etkisinin daha fazla olduğu saptamıştır. Bakımverenleri bakım sağlama sürecinden dolayı sağlık sorunu yaşayabilecekleri bilinmektedir. Larsen'in çalışmasında; bakımverenlerin %78.8'u kendilerini halsiz hissettiklerini, %60.6'sı bakım verme görevlerinden dolayı kendilerine vakit ayırma fırsatlarının olmadığını, %84.9'u hasta ile iletişimde sorunlar yaşadıklarını, %56.9'u ise ekonomik sorunlar yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Larsen, 1998).

Magaña ve arkadaşlarının (2007) Meksika kökenli hastalar ve bakımverenleriyle yaptıkları çalışmalarında bakımverenlerde depresyon oranını %40 olarak tespit etmişlerdir. Ayrıca bakımverenin genç olması, eğitim düzeyinin düşük olması ve bakılan hastanın semptomlarının şiddeti ile yük ve depresif belirtiler arasında ilişki olduğunu tespit etmişlerdir (Magaña ve ark., 2007). İskoç Şizofreni Araştırma Grubu tarafından 1987 senesinde Genel Sağlık Anketiyle yaptıkları bir çalışmada, ilk atak psikoz hastalarının bakımverenlerinin %77'sinde psikiyatrik hastalık görülmüştür (Addington ve ark., 2003). Tennakoon ve arkadaşlarının (2000) Genel Sağlık Anketi aracılığıyla yaptıkları çalışmada ise ilk atak psikoz hastalarının bakımverenlerinin %12'sinde psikiyatrik hastalık görülmüştür. Çalışmada, bakımverenlerde en fazla negatif semptomlar ile ilgili sorun yaşandığı saptanmıştır (Tennakoon ve ark., 2000). Addington ve arkadaşlarının (2003) ilk atak psikozlu hastaların 238 aile bireyi ile yapmış oldukları çalışma, aile bireylerinin birçok zorluk ve yüksek seviyede distres yaşadıklarını saptamışlardır (Addington ve ark., 2003). Şizofreni hastalarına bakımverenlerin yaşam kaliteleri ile ilgili 1998-2008 seneleri süresince yayınlanmış 37 araştırma ile yapılmış olan sistematik derlemede bakımverenlerin stresle ilgili sağlık problemleri yaşadıkları, iş hayatlarının etkilendiği ve ekonomik ihtiyaçlarının arttığı saptanmıştır (Caqueo-Úrizar ve ark., 2009). Aslantaş ve Adana (2011) ise bakımveren yüküyle hastalık belirtilerinin doğrusal bir ilişkisi olduğunu belirtmişlerdir (Aslantaş ve Adana, 2011). Özlü ve arkadaşları zamanla hasta ailelerinin hastalığı kabullenmeleri ve başa çıkma becerileri geliştirmeleri ile yük algısında değişiklik olup olmadığını test ettikleri araştırmaları sonucunda, bakımverenin yaşının genç olması, hastaların genç olması, sosyal destek varlığı, problem odaklı başa çıkma yöntemini kullanma durumlarında travma sonrasında gelişimin daha iyi olduğunu tespit etmişlerdir (Özlü ve ark., 2010). Sagut ve Duman'ın çalışmasında ise (2016); kronik psikoz hastalarına bakımverenlerin ekonomik, sosyal ve fiziksel yüklerinin ilk atak psikoz hastalarına bakımverenlerden daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bu durum, kronik psikoz hastalarında hastalık süresinin uzun olması, yatarak tedavi görme sayısının fazla olması ve kronikleşme nedeniyle oluşan yeti yitimi ve hastada oluşturduğu bilişsel zararlar ile ilişkilendirilmiştir. Aynı çalışmada ise ilk atak ve kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin duygusal yükleri benzer bulunmuştur (Sagut ve Duman, 2016). Bakımverenin yükünü azaltmada iyi bir sosyal desteğe ihtiyacın önemli olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur (Dyck ve ark., 1999; Magliano ve ark., 1998; Magliano ve ark., 2000).

İlk atak hastalarının aile üyeleri, destek sağlamada önemli bir rol oynamaktadır; bununla birlikte, genellikle, psikoza olan bireylerin bakımında daha önce hiç tecrübesi olmadığı için, özellikle kritik dönemde psikolojik sıkıntı yaşarlar (Addington ve ark., 2005). Bakımverenler ise, ilk atak olduktan sonra “normal” çocuğunun kaybını hissederler (Penny ve ark., 2009). Aile üyeleri ayrıca, ilk ataklı kişiler için ilk kez yaşadıkları deneyimi, zor ve öngörülemez olarak tanımlamaktadır (McCann ve ark., 2011). Gerekli olan bakım görevleri yoğundur (Sin ve ark., 2008) ve duygusal sıkıntıya yol açabilir (Penny ve ark., 2009; Corcoran ve ark., 2007). İlk atak hastalarının ve ailelerinin yaşadığı sorunlar kronik hasta ve ailelerinin yaşadığı problemlerden farklılık göstermektedir. İlk atak sürecinde olan kişilerin ailelerinde distres ciddi bir risk teşkil etmektedir (Martens ve Addington, 2001) diğer yandan kronik ruhsal hastalığa sahip kişilerin ailelerinde yaşadıkları sorunlar nedeniyle depresif belirtiler ve anksiyete yaşanma olasılığı yüksek tespit edilmiştir (Perlick ve ark., 2007; Magana ve ark., 2007). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastasına bakımverenlerde ruhsal problem yaşanma olasılığı %55 olarak belirtilmektedir (Barrowclough ve Tarrier, 2003).

Psikozun ilk evresinde, aile bireyleri öfke, suçluluk, utanç, kızgınlık, üzüntü, panik ve damgalanma korkusu gibi hisler yaşamaktadır (Tenakoon ve ark., 2000). Hastanın ilk psikotik atak sürecinde aile endişe ve şaşkınlık duyarken, kronikleşmeyle birlikte aile bireyleri bıkkınlık duyabilmektedir (Gülseren, 2002). Bu tür duyguların öngörülebilir olduğu bakımverenlerin bu konuda bilgi ve önemli deneyimlerinin olmayışı umutsuzluk ve çaresizliğe yol açabildiği görülmektedir. Bu çaresizlik hissinin ise sosyal izolasyonu arttırdığı, başa çıkma becerilerini azalttığı ve depresyona sebep olduğu belirtilmektedir (Askey ve ark., 2007). İlk psikotik atağını geçiren gençlerin bakımverenlerinin bilişsel ve davranışsal kaçınma stratejilerini kullandıkları ve bu yöntemlerin bakımverenlerde distres ve yüksek duygu ifadesi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Folkman ve Lazarus, 1985; Scazufca ve Kuipers 1999; Birchwood ve Cochrane, 1990; Gerson ve ark., 2011).

2.3.DUYGU İFADESİ (Dİ) KAVRAMI

Duygu ifadesi (Dİ) “Expressed Emotion/EE”, şizofreni tanısı almış kişilere karşı aile üyelerinin baş etme davranışlarının bir göstergesi olan duygusal tutumlar psikiyatrik hastalık sürecinde ciddi risk faktörüdür (Berkson, 1992; Wearden ve ark., 2000; Paley ve ark., 2000; Barrowclough ve Hooley, 2003). Brown ve arkadaşları, 1962 yılında duygu ifadesi (Dİ) kavramını geliştirmişlerdir (Awad ve Voruganti, 2008; Bebbington ve Kuipers, 1994). Kronik psikiyatrik bozukluğu olan hastaların yakınlarında; endişe, korku, utanç, şaşkınlık, suçluluk duyguları, yas süreci gibi hisler sıklıkla duyulmaktadır. Bu tür duygular; duygu ifadesi “Expressed Emotion/EE” olarak tanımlanmaktadır (Gülseren, 2002; Sellwood ve ark., 2003). George Brown, duygu ifadesinin beş bileşenini; eleştirel yorumlar, düşmanlık, duygusal aşırı meşguliyet, sıcaklık ve olumlu düşünceler olarak açıklamıştır (Wearden ve ark., 2000).

Duygu İfadesinin Olumsuz Unsurları;

Eleştirel Yorumlar-“Critical Comments (CC)”; ifade edildiği şekilde, atıfta bulunduğu kişinin davranış veya kişiliği hakkında olumsuz bir yorum oluşturan ifadelerdir (Leff ve Vaughn, 1985). Sabah kalkamayan veya ev işlerine katılmayan hastalar tembel ve bencil oldukları için eleştirilir; bu bağlamda, bakımverenler, bunların şizofreni veya herhangi bir diğer psikotik bozukluğun olumsuz belirtilerinin potansiyel belirtileri olabileceğini anlayamamışlardır. Bu, eleştirel yorumların %70'inin, pozitif semptomlardan ziyade şizofrenide bu negatif semptomlara odaklandığı tespit edilmiştir (Vaughn ve Leff, 1976).

Düşmanlık-“Hostility(H)”; yapılan ya da yapılmayan şeyden ziyade, bu durum şizofreni hastası olan kişilere karşı bakımveren tarafından yapılan genel eleştiri ya da aksi görüşleri ifade eder (Leff ve Vaughn, 1985). Düşmanlık, genel eleştiriler veya hastanın reddedildiği tutumlarla ifade edilir (Wearden ve ark., 2000).

Duygusal Aşırı Meşguliyet-“Emotional Over-Involvement(EOI)”; hastanın hastalığı konusunda abartılı duygusal karşılık, özveride bulunma tutumu, aşırı korumacılık, duygusal stres ya da tasa gibi davranışlar anlamına gelir (Leff ve Vaughn, 1985). Şizofreni gelişen bir çocuğun ebeveyni, çocuğun hastalığı için daima kendini suçlu hisseder. Bu kronik suçluluk, çocuğu daha iyi hale getirmek için onarıcı çabalar başlatmalarına neden olur fakat uzun vadede, aşırı korumacılık kişinin iyileşmesini engellemektedir. Hasta, bakımverenin sürekli desteği olmadan başa çıkmak zorunda kalması konusunda endişeli ve bağımlı hale gelir.

Duygusal aşırı meşguliyet en çok ebeveynler, özellikle anneler ve bazen de babalar tarafından, nadiren de diğer akrabalar tarafından gösterilir (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012).

Duygu İfadesinin Olumlu Unsurları;

Sıcaklık-“Warmth(W)”;

hasta için şefkat, ilgi ve empati ifadesi şeklinde tanımlanmıştır; bakımverenlerin hastayı rahat ettirme noktasında bir insan olarak iyi olma konusundaki ilgi ve belirtilerdir (Leff ve Vaughn, 1985). Sıcaklık, düşük duygu ifadesi ailesinin önemli bir özelliğidir (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012).

Olumlu Düşünceler –“Positive Remarks (PRs)”;

hastanın becerileri, yetenekli ve/veya olumlu tutumları özel kılmak için bakımverenler tarafından yapılan ifadeleri içermektedir (Leff ve Vaughn, 1985).

2.3.1. Bakımverenlerde Duygu İfadesi

Bakımverenlerde yüksek veya düşük Dİ tutumlarının kesin nedeni henüz tamamen çözülmemiş olsa da, Dİ'nin kısmen bakımverenin kişilik özelliklerini yansıtabileceği öne sürülmüştür. Yüksek Dİ olan bakımverenlerinin, şizofreni hastalarının bireysel etkinliklerinin memnuniyetini azalttığını, geleceğe yönelik iyimserliği azalttığını ve düşük Dİ bakımverenlerine kıyasla öz yeterliliğini azalttığını bulmuşlardır (Hooley ve Hiller, 2000). Dahası, yüksek Dİ bakımverenleri düşük Dİ bakımverenlerine göre daha az empatik, sert ve sabırsız bulunmuştur (Leff ve Vaughn, 1985). Tüm bu faktörler, kişilik özelliklerinin bakımverenin yüksek veya düşük Dİ seviyesi ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır (Amaresha ve Venkatasubramanian, 2012).

Duygu ifadesinin eşik seviyelerini aşan akrabalar ve bakımverenler genellikle hastalara karşı sözlü olarak olumsuz yönde davranırlar (Miklowitz ve ark., 1984; Hooley, 1986; Miklowitz ve ark., 1989). Şizofreni tanılı bireylerin ailelerinde yüksek Dİ koşullarını açıklamak için birkaç model öne sürülmüştür. Sosyal etkileşim modeli, psikiyatrik engelli bireyin hastalığı ile aile üyelerinin tepkileri arasındaki ilişkiyi tanımlar. Şizofreni hastalarının bazılarının semptomları ve davranışları ile başa çıkma girişiminde, aile üyeleri hayal kırıklığına uğramış ve sıkıntılı hale gelebilir. Bu olumsuz duygular daha sonra kişinin semptomlarını şiddetlendirir. Buna karşılık, bu da aile üyelerinde olumsuz duyguları

uyandırır. Sonuç olarak, yüksek duygu ifadesi ortaya çıkar. Bu model şizofreni tanılı bir yakını ile olmanın zor ve stresli olduğu sonucunun ortaya çıktığı varsayımına dayanmaktadır. Bununla birlikte, bu model, farklı bakımverenlerin benzer zor durumlarla karşı karşıya kalmasının neden aynı stres veya zorluk seviyesine sahip olmadığını açıklayamamaktadır. Gerçekten de, bakımverenlerin olumlu ya da olumsuz tepkileri yalnızca akrabaların şizofreni ile ortaya koyduğu davranışlara bağlı olmayıp aynı zamanda kendi algılarına, kişilik tarzlarına da bağlıdır (Brewin, 1991; Weisman, 1993). İlişkilendirme Modeli, Hooley ve Licht (1997) gibi araştırmacılar tarafından da öne sürülmüştür, Brewin (1991) ve Weisman'ın (1993), sosyal etkileşim modeli, ailelerde yüksek Dİ'nin ortaya çıkışını açıklamada kullanılmıştır. Bu modele göre, bazı semptom gruplarının, özellikle ilgisizlik ve kendini ihmal gibi olumsuz belirtilerin bakımverenler tarafından daha kontrol edilebilir olarak algılanma eğiliminde oldukları, sanrılar ve halüsinasyonlar gibi pozitif semptomların bakımverenler tarafından istemsiz ve hastalıktan kaynaklı olarak görülmesinin olası olduğu belirtilmektedir. Bakımverenler hasta aile üyelerinin negatif belirtilerini kontrol edilebilir olarak algıladıklarından düşmanlık ve eleştirel yorumları ifade etmeye daha eğilimde olmaktadır (Hooley ve Licht, 1997)

Çalışmalarda eleştirelilik/düşmanlığın nüksü en fazla öngördüğü, duygusal aşırı meşguliyet, eleştirel yorumlar kadar sık karşılaşılan bir durum olmadığı ve nüksü daha az öngördüğü bildirilmiştir (Brown ve ark., 1972). Bunun tersine, prodromal semptomları olan hastalarda, duygusal aşırı meşguliyet oranının yüksek olduğu bulunmuştur (O'Brien ve ark., 2006).

İlk atakta ise en önemli bileşen, semptomların başlangıcı ile tedavinin başlaması arasında geçen zamandır. Tedavi edilmeyen hastalığın süresi "Duration of Untreated Illness/DUI", bir hastalığın başlangıcından ilk yeterli tedaviye kadar geçen süredir; tedavi edilmeyen psikoz süresi "Duration of Untreated Psychosis/DUP", psikoz semptomlarının başlangıcı ile ilk etkili tedaviye başlama arasındaki zaman aralığıdır. DUP günler, aylar hatta yıllarca sürebilir (Paley ve ark., 2000; Wearden ve ark., 2000). Yıllar boyunca yapılan çalışmalar, Dİ'nin şizofreni hastalarında nüksün güçlü bir öngördürücüsü olduğunu göstermiştir (Mo ve ark., 2007). Meneghelli ve arkadaşlarının çalışmasında (2011), Dİ'nin tedavi edilmeyen hastalık süresi (DUI) veya tedavi edilmemiş psikoz süresiyle (DUP) ve hastalık şiddeti ile ilişkisini saptamak amacıyla yapılan çalışmalarında, yüksek Dİ'nin hasta durumuna tepki olarak geliştiği

hipotezini kısmen desteklemektedir. Örneklemlerinde yüksek Dİ ailelerinin prevalansı, ilk atak hastalarında %35 iken, bu çalışmanın sonuçlarına dayanarak, psikozdaki prodromal semptomların başlangıcının yakın akrabalar tarafından bir endişe olarak algılandığını gösterebilir. Tekrarlayan ataklar, bozukluğun terapiye kötü yanıt verdiğini gösterdiğinde, Dİ düzeylerinde daha fazla değişiklik meydana gelir ve bu da daha fazla hayal kırıklığı ve öfke, böylelikle kronik hastaların ailelerinde daha yüksek Dİ ile sonuçlanmaktadır (Hooley, 2007).

Duygu ifadesinin erken değerlendirilmesi, aile ortamıyla ilgili özel dikkat gerektiren hastaları tanımlamak için zorunlu kabul edilmiştir (Meneghelli ve ark., 2011). Duygu ifadesinin değerlendirilmesi ile ruhsal hastalığın sorumluluğunu alan aile bireyinin başa çıkma yönteminin ve aile içi yaşamın hastayı nasıl etkileyebileceğinin belirlenmesi nüksün önlenmesi için önemlidir (Rosenfarb ve ark., 2001; Patel ve ark., 2007; Barrowclough ve Hooley, 2003; Breitborde ve ark., 2007). Bachmann ve arkadaşlarının (2002); şizofreni ve majör depresif bozukluğu olan ilk atak ve kronik hastaların yakınlarının duygu ifadesi durumlarını değerlendirmek amacıyla Beş Dakika Konuşma Örneği “Five Minute Speech Sample-FMSS” kullanılarak yaptıkları çalışmalarında; şizofrenide ilk atak ve kronik hastalarının yakınlarındaki duygu ifadesi düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Bachmann ve ark., 2002). Raune ve arkadaşlarının (2004); 46 ilk atak hastası ve bakımverenleriyle yaptıkları çalışmada ise, bakımverenlerin %44’ü yüksek duygu ifadesi olarak değerlendirilmiş; bunların %33’ü eleştirel yorumlar, %30’u düşmanlık ve %22’si duygusal aşırı meşguliyet sergiledikleri sonucuna ulaşılmıştır. Yüksek duygu ifadesinin tanı, hastalık süresi, hastalık başlangıç yaşı ve semptomların şiddeti ile ilişkisi olmadığı saptanmıştır (Raune ve ark., 2004). Heikkila ve arkadaşlarının (2002); ilk atak hastası 42 kişi ve bakımverenleriyle yaptıkları çalışmada ise, duygu ifadesinin hastaların demografik, premorbid- klinik özellikleri ve tanı grubu ile ilişkileri incelenmiş; düşük duygu ifadesi grubu ile karşılaştırıldığında, yüksek duygu ifadesi grubundaki hastaların anlamlı olarak daha genç ve genellikle bekar oldukları ve bakımveren akrabasının ise daha sık eşten oluştuğu bulunmuştur (Heikkila ve ark., 2002). Lee ve arkadaşlarının çalışmasında (2014); ilk atak psikozda pozitif etkileneimin aile ortamındaki nükse katkısının değerlendirmek amacıyla yapılan çalışmada; 30 hasta yakını (%50) yüksek Dİ ve 30 hasta yakını (%50) düşük Dİ olarak sınıflandırılmıştır. Takip edilen 60 kişiden 15’i (%25) ilk 6 ay içinde nüks etmiş ve 12 ay boyunca 21’e (%33) yükselmiştir. Genel Dİ durumu, eleştirel yorumlar ve 6 ay sonra nüks ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuş ve ayrıca duygu ifadesi sıcak olduğunda veya aile ortamı

daha pozitif olduğunda 6. ve 12. ayda relaps olasılığı daha az olduğu sonucuna varılmıştır (Lee ve ark., 2014).

Kara'nın çalışmasında (2014); ilk atak sonrasında en az bir kez nüks olanlarda hem hastanın hem de yakınının Dİ seviyesi daha yüksek bulunmuş. Bulgular, hastalık nüksünün yüksek Dİ ile ilişkili ve olduğunu göstermektedir. Ayrıca bu alanda karşılaşılan müdahale çalışmalarına baktığımızda ise; Arslantaş ve ark.'nın (2009); şizofreni hastalarının bakımverenlerine uygulanan psikoeğitimin hastanın klinik sürecine ve bakımverenlerin duygu ifadesi seviyelerine olan etkisini inceledikleri çalışmada; hastaların başlangıçtaki klinik puanları ile eğitim programından üçay geçtikten sonraki puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bakımverenlerin duygu ifadesi seviyelerinde eğitimle bir düzelme görülmemiş, ancak 3.ay sonunda Duygu Dışavurum Ölçeği puanlarında istatistiksel anlamlılık seviyesine ulaşmasa da bir azalma eğiliminde olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın sonucuna göre hastalık süresinin uzamasına bağlı bakımverenlerin Dİ tepkilerinin sağlıklı düzeylere yaklaştığı görülmüştür. Bu durum şizofreni hastalarının bakımverenlerinin hastalık süresince bir durum aldıkça, hastalığın alevlenmeleriyle başa çıkabilme yeteneklerinin arttığı şeklinde yorumlanmıştır (Arslantaş ve ark., 2009). Diğer bir çalışmada da şizofreni hastalarının yakınlarına yapılan psikoeğitimin 6 aylık izlem sonucunda duygu ifadesi düzeylerini etkilemediği bulunmuştur (Duman ve ark., 2007).

2.3.2. Duygu İfadesini Etkileyen Faktörler

Araştırmalar yüksek duygu ifadesinin özellikle şizofreni hastalarında hastaneye yatış sayısının artması, klinik gidişin kötüleşmesi, depresyon ve intihar ile ilişkili olduğunu göstermektedir (Tüzer ve ark., 2003; McDonell ve ark., 2003). Genelde şizofreni hastalarının ailelerinin duygu ifadesi düzeylerinin yüksek olduğu gözlenmektedir (Sellwood ve ark., 2003). Yüksek duygu ifadesi hem hasta hem de bakımverenlerde artan endişe ve depresyon oranı ile ilişkilendirilmiştir (Butzlaff ve Hooley, 1998; Tomlinson ve ark., 2013; Scazufca ve Kuipers, 1999; Birchwood ve Cochrane, 1990). Tekrarlayan ataklar, hastalığın tedaviye kötü yanıt verdiğini gösterdiğinde, duygu ifadesi düzeylerinde daha fazla değişiklik meydana gelmekte ve bu da daha fazla hayal kırıklığı ve öfkeye neden olmaktadır. Bu durum da kronik psikiyatrik tanılı hastaların ailelerinde daha yüksek duygu ifadesi ile sonuçlanmaktadır (Hooley, 2007). Mo ve arkadaşlarının (2007) çalışmasında, ilk atak psikozlu hastaların işsiz bakımverenlerinde Dİ puanlarının yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu, yüksek Dİ için bir risk

faktörü olarak bildirilmiş ve hasta ile artan yüz yüze temas ile de ilişkili olabileceği sonucuna varılmıştır (Mo ve ark., 2007). Arslantaş ve Adana'nın (2012); 72 şizofreni hastası ve bakımverenleriyle yaptıkları çalışmalarında ise; bakımverenin çalışmıyor olmasının, ailenin gelir düzeyinin düşük olmasının, eğitim düzeyinin ilköğretim ve altı olmasının bakımverende daha fazla duygu ifadesine neden olduğu görülmüştür (Arslantaş ve Adana, 2012).

2.4.PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ VE DUYGU İFADESİ

Psikiyatri hemşireleri ve hemşireler Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri, psikiyatri klinikleri ve poliklinikleri gibi farklı çalışma alanlarında hizmet veren meslek üyeleridir. Hemşireler hem hastalar ile hemde hasta yakınları ile hastalığın her aşamasında ilk bağlantı kuran profesyonellerdir. Bu ilk ilişki ve sonraki ilişkiler sırasında hastalar ve hasta yakınlarının tanınması, gereksinimlerinin belirlenmesi; uygun müdahalelerin planlanması ve uygulanması için önemlidir. Literatürde şizofreni hastalarına bakım veren ailelerde eğitime ihtiyaç duyulan temel alanlar; hastalığın belirtileri ve tedavi süreci hakkında bilgi, ilaç yan etkileri ve tedavisinin evde yönetimi, akut alevlenme belirtisini fark etme, hasta davranışı ve yaşanan stresle baş etme, iletişim becerileri, toplumsal destek kaynakları hakkında bilgi ve erişimi sağlama olarak sıralanmakta, planlanan eğitim programlarında bu alanların bulunması gerektiği belirtilmektedir (Dixon ve ark.,2001; Goldstein, 2000; Chien ve Norman, 2002).

İlk atağını geçiren bireyler için etkili tedavilerin zamanında uygulanması hastalığa erken uyum sağlamada ailelere yardımcı olabilir, eleştirel yorumların gelişmesini engellemeye katkıda bulunabilir. Ayrıca ilk atak sırasındaki müdahalelerde aile müdahaleleri duygusal aşırı meşguliyet ve eleştirel yorumları ayrı ayrı hedef almalıdır (A 'lvarez-Jime'nez ve ark., 2010). Daha düşük bir semptom düzeyi ve daha iyi bir işleyiş seviyesine ulaşmış hastaların daha az stresli aile ortamlarında yaşadıkları göz önüne alındığında, aile disfonksiyonunun, aile dinamikleri ve işleyişinin anlaşılmasını geliştirerek duygu ifadesinin azaltılabileceği önerilmektedir. Bu, aile içindeki etkileşimleri iyileştirmeyi ve böylece aile hayatındaki bozulmayı en aza indirmeyi amaçlayan aile psikoeğitim müdahalelerinin dikkate alınmasını gerektirmektedir (Kuipers ve ark.,2002; Pharoah ve ark., 2010). Duygu ifadesi literatürü ve duygu ifadesi çalışmalarının meta-analizi, şizofreni nüksü ve yüksek duygu ifadesi arasındaki anlamlı ilişkiyi desteklemektedir (Bebbington ve Kuipers, 1994; Butzlaff ve Hooley, 1998). Bu nedenle, duygu ifadesinin rolünün anlaşılması, kültürel açıdan uygun aile

müdahalesi programlarının geliştirilmesinde klinisyenler ve ruh sağlığı çalışanları için önemli sonuçlar doğurmaktadır (Sadiq ve ark., 2017).

Son zamanlarda, bilişsel bir bileşeni içeren aile müdahalelerinin, ilk atağını yaşayan bireylerin ikinci bir psikoz atağı geçirme olasılığını azaltmaya yardımcı olduğu görülmektedir (Gleeson ve ark., 2010; Breitborde ve ark., 2011). Hastalık ve tedavi ile ilgili psikoeğitimde yer almak, bakımverenlerin bilgi ve psikolojik iyiliğini arttırmakta (Yuen ve ark., 2014; Addington ve ark., 2005; Gonza'lez-Blanch ve ark., 2010) ve depresif belirtilerini ve hastalık tanılı aile üyesine yönelik olumsuz görüşlerini azaltmaktadır (Pickett-Schenk ve ark., 2006). Çalışmalar, tıbbi tedavi bilgilerinin bakımverenlerin hastalara yönelik bilgi ve olumlu tutumunu artırdığını ve iletişim becerileri eğitiminin bireylerin psikotik semptomlarını ve sosyal işlevselliğini geliştirdiğini göstermektedir (O'Brien ve ark., 2009; Otero ve ark., 2011). Bu bulgular, aile müdahalelerinin belirli bileşenlerinin önemli olabileceğini ve olumlu bakım sonuçlarına yol açabileceğini doğrulamaktadır. Son zamanlarda, çalışmalar bilişsel davranışçı terapi (BDT) gibi bilişsel bir bileşenin dahil edilmesinin, aile müdahaleleri içerisinde bakımverenlerin stres değerlendirmesinin önemi artmaktadır (Gleeson ve ark., 2010). Üstelik, bakımverenlerin endişe ve depresyon gibi olumsuz bakım deneyimleri, bu tür müdahalelere katıldıktan sonra azaldığı görülmektedir (Lowenstein ve ark., 2010). Randomize kontrollü bir çalışmada, bibliyoterapiye katılan bakımverenin ilk ataklı bir çocuğa bakmakta olumlu deneyimler yaşadıkları ve psikolojik sıkıntılarının azaldığı saptanmıştır (McCann ve ark., 2013).

Hemşireler aile ile iş birliği kurmada, hem ilk atak hem de kronik psikoz hastalarının bakımverenlerine yönelik müdahaleleri planlamada ve uygulamada rol alan önemli bir sağlık profesyoneli (Petrakis ve Laxton, 2017). Bu ortaklık, hastalık sürecinin ve tedavisinin anlaşılmasını sağlayabilir ve destekleyici yaklaşımla birlikte psikozlu hastaların aile üyelerinin bakımveren yükünü ve duygu ifadesi düzeylerini azaltabilir (Álvarez-Jiménez ve ark., 2010; McNab ve ark., 2007). Ailelerle bağlantıyı kurma ve sürdürme, ailelerin sağlık hizmetlerine erişimi, güçlü bağlar ve psikoeğitim grupları gibi psikoterapötik uygulamalar hemşirelik müdahalesinin önemli bileşenleri olmalıdır (Zanetti ve ark., 2017). Hem aile-hasta hem de hasta-kurum arasındaki önemli bir yapı taşı olan psikiyatri hemşirelerinin rol ve sorumluluklarını hayata geçirmeleri gerekmektedir.

3.GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, ilk atak ve kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesini karşılaştırmak amacı ile tanımlayıcı kesitsel olarak yapılmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Kasım 2017- Kasım 2018 tarihlerini kapsayan bir yıllık sürede ilk atak ve kronik psikoz hastalarının tedavi gördüğü ve izlendiği İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yapılmıştır.

İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğinde, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde, Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde her gün 09:00-16:00 arası poliklinik hizmeti verilmektedir. İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde pazartesi ve cuma günleri psikoz polikliniklerinde hasta ve ailelerine hizmet verilmektedir. Hasta yakınlarına bu bölümlerden ulaşılmıştır. Araştırma literatür tarama ile Mart 2017'de başlamış; Mayıs 2019'da tez savunması ile sonlanmıştır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmada evrenden örnekleme gidilmemiş, amaca uygun örnekleme yöntemi kullanılmıştır ve örneklem sayısı G- power (<http://www.gpower.hhu.de/>) programı kullanılarak hesaplanmıştır ve 0.80 güç, 0.05 p değeri ile yapılan hesaplamada gerekli örneklem sayısı her iki grup için ayrı ayrı 64 olmak üzere toplam 128 bulunmuştur. Araştırmanın örneklemini, Kasım 2017–Kasım 2018 tarihleri arasında iki üniversite hastanesi, bir eğitim ve araştırma hastanesi ve bir ruh sağlığı ve hastalıkları hastanesinin polikliniklerinden izlenen araştırmaya katılmayı kabul eden, araştırmaya dahil edilme kriterlerine uyan 68 ilk atak psikoz hastasının bakımverenleri ile 70 kronik psikoz hastasının bakımverenleri oluşturmuştur.

Örnekleme Alınma Kriterleri

- İlk atak hasta grubu için; DSM-V ölçütlerine göre şizofreni ve diğer psikotik bozukluk (kısa psikoz bozukluğu, şizofreniform bozukluk, şizoaffectif bozukluk, tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk, tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar) tanısı almış, ilk atağını geçirmiş, hastalık süresi 2 yıldan kısa olan hasta grubuna bakıyor olma,
- Kronik hasta grubu için; DSM-V ölçütlerine göre şizofreni ve diğer psikotik bozukluk (kısa psikoz bozukluğu, şizofreniform bozukluk, şizoaffectif bozukluk, tanımlanmış diğer bir şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluk, tanımlanmamış şizofreni açılımı kapsamında ve psikozla giden diğer bozukluklar) tanısı almış, hastalık süresi 2 yıl ve üzeri olan hasta grubuna bakıyor olma,
- 18 yaş ve üzeri olma,
- Hastayla birlikte yaşama veya günde 5 ya da daha fazla saat vakit geçiriyor olma,
- Hastanın bakımından primer sorumlu olma (hastayla en çok ilgilenen tek hasta yakını),
- Araştırma hakkındaki bilgilendirmeden sonra çalışmaya katılmaya onay verme.

Örneklemden dışlanma kriterleri

- Bakım verilen hastanın ayrıca bakım gerektirecek, önemli yeti yitimine neden olan herhangi bir bedensel hastalığının (uzuv kaybı, felç vb.) olması,
- Bakım verilen hastanın mental retardasyon tanısı almış olması.

Her iki gruptaki hastalar; cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu açısından (Tablo 1.), bakımverenler; cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, yakınlık derecesi, ekonomik durumu, hastalık durumu, psikiyatrik tanı durumu ve başka bakım verdiği kişi durumları gibi değişkenler yönünden eşleştirilmiştir (Tablo 2.).

3.4.Çalışma Materyali

Çalışmada herhangi bir materyal kullanılmamıştır.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Duygu İfadesi Ölçeği'nden alınan toplam puan ve alt boyutların puan ortalaması bağımlı değişken olarak belirlenmiştir.

Bağımsız Değişkenler: Hastalığın ilk atak ve kronik sürecinde olan kişilere bakım verme bağımsız değişken olarak belirlenmiştir.

3.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama araçları kullanılmıştır:

1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Veri Formu

2. Duygu İfadesi Ölçeği

3.6.1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Veri Formu

Araştırma verilerinin toplanmasında psikoz hastalarının bakımverenlerinin ve hastaların tanımlayıcı özelliklerine ilişkin veri toplama formu kullanılmıştır. Veri formunda hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim ve çalışma durumu, hastanın hastaneye yatış sayısı, hastanın tanısı, hastalık süresi ve tedavi süresi ile bakımverenin; yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, çalışma durumu, hastaya yakınlık derecesi, ekonomik durumu, bakım verme süresi, günde kaç saat bakım verdiği, herhangi bir hastalık durumu, son altı ay içinde herhangi bir psikiyatrik tanı alma durumu ve başka bakım verdiği kişi durumlarına ilişkin özellikler yer almaktadır.

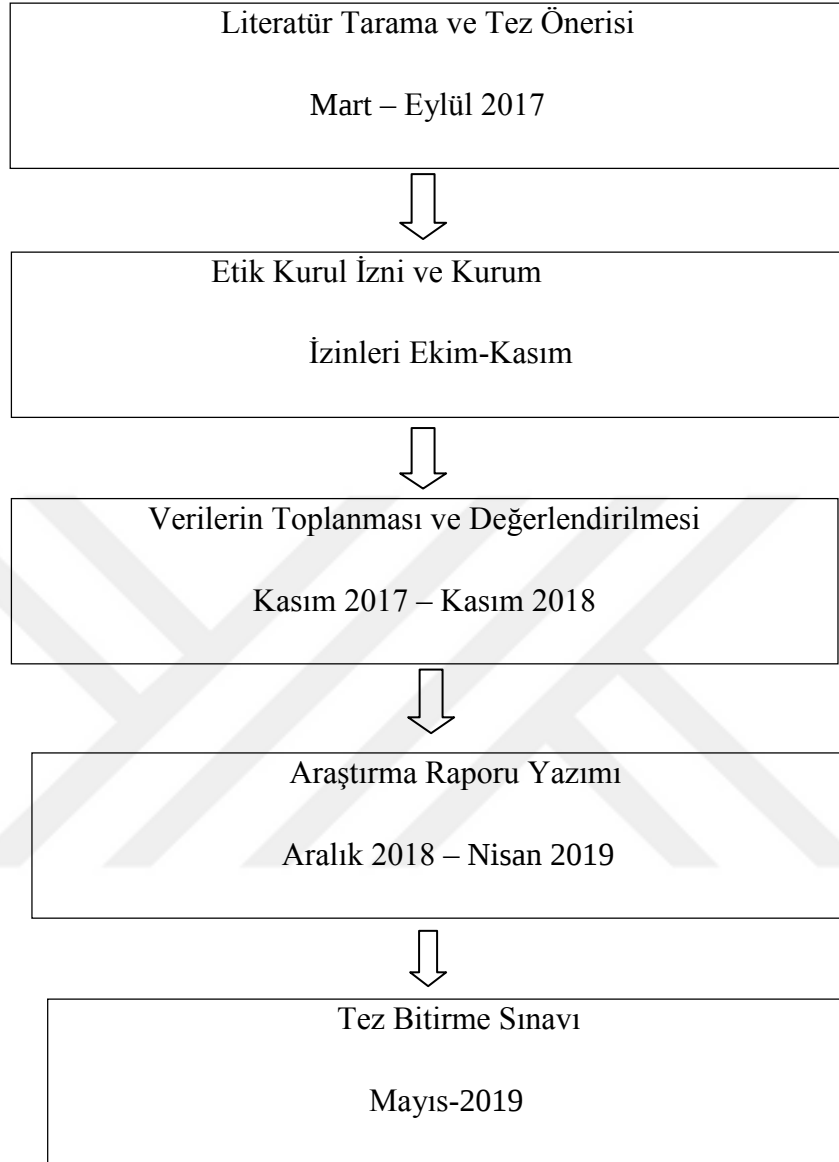
3.6.2. Duygu İfadesi Ölçeği (DİÖ)

Ölçek Berksun tarafından “kişiler arası ilişkilerde, hasta yakınlarının, hastasını ve kendisini algılayışlarına dayanarak, ilişkilerini etkileyen duygusallığı ölçmek için duygu ifadesi kavramlarından yola çıkarak” hazırlanmıştır. Madde üretimi duygu ifadesi kavram ve tanımlamalarına hakim psikolog ve psikiyatlardan oluşan 12 kişilik bir ekip tarafından yapılmış, ardından dört kişilik bir ekip tarafından gözden geçirilerek geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve son olarak 41 maddelik forma dönüştürülmüştür. Ölçek şizofreni hastalarının bakımverenlerine uygulanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,89 olarak

bulunmuştur (Berkun, 1992). Araştırmamızda ise ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0,68 olarak bulunmuştur.

DİÖ doğru-yanlış cevap formatında hasta yakınının kendisi tarafından doldurulan bir ölçektir. En yüksek 41 puan alınabilen ölçekte 3, 8,14, 28, 30, 36, 39 ve 41 nolu maddeler “yanlış” cevabı seçildiğinde bir puan alırken diğerleri “doğru” cevabı seçildiğinde bir puan almakta, aksi durumda puan verilmemektedir. Ölçek eleştirel/düşmanlık ve duygusal aşırı meşguliyet alt boyutlarından oluşmaktadır. Eleştirel Yorumlar; ifade edildiği şekilde, atıfta bulunduğu kişinin davranış veya kişiliği hakkında olumsuz bir yorum oluşturan ifadelerdir. Düşmanlık; yapılan ya da yapılmayan şeyden ziyade, bu durum şizofreni hastası olan kişilere karşı bakımveren tarafından yapılan genel eleştiri ya da aksi görüşleri ifade eder. Duygusal Aşırı Meşguliyet; hastanın hastalığı konusunda abartılı duygusal karşılık, özveride bulunma tutumu, aşırı korumacılık, duygusal stres ya da tasa gibi davranışlar anlamına gelir (Leff ve Vaughan, 1985). İnandılar’ın 72 hasta yakını ile yaptığı DİÖ uygulamalarının faktör analizi sonucunda ise eleştirel/düşmanlık faktöründe 19 madde (3-6-8-10-13-14-17-19-20-24-25-26-28-30-33-34-35-36-37) ve duygusal aşırı meşguliyet faktöründe 18 madde (4-5-7-9-12-15-16-18-21-22-23-27-31-32-38-39-40-41) kabul edilmiş ve dört maddenin (1-2-11-29) faktör değeri 0,30’un altında bulunarak alt puan değerlendirmesine alınmamıştır. Buna göre DİÖ toplam puanı 41 madde üzerinden belirlenirken alt skala değerlendirmesi 37 madde üzerinden yapılmaktadır (Berkun, 1992). Duygu ifadesi ölçeğine göre, duygu ifadesi seviyesinin belirlenmesi, ölçeğin standart bir kesim noktasının bulunmaması nedeniyle, katılımcıların aldıkları puanların ortalaması kesim noktası olarak kabul edilmiştir. Ortalamanın üzerindeki değerler yüksek duygu ifadesi; ortalamanın altındaki değerler düşük duygu ifadesi olarak yorumlanmaktadır (Duman ve ark., 2013).

3.7. Araştırma Planı



3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler SPSS “Statistical Package for the Social Sciences” 22.0 programında değerlendirilmiştir. Araştırma verilerinin analizinde hastaların ve bakımverenlerin tanımlayıcı özellikleri için sayı ve yüzde dağılımı yapılmıştır. Kategorik verilerde; ki-kare testi ve fisher exact test, normal dağılıma uyan sayısal verilerde; bağımsız grup t testi kullanılmıştır.

İlk atak ve kronik psikoz hasta grubu bakımverenlerinin duygu ifadesi puanlarının ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Yapılan tüm analiz değerlendirmelerinde $p < 0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi olarak kabul edilmiştir. Yapılan tüm t-testlerinde karşılaştırılan gruplarda, bağımlı değişkenin normal dağılım gösterip göstermediği grafiksel yaklaşımlar (histogram, Q-Q Plot), normal dağılım testleri ve çarpıklık değerleri bir arada değerlendirilerek incelenmiştir. Sonuçlara göre, bağımlı değişkenin karşılaştırılan gruplar için normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir.

3.9.Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın herhangi bir sınırlılığı bulunmamaktadır.

3.10. Araştırma Etiği

Araştırma için Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 28.09.2017 tarih ve 3548-GOA protokol numaralı onay, İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği, Ege Üniversitesi Hastanesi Başhekimliği ve Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Başhekimliği'nden yazılı izin alınmıştır. DİÖ kullanımı için ise ölçek yazarı ile görüşülüp izin alınmıştır. Çalışmaya katılmak isteyen katılımcılardan aydınlatılmış onam formu kullanılarak kendi rızaları ile yazılı veya sözlü izinleri alınarak çalışmaya başlanmıştır.

4.BULGULAR

Bu kısımda, araştırmaya dahil olan 138 bakımverenin, bakım verdikleri ilk atak ve kronik psikoz hastalarına ilişkin tanımlayıcı özellikleri, bakımveren kişilerin tanımlayıcı özellikleri ile ilk atak ve kronik psikoz hasta grubuna bakımverenlerin duygu ifadesi puanı ve alt boyut puanlarının karşılaştırılmasına yönelik bulgular yer almaktadır.



Tablo 1. İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Tanımlayıcı Özelliklerinin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Hastaların Özellikleri		Hasta Grubu						χ^2	p
		İlk Atak (n=68)		Kronik (n=70)		TOPLAM			
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	20	44.4	25	55.6	45	100	0.623	.430*
	Erkek	48	51.6	45	48.4	93	100		
Medeni Durum	Evli	28	48.3	30	51.7	58	100	0.040	.842*
	Bekar	40	50.0	40	50.0	80	100		
Eğitim Durumu	Okur Yazar Değil	3	37.5	5	62.5	8	100	1.124	.890*
	İlkokul Mezunu	29	48.3	31	51.7	60	100		
	Ortaokul Mezunu	13	56.5	10	43.5	23	100		
	Lise Mezunu	16	47.1	18	52.9	34	100		
	Üniversite Mezunu	7	53.8	6	46.2	13	100		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	11	64.7	6	35.3	17	100	1.847	.174*
	Çalışmıyor	57	47.1	64	52.9	121	100		
		$\bar{x} + \bar{S}s$	min-maks	$\bar{x} + \bar{S}s$	min-maks			t	p
Yaş		34.71+14.21	18-74	41.57+12.41	24-76			3.027	.003**
Yatarak Tedavi Görme Sayısı		0.79+1.32	0-8	3.21+3.83	0-20			4.995	.000**
Hastalık Süresi (ay)		13.88+7.78	1-24	176.06+115.64	36-540			11.706	.000**

İstatistiksel anlamlılık için alfa (α) .05 olarak belirlenmiştir. *ki-kare testi **t-testi

Çalışmaya dahil olan 138 bakımverenin bakım verdikleri hastalara ilişkin demografik ve klinik özellikleri Tablo 1.'de görülmektedir. Hem ilk atak hasta grubunun hem kronik hasta

grubunun çoğunluğu (%70.6, %64.3) erkek hastalardır. İlk atak hasta grubunun ve kronik hasta grubunun çoğunluğu (%58.8, %57.1) bekardır. İlk atak ve kronik psikoz hastalarının çoğunluğu (%42.6, %44.3) ilkokul mezunudur. İlk atak ve kronik psikoz hastalarının çoğunluğu (%83.8, %91.4) çalışmamaktadır. Cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve çalışma durumu açısından ilk atak ve kronik psikoz hastalarının karşılaştırılmasında kıkare testi kullanılmış istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (sırasıyla $p=.430$, $p=.842$, $p=.890$, $p=.174$).

İlk atak hasta grubunun yaş ortalaması 34.71, kronik psikoz hasta grubunun yaş ortalaması ise 41.57 dir. İlk atak hasta grubunun yatarak tedavi görme sayısının ortalaması 0.79, kronik psikoz hastasının ise 3.21 dir. İlk atak hasta grubunun hastalık süre ortalaması 13.88 ay, kronik hasta grubunun ise 176.06 aydır. Kronik psikoz hastalarının ilk atak hastalarına göre yaş ortalaması daha yüksek olup fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=.003$). İlk atak psikoz hastaları ile kronik psikoz hastalarının yatarak tedavi görme sayısı ve hastalık süresi bakımından arasında anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla $p=.000$, $p=.000$). İlk atak psikoz hastalarının yatarak tedavi görme sayısı ve hastalık süresi kronik psikoz hastalarına göre daha düşük bulunmuştur ($p=.000$).

Tablo 2. İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarına Bakımverenlerin Tanımlayıcı Özelliklerinin Sayı ve Yüzde Dağılımı

Bakımverenlerin Özellikleri		Bakımveren Grubu						χ^2	p
		İlk Atak Hastasına		Kronik Hastaya		TOPLAM			
		Bakımveren (n=68)		Bakımveren (n=70)					
		n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet	Kadın	38	41.8	53	58.2	91	100	6.041	.014*
	Erkek	30	63.8	17	36.2	47	100		
Eğitim Durumu	Okur Yazar veya Değil	8	53.3	7	46.7	15	100	3.781	.436*
	İlkokul Mezunu	26	40.6	38	59.4	64	100		
	Ortaokul Mezunu	15	57.7	11	42.3	26	100		
	Lise Mezunu	12	60.0	8	40.0	20	100		
	Üniversite ve Y.Lisans	7	53.8	6	46.2	13	100		
Çalışma Durumu	Çalışıyor	32	71.1	13	28.9	45	100	12.738	.000*
	Çalışmıyor	36	38.7	57	61.3	93	100		
Yakınlık Derecesi	Anne	23	46.9	26	53.1	49	100	2.012	.734*
	Baba	13	61.9	8	38.1	21	100		
	Eş	19	50.0	19	50.0	38	100		
	Çocuk	7	46.7	8	53.3	15	100		
	Diğer	6	40.0	9	60.0	15	100		
Ekonomik Durum	Geliri Gidere Eşit	26	56.5	20	43.5	46	100	a.	-----
	Geliri Giderden Az	41	45.6	49	54.4	90	100		

	Geliri Giderden Yüksek	1	50.0	1	50.0	2	100		
Hastalığı Var mı?	Var	10	27.0	27	73.0	37	100	10.012	.002*
	Yok	58	57.4	43	42.6	101	100		
Son 6 Ay İçerisinde Psikiyatrik Tanı	Var	1	11.1	8	88.9	9	100	b.	.033*
	Yok	67	51.9	62	48.1	129	100		
Bakım Verdiği Başka Kimse	Var	2	28.6	5	71.4	7	100	b.	.441*
	Yok	66	50.4	65	49.6	131	100		
		$\bar{x} + \bar{S}s$	min- maks	$\bar{x} + \bar{S}s$	min-maks			t	p
Yaş		47.94+15.41	19-79	50.84+14.61	20-81			1.135	.258**
Bakım Vermekte Olduğu Süre(ay)		14.12+7.73	1-24	135.09+ 99.56	12-420			9.989	.000**
Günlük Bakım Verme Süresi (saat)		7.00+2.62	5-15	8.27+3.24	5-18			2.529	.013**

İstatistiksel anlamlılık için alfa (α) .05 olarak belirlenmiştir. *ki-kare testi **t-testi

a. Beklenen frekansın beşin altında olduğu ve hücre sayısı toplam hücre sayısının %20'sinden fazla olduğu için ki-kare değeri ve istatistiksel anlamlılık hesaplanmamıştır.

b. Beklenen frekansın beşin altında olduğu hücre sayısı, toplam hücre sayısının %20'sinden fazla olmasına rağmen, çapraz tablo 2 x 2 boyutunda olduğu için istatistiksel anlamlılık Fisher tam olasılık testi (Fisher's exact test) yardımıyla hesaplanabilmektedir.

Çalışmaya dahil olan 138 bakımverenin demografik özellikleri Tablo 2.'de görülmektedir. Hem ilk atak hasta grubunun bakımverenlerinin hem de kronik hasta grubunun bakımverenlerinin çoğunluğu (%55.9, %75.7) kadındır. Hem ilk atak hasta grubunun bakımverenlerinin hem de kronik hasta grubunun bakımverenlerinin çoğunluğu (%38.2, %54.3) ilkokul mezunudur. Hem ilk atak hem de kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin çoğunluğu (%52.9, %81.5) çalışmamaktadır. Hem ilk atak hem de kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin çoğunluğunu (%33.8, %37.1) anneler oluşturmaktadır. Hem ilk atak hem de kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin çoğunluğunda (%60.3, %70)

gelir giderden azdır. Hem ilk atak hem de kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin çoğunluğunda (%85.3, %61.4) herhangi bir hastalık yoktur. Hem ilk atak hem de kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin çoğunluğu (%98.5, %88.6) son altı ay içerisinde psikiyatrik bir tanı almamıştır. Hem ilk atak hem de kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin çoğunluğunun (%97.1, %92.9) başka bakım verdiği kimse yoktur. İlk atak ve kronik psikoz hastalarına bakımverenler; eğitim durumu, yakınlık derecesi ve başka bakım verdiği kişi açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (sırasıyla, $p=.436$, $p=.734$, $p=.441$). Bakımveren grupları, ekonomik durum açısından karşılaştırılamamıştır. Bunun nedeni, çapraz tablodaki hücrelere düşen katılımcı sayılarının dengesiz dağılmasıdır. İlk atak ve kronik psikoz hastalarına bakımverenler; cinsiyet, çalışma durumu, herhangi bir hastalığı olma durumu ve son altı ay içerisinde psikiyatrik tanı alma durumu açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur (sırasıyla $p=.014$, $p=.000$, $p=.002$, $p=.033$). Kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinde kadın cinsiyeti oranı, herhangi bir hastalığının olma oranı ve son altı ay içerisinde psikiyatrik tanı alma oranı ilk atak hastasına bakımverenlere oranla daha yüksek bulunmuştur. Kronik hastalara bakımverenlerde çalışma oranı ise ilk atak hastalarına bakımverenlere oranla daha düşük bulunmuştur ($p=.000$).

İlk atak hastalarının bakımverenlerinin yaş ortalaması 47.94, kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin yaş ortalaması 50.84 tür. İlk atak hastalarının bakımverenlerinin bakım verme süresinin ortalaması 14.12 aydır, kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin bakım verme süresinin ortalaması 135.09 aydır. İlk atak hastalarının bakımverenlerinin günlük bakım verme süresi ortalaması 7 saat, kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin günlük bakım verme süresi ortalaması 8.27 saattir. İki grubun bakımverenlerinin yaş ortalaması açısından aralarında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=.258$). İlk atak ve kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin; bakım vermekte olduğu süre ve günlük bakım verme süresi açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla $p=.000$, $p=.013$). İlk atak psikoz hastasına bakımverenlerin bakım verme süresi ve günlük bakım saati kronik psikoz hastasına bakımverenlere oranla daha düşük bulunmuştur.

Tablo 3. İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakımverenlerinin Duygu İfadesi ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek	İlk Atak Hastasına Bakımveren (n=68)	Kronik Hastaya Bakımveren (n=70)	t	p*	d**
	$\bar{x} \pm \bar{S}_s$	$\bar{x} \pm \bar{S}_s$			
Eleştirel Yorumlar/ Düşmanlık Alt Boyut Puanı	5.32 $\pm$ 3.41	6.41 $\pm$ 4.35	1.637	.104	0.28
Duygusal Aşırı Meşguliyet Alt Boyut Puanı	10.53 $\pm$ 2.65	11.09 $\pm$ 2.88	1.181	.240	0.20
Toplam Duygu İfadesi Ölçek Puanı	17.22 $\pm$ 4.92	18.96 $\pm$ 5.71	1.913	.058	0.33

İstatistiksel anlamlılık için alfa (α) .05 olarak belirlenmiştir.

*t-testi

**Cohen d (0.2 = küçük etki, 0.5 = orta düzeyde etki, 0.8 = büyük etki)

Bakımverenlerin gruplarına göre duygu ifadesi toplam puan ortalamaları ve alt boyutlarının puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3.'te görülmektedir. İlk atak psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi ölçeği puanlarının karşılaştırılmasında iki ortalama arasındaki farkın önemlilik testi kullanılmıştır. İlk atak psikoz bakımverenlerinin duygu ifadelerinin toplam puan ortalaması 17.22, kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi ölçeği toplam puan ortalaması ise 18.96'dır. İlk atak psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi toplam puan ortalamaları kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi puan ortalamasından düşük olsa da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p=.058$). İlk atak psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi alt boyutlarından; eleştirel yorumlar ve düşmanlık alt boyut puan ortalaması 5.32, duygusal aşırı meşguliyet alt boyut puan ortalaması 10.53'tür. Kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi alt boyutlarından; eleştirel yorumlar ve düşmanlık alt boyut puan ortalaması 6.41, duygusal aşırı meşguliyet alt boyut puan ortalaması 11.09'dur. İlk atak psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi alt boyut puan ortalamaları kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi alt boyut puan ortalamasından düşük olsa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (sırasıyla, $p=.104$, $p=.240$).

Alt ölçeklerin ve tüm ölçeğin toplam puanlarına ilişkin olarak yapılan ve bakımveren gruplarının karşılaştırıldığı t-testlerine ait istatistiksel güç analizi sonuçları ise; Eleştirel Yorumlar/Düşmanlık Alt Boyut Puanı için İstatistiksel Güç: .37, Duygusal Aşırı Meşguliyet

Alt Boyut Puanı için İstatistiksel Güç: .21, Toplam Duygu İfadesi Ölçek Puanı için İstatistiksel Güç: .49'dur.

Bakımverenlerin sosyodemografik özelliklerini incelediğimizde her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark çıkan özelliklerin; cinsiyet, çalışma durumu, hastalık durumu ve son altı ay içerisinde psikiyatrik tanı alma durumu olduğu sonucuna varılmıştır. Anlamlı farklılığın çıktığı demografik özelliklerin duygu ifadesi üzerinde bir etkisi olabileceğinden çalışmada ek olarak analizi yapılmıştır. Bu analizlerde çalışma durumu kronik psikoz hastalarına bakımveren grubun günlük bakım verme süre ortalamasının 8 saatten fazla olması nedeniyle homojeniteyi bozduğu için analiz yapılamamıştır. Ayrıca son altı ay içerisinde psikiyatrik tanı alma durumu örneklem sayısının dengesiz dağılmasından kaynaklı hesaplanamadığından analiz yapılamamıştır.

Tablo 4. Duygu İfadesi Ölçeği Toplam Puanının, İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastasına Bakımveren Cinsiyeti Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	İlk Atak Hastasına Bakımveren Cinsiyeti		t	p*	d**
	Kadın (n=38)	Erkek (n=30)			
	$\bar{x} + \bar{S}s$	$\bar{x} + \bar{S}s$			
Toplam Duygu İfadesi Ölçek Puanı	19.29+4.19	14.60+4.55	4.410	.000	1.08
Ölçek	Kronik Hastaya Bakımveren Cinsiyeti		t	p*	d**
	Kadın (n=53)	Erkek (n=17)			
	$\bar{x} + \bar{S}s$	$\bar{x} + \bar{S}s$			
Toplam Duygu İfadesi Ölçek Puanı	19.38+5.53	17.65+6.22	1.089	.280	0.304

İstatistiksel anlamlılık için alfa (α) .05 olarak belirlenmiştir.

*t-testi

**Cohen d (0.2 = küçük etki, 0.5 = orta düzeyde etki, 0.8 = büyük etki)

İlk atak hastasına bakımverenlerin cinsiyetine göre duygu ifadelerinin toplam puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır, kadınların toplam duygu ifadesi puan ortalamaları daha yüksektir ($p=.000$). Tüm ölçek puanının, ilk atak

hastasına bakımveren cinsiyeti açısından karşılaştırıldığı t-testine ilişkin olarak yapılan istatistiksel güç analizi sonucu: .99'dur. Kronik psikoz hastasına bakımverenlerin cinsiyetine göre duygu ifadelerinin toplam puanlarının karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p=.280$). Tüm ölçek puanının, kronik hastaya bakımveren cinsiyeti açısından karşılaştırıldığı t-testine ilişkin olarak yapılan istatistiksel güç analizi sonucu: .42'dir.

Tablo 5. Duygu İfadesi Ölçeği Toplam Puanının, İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastasına Bakımverenlerin Hastalık Durumu Açısından Karşılaştırılması

Ölçek	İlk Atak Hastasına Bakımverenlerin Hastalık Durumu		t	p*	d**
	Var (n=10)	Yok (n=58)			
	$\bar{x} + \bar{S}s$	$\bar{x} + \bar{S}s$			
Toplam Duygu İfadesi Ölçek Puanı	20.60+4.25	16.64+4.82	2.439	.017	0.83
Ölçek	Kronik Hastaya Bakımverenlerin Hastalık Durumu		t	p*	d**
	Var (n=27)	Yok (n=43)			
	$\bar{x} + \bar{S}s$	$\bar{x} + \bar{S}s$			
Toplam Duygu İfadesi Ölçek Puanı	18.85+6.20	19.02+5.45	0.121	.904	0.03

İstatistiksel anlamlılık için alfa (α) .05 olarak belirlenmiştir.

*t-testi

**Cohen d (0.2 = küçük etki, 0.5 = orta düzeyde etki, 0.8 = büyük etki)

İlk atak hastasına bakımveren ve hastalığı olan bakımverenlerin duygu ifadesi puanları hastalığı olmayan bakımverenlerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir ($p=.017$). Tüm ölçek puanının, ilk atak hastasına bakımveren hastalık durumu açısından karşılaştırıldığı t-testine ilişkin olarak yapılan istatistiksel güç analizi sonucu: .99'dur. Kronik psikoz hastasına bakımveren ve hastalığı olan bakımverenlerin duygu ifadesi puanları hastalığı olmayan bakımverenlerin puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=.904$). Tüm ölçek puanının, kronik hastaya bakımveren hastalık durumu açısından karşılaştırıldığı t-testine ilişkin olarak yapılan istatistiksel güç analizi sonucu: .05'dir.

5. TARTIŞMA

Bu kısımda ise; ilk atak ve kronik psikoz hastalarına bakımverenlerin duygu ifadesi seviyelerini karşılaştırmak ve duygu ifadesi alt boyutlarındaki (eleştirel yorumlar/düşmanlık, duygusal aşırı meşguliyet) benzerlik ve farklılıklarını tanımlamak amacıyla yapılan çalışma sonucunda elde edilen bulgular literatüre göre tartışılmıştır. Ayrıca bakımverenlere ait demografik özelliklerin benzerlik ve farklılıkları yine bu doğrultuda tartışılmıştır.

Bakımveren demografik özellikleri incelendiğinde; ilk atak hasta grubunun bakımverenlerinde çalışma oranı kronik hasta grubuna bakımverenlere oranla daha yüksektir. Bu durum, ilk atak hastalarının hastalık süresinin kısa, yatarak tedavi görme sayısının az olması ve kronikleşmenin getirdiği yeti yitimi gibi bilişsel zararların henüz hastada başlamamış olması ile ilişkilendirilebilir. Bakımverenin hastaya günlük bakım verme süresinin kronik hasta grubunda fazla olması yine bu sebeplerin artışı ve meydana gelişi ile açıklanabilir. Bakımverenlerde son altı ayda psikiyatri hastalık tanısı almış olma durumu kronik bakımveren grubunda daha fazladır (kronik bakımveren grubunda %11.4 iken ilk atak bakımveren grubunda %1.4). Bununla ilgili herhangi bir karşılaştırma çalışması bulunmamakla birlikte ilk atak ve kronik hasta bakımverenleriyle ayrı ayrı yapılan çalışmalar bulunmaktadır. İskoç Şizofreni Araştırma Grubu tarafından 1987 senesinde Genel Sağlık Anketiyle yaptıkları çalışmada, ilk atak psikoz hastalarının bakımverenlerinin %77'sinde psikiyatrik hastalık görülmüştür (Addington ve ark., 2003). Tennakoon ve arkadaşlarının (2000) Genel Sağlık Anketi aracılığıyla yaptıkları çalışmada ise ilk atak psikoz hastalarının bakımverenlerinin %12'sinde psikiyatrik hastalık görülmüştür (Tennakoon ve ark., 2000). Yapılan başka bir çalışmada şizofreni hastasına bakımverenlerde ruhsal problem yaşanma olasılığı %55 olarak belirtilmektedir (Barrowclough ve Tarrier, 2003). Magaña ve arkadaşlarının (2007) Meksika kökenli hastalar ve aileleriyle yaptıkları çalışmalarında ailelerde depresyon oranını %40 olarak tespit etmişlerdir (Magaña ve ark., 2007). Ülkemizde 104 şizofreni hastasının bakımvereni ile yapılan bir çalışmada bakımverenlerin %86.5'inin ruhsal sağlık sorunları açısından yüksek risk taşıdığı bulunmuştur (Harmancı ve Çetinkaya Duman 2016). Ülkemizde 103 şizofreni tanılı bireyin bakımvereni ile yapılan başka bir çalışmada ise bakımverenlerin %65'inde ruhsal sağlık sorunu yaşanma olasılığının olduğu bulunmuştur (Şengün İnan ve Çetinkaya Duman 2013). Bu çalışmada psikiyatrik tanı alma durumu bakımverenlerin öz bildirimlerine/söylemlerine dayalı bir değerlendirme olup objektif değildir. Son altı ay içerisinde psikiyatrik tanı almış olma durumunun bizim kültürümüzde

düşük olması hem cefakar, fedakar aile yapısına sahip olup kendilerini geri plana atıyor olmalarıyla hem de herhangi bir psikiyatrik tanı alma durumunda çocuğundaki hastalığının kendinden kaynaklı olduğunu düşünüp kendi kendini veya çevrenin onu suçlamasına neden olabileceğinden korktuğu için bu konuda başvurmadıklarını düşündürmektedir.

Çalışmamızda; ilk atak psikoz hastasına bakımverenler ile kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi puan ortalamaları ve duygu ifadesi alt boyutları (eleştirel yorumlar/düşmanlık ve duygusal aşırı meşguliyet) puan ortalamaları farklı olsa da istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır (sırasıyla $t=1.913$, $t=1.637$, $t=1.181$, sırasıyla $p=.058$, $p=.104$, $p=.240$ Tablo 3). Literatürde ilk atak ve kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin duygu ifadesinin karşılaştırıldığı herhangi bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bachmann ve arkadaşlarının (2002); şizofreni ve majör depresif bozukluğu olan ilk atak ve kronik hastaların yakınlarının duygu ifadesi durumlarını değerlendirmek amacıyla Beş Dakika Konuşma Örneği “Five Minute Speech Sample–FMSS” kullanılarak yaptıkları çalışmaların da; şizofrenide ilk atak ve kronik hastalarının yakınlarındaki duygu ifadesi düzeylerinde anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur (Bachmann ve ark.,2002). Yapılan başka bir çalışmada; yüksek duygu ifadesininin bakımverenin eş olmaması ve hastanın genç ve bekar olması ile ilişkili olup; hastalık öncesi özellikler, semptom boyutları veya hastanın tanı grubu (Heikkilä ve ark., 2002), bakımverenin sıkıntısı veya depresyonu (Raune ve ark., 2004) ile ilişkili olmadığı bulunmuştur. Bununla birlikte bir diğer çalışmada; bakımverenlerin duygu ifadesi durumunun hastalığa özgü olmadığı ve hastalık kronikleşmesinden bağımsız olduğu bulunmuştur (Bachmann ve ark., 2002). Her iki grupta da duygusal aşırı meşguliyet alt boyut puan ortalamasının eleştirel yorumlar/düşmanlık alt boyut puan ortalamasından yüksek olması bizim kültürel özelliklerimiz ile açıklanabilir. Nitekim fedakar bir aile yapısına sahip olan toplumumuz hastasına karşı aşırı koruyucu-kollayıcı yaklaşabilmektedir.

Çalışmamızda kronik hastaların bakımverenlerinin toplam duygu ifadesi ve iki alt boyut puan ortalamaları istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ortalama olarak ilk atak hastaların bakımverenlerinin duygu ifadesi ortalamalarından yüksektir. İlk atak hasta grubunda hastalığın yeni oluşu, hastada henüz yeti yıkımlarına sebep olmaması, yatış sayısının az olması düşük duygu ifadesinin nedeni olabileceği gibi ailenin hastalığı kabullenememesi, baş etme yollarını bilmeyişi ve damgalanma korkusu nedeniyle

paylaşamaması da yüksek duygu ifadesine neden olabileceğini düşündürmektedir. Kronik psikoz hastalarının yatarak tedavi görme sayısının fazla olması, hastalık süresinin uzun olması, kronikleşmenin getirdiği yeti yitimi gibi bilişsel zararların başlaması (Dyck ve ark., 1999; Magliano ve ark., 1998; Magliano ve ark., 2000), tekrarlayan ataklar, bozukluğun terapiye kötü yanıt verdiğini göstermesi, duygu ifadesi düzeylerinde daha fazla değişikliğe neden olmakta ve bu da daha fazla hayal kırıklığı ve öfke ile sonuçlanmakta ve kronik hastaların ailelerinde daha yüksek duygu ifadesine neden olabilmektedir (Hooley, 2007). Bu gibi etkenlerin yanı sıra kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinde hastalığın kronik olduğunun anlaşılması, bakımverenin hastasının geleceğine yönelik umutlarını kaybetmeleri, uzun süredir bakımvermeden kaynaklanan kendi hayat planlarını gerçekleştirememeleri ve buna bağlı yaşadıkları üzüntü, hastayla geçirilen sürenin artması ve yatarak tedavi olma sayısının fazlalığı bakımverende yüksek duygu ifadesine neden olabilmektedir. Psikiyatri hemşirelerinin duygu ifadesini farkedebilmeleri aileye uygulanacak girişimlere de yön vereceğinden ailenin baş etme becerisini geliştirecek olup kronikleşen süreçte de yüksek devam eden duygu ifadesinin azalmasını sağlayacaktır.

Çalışmamızda ilk atak hastalarının bakımverenlerinde; kadınların duygu ifadesi toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu sonucuna varılırken kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinde cinsiyetlerine göre duygu ifadesi puanları arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır. İlk atak hastalarının kadın bakımverenlerinde duygu ifadesinin yüksek olması, kadın bakımverenlerin, hasta akrabalarının semptomlarıyla başa çıkma durumunun erkek bakımverenlere göre yetersiz olmasıyla açıklanabilir (Lim ve Ahn, 2003; Lutzky ve Knight, 1994). Carrà ve arkadaşlarının çalışmasında (2012) ise şizofreni tanılı hasta yakınlarının sosyodemografik özelliklerinden hiçbirisi bakımverenin cinsiyeti de dahil olmak üzere, Dİ düzeyi ile istatistiksel olarak ilişkili bulunmamıştır (Carrà ve ark., 2012). Çalışmamızda ilk atak hastasına bakımveren ve hastalığı olan bakımverenlerin duygu ifadesi puanları hastalığı olmayan bakımverenlerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu sonucuna varılırken kronik psikoz hastasına bakımverenlerde ise bakımverenin hastalık durumu ve duygu ifadesi arasında anlamlı bir fark olmadığı sonucuna varılmıştır. İlk atakta; yakını yeni tanı almış hasta yakını mevcut durumuyla baş edemeyip stresörlerinin de artmasıyla birçok fiziksel hastalığın belirtilerinin ortaya çıkmasına neden olabileceğinden bu durum duygu ifadesinin artabileceğini düşündürmektedir. Breitborde ve arkadaşlarının çalışmasında (2010); Dİ ve şizofreni hasta yakınlarının sağlığı arasındaki ilişkiye bakıldığında ise hasta yakınlarının başlangıçtaki sağlığı, analizlerde bir değişken olarak dahil edilmiş ve Dİ

ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Breitborde ve ark., 2010)

Şizofreni hastalarının bakımverenlerinin duygu ifadesi düzeyleri ile ilgili diğer önemli bir nokta müdahale çalışmalarına rağmen bakımverenlerin duygu ifadesi düzeylerinin değişmemesidir (Duman ve ark., 2007; Arslantaş ve ark., 2009). Duman ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2007) aile müdahalesi sonrasında bazı bakımverenlerin hastaya yönelik suçlayıcı ve eleştirel tutumlarının devam ettiği, hastayla ilgili küçük olumsuz bir şey yaşandığında bunu felaketleştirdikleri ve hastadan beklentilerinin çok yüksek olduğu belirtilmiştir. Çalışmanın sonucunda bazı bakımverenlerin duygu ifadesi düzeylerinin stabil bir özellik olabileceği, bakımverenlerin farklı öznel ihtiyaçlarının olabileceği ve daha kapsamlı değerlendirmelerle bakımverenlerin incelenmesi gerektiği belirtilmiştir (Duman ve ark., 2007). Bu çalışmada da ilk atak ve kronik psikoz hastalarını bakımverenlerinin duygu ifadesi düzeyleri arasında anlamlı fark olmaması sonucu bakımverenlerin duygu ifadesi durumunun hastalığa özgü olmayabileceği ve hastalığın kronikleşmesinden bağımsız olabileceğini ve duygu ifadesini kapsamlı inceleyen çalışmaların önemini göstermektedir.

6.SONUÇLAR

Araştırma sonucunda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hem ilk atak hem de kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin yarısı yüksek duygu ifadesi yarısı da düşük duygu ifadesi düzeyindedir.
- Hem ilk atak hastasına bakımverenler hem de kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesi toplam puanları ile eleştirel yorumlar/düşmanlık alt boyut ve duygusal aşırı meşguliyet alt boyut puanları arasında fark yoktur.
- İlk atak hastalarının bakımverenlerinde; kadınların duygu ifadesi toplam puan ortalamalarının daha yüksek olduğu yönünde bir sonuca varılırken kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinde cinsiyet ile duygu ifadesi arasında anlamlı bir fark yoktur.
- İlk atak hastasına bakımveren ve hastalığı olan bakımverenlerin duygu ifadesi puanları hastalığı olmayan bakımverenlerin puanlarından anlamlı düzeyde yüksektir. Kronik psikoz hastasına bakımverenlerde ise hastalık durumu ve duygu ifadesi arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur.

7.ÖNERİLER

İlk atak ve kronik psikoz hastasına bakımverenlerin duygu ifadesini karşılaştırmak amacıyla yapılan bu çalışmadan elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur;

- Kronik ve ilk atak psikoz hasta özellikleri ve bakımveren özelliklerinin duygu ifadesine etkisinin incelendiği çalışmaların yapılması,
- Hem ilk atak hem de kronik psikoz hastasının bakımverenlerine yönelik; yurt dışında yaygın olarak uygulanan erken psikoz programları ve ileri dönemdeki müdahale programlarının ülkemizde de planlanıp hayata geçirilmesi; uygulanacak aile müdahalelerinin ve hemşirelik girişimlerinin içeriğinin bakımverenlerin gereksinimlerine göre planlanması ve duygu ifadesi düzeylerine etkisinin değerlendirilmesi,
- Daha büyük örnekleimde benzer çalışmanın yapılması,
- İlk atak ve kronik psikoz hastalarının bakımverenlerinin hastalık algılarının ve kişilik özelliklerinin duygu ifadesi düzeyleri ile ilişkilerinin inceleneceği çalışmaların yapılması,
- İlk atak ve kronik psikoz hastalarının bakımverenlerin hasta aile üyesine duygu ifadelerinin derinlemesine inceleneceği kalitatif çalışmaların yapılması önerilmektedir.

8.KAYNAKLAR

- Addington J., Coldham E.L., Jones B., Ko T., Addington D. (2003). The first episode of psychosis: the experience of relatives Acta Psychiatr Scand: 108: 285–289
- Addington J, Collins A, McCleery A, Addington D. (2005). The role of family work in early psychosis. Schizophr Res;79(1): 77–83.
- Addington J, McCleery A, Addington D. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. Schizophr Res;79(1):107–16.
- Álvarez-Jiménez, M., Gleeson, J. F., Cotton, S. M., Wade, D., Crisp, K., Yap, M. B. H., & McGorry, P. D. (2010). Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first-episode psychosis. Psychological Medicine, 40(1), 63–72. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291708004765>.
- Amaresha1 A.C., Venkatasubramanian G., (2012). Expressed Emotion in Schizophrenia: An Overview, Indian Journal of Psychological Medicine;Vol 34;Issue 1
- Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Beşinci Baskı.(DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, Çev. Yay. Yön. Koroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2014
- Arslandaş H, Adana F.(2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar - Current Approaches in Psychiatry; 3:251-277.
- Arslandaş H., Adana F. (2012). Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler, Anadolu Psikiyatri Dergisi; 13:8-15
- Arslandaş H., Sevinçok L., Uygur B., Balcı V., Adana F., (2009). Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Yapılan Psikoeğitimin Hastalardaki Klinik Gidişe ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumuna Düzeylerine Olan Etkisi, ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi; 10(2) : 3 – 10
- Askey A., Gray R., Gamble C. (2007). Family work in first-onset psychosis: a literature review Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 14, 356–365

- Awad A.G., Voruganti L.P.N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*; 26:149-162.
- Bachmann S., Bottmer C., Jacob S., Kronmüller KT., Backenstrass M., Mundt C., Renneberg B., Fiedler P., Schröder J. (2002). Expressed emotion in relatives of first episode and chronic patients with schizophrenia and major depressive disorder—a comparison, *Psychiatry Research* 112, 239–250
- Barrowclough C., Hooley J.M. (2003). Attributions and expressed emotion: a review. *Clin Psychol Rev*; 23:849-880.
- Barrowclough C., Tarrier N. (2003). The family questionnaire (FQ): A scale for measuring symptom appraisal in relatives of schizophrenic patients. *Acta Psychiatr Scand*; 108:290-296
- Bebbington P., Kuipers L. (1994). The predictive utility of expressed emotion in schizophrenia: an aggregate analysis. *PsycholMed*; 24:707-718
- Berge D, Mane A, Salgado P, Cortizo R, Garnier C, Gomez L, et al. (2016). Predictors of relapse and functioning in first-episode psychosis: a two-year follow-up study. *Psychiatr Serv*;67(2):227–33.
- Berksun O.E. (1992). Şizofreni’de Aile Faktörü: duygu ifadesi ölçek geliştirmeye uyarlama denemesi. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; Ankara
- Binbay T., Ulaş H., Elbi H., Alptekin K., (2010). Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine Sistemik Bir Gözden Geçirme, *Türk Psikiyatri Dergisi*; 21
- Birchwood M., Cochrane, R. (1990). Families coping with schizophrenia: coping styles, their origins and correlates. *Psychol. Med.* 20, 857–865
- Breitborde N.J., Lopez S.R., Wickens T.D., Jenkins JH., Karno M. (2007). Toward specifying the nature of the relationship between expressed emotion and schizophrenic relapse: the utility of curvilinear models. *Int JMethodsPsychiatrRes* ; 16:1-10.

- Breitborde N.J., Moreno F.A., Mai-Dixon N., Peterson R., Durst L., Bernstein B., et al.(2011). Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*;11(9):1–7.
- Breitborde N.J.K., Lo’pez S.R., Kopelowicz A. (2010). Expressed Emotion and Health Outcomes Among Mexican-Americans With Schizophrenia and Their Caregiving Relatives, *The Journal of Nervous and Mental Disease*, Volume 198, Number 2
- Brewin, C. R. (1991). Attribution and expressed emotion in the relatives of patients with schizophrenia, *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 4, 546-554
- Brown G.W., Birley J.L.T., Wing J.K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *Br J Psychiatry*; 121:241–258
- Butzlaff R.L., Hooley J.M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 55(6):547–552
- Carrà G., Cazzullo C.L., Clerici M. (2012). The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population, *BMC Psychiatry*, 12:140 <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/12/140>
- Caqueo-Urizar A, Gutiérrez-Maldonado J, Miranda-Castillo C.(2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes*; 7:84.
- Chang WC, Chan SS, Hui CL, Chan SK, Lee EH, Chen EY. (2015). Prevalence and risk factors for violent behavior in young people presenting with first-episode psychosis in Hong Kong: a 3-year follow-up study. *Aust N Z J Psychiatry*;49(10):914–22.
- Chien W., Norman J. (2002). Educational needs of Families Caring for Chinese Patients with Schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*; 44 (5): 490-498.
- Corcoran C, Gerson R, Sills-Shahar R, Nickou C, McGlashan T, Malaspina D, et al. (2007). Trajectory to first episode of psychosis: a qualitative research study with families. *Early Interv Psychiatry*;1(4):308–15.

Çetinkaya Duman Z., Aştı N., Üçok A., Kuşcu M.K. (2007). Şizofreni Hastalarına ve Ailelerine ‘Bağımsız ve Sosyal Yaşam Becerileri Topluma Yeniden Katılım Programı’ Uygulaması, İzlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 8:91-101

Dixon L, Stewart B, Burland J, Delahanty J, Lucksted A, Hoffman M. (2001). Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatr Serv*; 52:965-7

Duman Z.Ç., Kuşcu M.K., Özgün S. (2013). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Duygu İfadelerini Belirlemede Camberwell Aile Görüşmesi ile Duygu İfadesi Ölçeğinin Karşılaştırılması *Nöropsikiyatri Arşivi*; 50: 301-305

Dyck D.G., Short R., Vitaliano P.P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med*; 61:411-9

EPPIC (2000). State wide Services EPPIC Bilgilendirme Yayınları www.eppic.org.au

Folkman S., Lazarus R.S. (1985). If it changes it must be a process: a study of emotion and coping during three stages of a college examination. *J. Pers. Soc. Psychol.* 48(1), 150–170

Gerson R., Wong C., Davidson L., Malaspina D., McGlashan T., Corcoran C. (2011). Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: an exploratory study *Early Intervention in Psychiatry*; 5: 76–80

Gleeson JF, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, Wade D, Crisp K, Newman B, et al. (2010). Family outcomes from a randomized control trial of relapse prevention therapy in first-episode psychosis. *J Clin Psychiatry*; 71(4):475–83.

Goldstein M.J. (2000). ABD’de Şizofreni Tedavisi Kapsamında Ruhsal-Eğitsel Aile Programları. Çev: Şen N. Şizofreni Yazıları Şizofreni Hastaları ve Yakınları Dayanışma Derneği Yayın Organı; 1 (1), 20-26.

González-Blanch C, Martínez-Munoz V, Pardo-García G, Martínez-García O, Alvarez-Jimenez M, Rodríguez-Sánchez JM, et al. (2010). Effects of family psychoeducation on expressed emotion and burden of care in first-episode psychosis: a prospective observational study. *Span J Psychol*; 13(1): 389–95.

Gülseren L. (2002). Şizofreni ve Aile: Güçlükler, Yükler, Duygular, Gereksinimler. Türk Psikiyatri Dergisi; 13(2), 143–151s

Gümüş A.B. (2006). Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim ve Hemşirelik, Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi /1, 2

Gürhan N., (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği,Nobel Tıp Kitapevleri,Ankara, sf;539-564

Harmancı P., Çetinkaya Duman Z. (2016). Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Yükleri ve Ruhsal Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Psikiyatri Hemşireliği Dergisi;7(2):0–0

Heikkilä J., Karlsson H., Taiminen T., Lauerma H., Ilonen T., Leinonen K.M., Wallenius E., Virtanen H., Heinimä M., Koponen S., Jalo P., Kaljonen A., R Salakangas R.K.R. (2002). Expressed emotion is not associated with disorder severity in first-episode mental disorder, Psychiatry Research 111, 155–165

Hooley, J.M. (1986). Expressed emotion and depression: interactions between patients and high-versus low-expressed-emotion spouses. Journal of Abnormal Psychology 95, 237–246.

Hooley, J.M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. Annual Review of Clinical Psychology 3, 329–352.

Hooley, J.M. (1986). Expressed emotion and depression: interactions between patients and high-versus low-expressed-emotion spouses. Journal of Abnormal Psychology 95, 237–246.

Hooley J.M., Campbell C. (2002). Control and controllability: beliefs and behaviour in high and low expressed emotion relatives. Psychological Medicine 32, 1091–1099

Hooley JM, Hiller JB. (2000). Personality and expressed emotion. J Abnorm Psychol;109:40-4.

Hooley, J. M., & Licht, D. M. (1997). Expressed emotion and causal attributions in the spouses of depressed patients, Journal of Abnormal Psychology, 106, 2, 298-306.

- Huber CG, Hochstrasser L, Meister K, Schimmelmann BG, Lambert M. (2016). Evidence for an agitated-aggressive syndrome in early-onset psychosis correlated with antisocial personality disorder, forensic history, and substance use disorder. *Schizophr Res*;175(1–3):198–203
- Ivarsson A.B., Sidenvall B., Carlsson M., (2004). The factor structure of the Burden Assessment Scale and the perceived burden of caregivers for individuals with severe mental disorders, *Scand J Caring Sci*; 18; 396–401
- İnandılar H. (2001). Şizofren Hastaların Ailelerinde Duygu Dışavurumunun Yordayıcıları. Orta Doğu Teknik Üniversitesi Psikoloji Bölümü Uzmanlık Tezi; Ankara
- Kara N. (2014). Şizofrenide Duygu Dışavurumu: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi (Expressed emotion in schizophrenia: Relationship with sociodemographic and clinical variables). *Yeni Tıp Dergisi*;31:96-101
- Kuipers, E., Lam, D., & Leff, J. (2002). Family work for schizophrenia: A practical guide. London: Gaskell Press.
- Larsen LS. (1998). Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*; 36:26-32.
- Lee G., Barrowclough C., Lobban F., (2014). Positive affect in the family environment protects against relapse in first-episode psychosis, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 49:367–376
- Leff, J., & Vaughn, C. (1985). Expressed Emotion in Families: Its Significance for Mental Illness. London: Guilford.
- Lim Y.M., Ahn Y. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Appl Nurs Res* 16:110–117
- Lowenstein JA, Butler DW, Ashcroft K.(2010). The efficacy of a cognitively orientated carers group in an early intervention in psychosis service-a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*;17(7):628–35.
- Lutzky S.M., Knight B.G. (1994). Explaining gender differences in caregiver distress: the roles of emotional attentiveness and coping styles. *Psychol Aging* 9:513–519

- Magana S.M., Garcia J.I.M., Hernandez M.G., Cortez R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: the roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv* ; 58: 378-384.
- Magliano L., Fadden G., Madianos M, ve ark. (1998). Burden of the families of patients with schizophrenia: result of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33:405–12
- Magliano L., Fadden G., Economou M ve ark. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*; 35:109-115
- Magliano L., Fiorillo A., Rosa C.D., Malangone C., Maj M., The National Mental Health Project Working Group, (2005). Family burden in long-term diseases: a comparative study in schizophrenia vs. physical disorders, *Social Science & Medicine* 61 313–322
- Mane' A, Berge' D, Penzol MJ, Parellada M, Bioque M, Lobo A, et al. (2017). Cannabis use, COMT, BDNF and age at first-episode psychosis. *Psychiatry Res*;250(19):38–43.
- Martens L., Addington J. (2001). The Psychological Well-being of Family Members of Individuals With Schizophrenia, *Soc Psychiatr Epidemiol* 36: 128-133
- McCann TV, Lubman DI, Clark E. (2011). First-time primary caregivers' experience of caring for young adults with first episode psychosis. *Schizophr Bull*;37(2):381–8.
- McCann TV, Lubman DI, Cotton SM, Murphy B, Crisp K, Catania L, et al. (2013). A randomized controlled trial of bibliotherapy for carers of young people with first-episode psychosis. *Schizophr Bull*;39(6):1307–17.
- McDonnell M.G., Short R.A., Berry C.M., Dyck D.G. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psycho education and awareness of patient suicidality. *FamProcess*;42(1):184.

- McNab, C., Haslam, N., & Burnett, P. (2007). Expressed emotion, attributions, utility beliefs, and distress in parents of young people with first episode psychosis. *Psychiatry Research*, 151(1–2), 97–106. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2006.08.004>.
- Meneghelli A., Alpi A., Pafumi N., Patelli G., Preti A., Cocchi A. (2011). Expressed emotion in first-episode schizophrenia and in ultra high-risk patients: Results from the Programma 2000 (Milan, Italy) *Psychiatry Research* 189; 331–338
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Falloon, I.R., Doane, J.A. (1984). Interactional correlates of expressed emotion in the families of schizophrenics. *British Journal of Psychiatry* 144, 482–487.
- Miklowitz, D.J., Goldstein, M.J., Doane, J.A., Nuechterlein, K.H., Strachan, A.M., Snyder, K.S., Magana-Amato, A. (1989). Is expressed emotion an index of a transactional process? I. Parents' affective style. *Family Process* 28, 153–167.
- Mitter N, Subramaniam M, Abidin E, Poon LY, Verma S. (2013). Predictors of suicide in Asian patients with first episode psychosis. *Schizophr Res*;151(1–3):274–8.
- Mo F.Y.M., Chung W.S., Wong S.W., Chun D.Y.Y., Wong K.S., (2007). Expressed Emotion in Relatives of Chinese Patients with First-episode Psychosis in Hong Kong, *hong kong J Psychiatry*;17:38-44
- Nabors N, Seacat J. (2002). Rosenthal Predictors of caregiver burden following traumatic brain injury. *Brain Inj*; 16:1039-1050.
- Neilssen O, Large M. (2010). Rates of homicide during the first episode of psychosis and after treatment: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull*;36(4):702– 12.
- Nordentoft M, Madsen T, Fedyszyn I. (2015). Suicidal behavior and mortality in first-episode psychosis. *J Nerv Ment Dis*;203(5):387–92.
- O'Brien M.P., Gordon, J.L., Bearden C.E., Lopez S.R., Kopelowicz A., Cannon T.D. (2006). Positive family environment predicts improvement in symptoms and social functioning among adolescents at imminent risk for onset of psychosis. *Schizophrenia Research* 81, 269–275.

O'Brien MP, Zinberg JL, Ho L, Rudd A, Kopelowicz A, Daley M, et al. (2009) Family problem solving interactions and 6-month symptomatic and functional outcomes in youth at ultrahigh risk for psychosis and with recent onset psychotic symptoms: a longitudinal study. *Schizophr Res*;107(2– 3):198–205.

Otero S, Moreno-Iniguez M, Paya' B, Castro-Fornieles J, Gonzalez-Pinto A, Baeza I, et al. (2011). Twelve-month follow-up family communication and psychopathology in children and adolescents with a first psychotic episode (CAFEPS study). *Psychiatry Res*;185(1–2):72–7.

Özlü A, Yıldız M, Aker T. (2010). Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 11:89-94.

Öztürk O. (2001). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, 8. baskı, Nobel kitab evi, Ankara, sf; 217-281

Paley G., Shapiro D.A., Worrall D. (2000). Familial origins of expressed emotion in relatives of people with schizophrenia. *Journal of Mental Health*; 9:655-663.

Patel M., Stanhope V., Solomon P. (2007). Bridging the gap: using micro sociological theory to understand how expressed emotion predicts clinical outcomes. *Psychiatr Q* ; 78:117–128.

Patterson P., Birchwood M., Cochrane R. (2000). Preventing the entrenchment of high expressed emotion in first episode psychosis: early development attachment pathways. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 34 (Suppl.), S191–S197.

Penny E, Newton E, Larkin M. (2009). Whispering on the water: British Pakistani families' experiences of support from an early intervention service for first-episode psychosis. *J Cross Cult Psychol*;40(6):969–87.

Perlick D.A., Rosenheck R.A., Miklowitz D.J., Chessick C., Wolff N., Kaczynski R. ve ark. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disord* ; (9):262-273.

Petrakis, M., & Laxton, S. (2017). Intervening early with family members during first-episode psychosis: An evaluation of mental health nursing psychoeducation within an inpatient unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 48–54.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.015>.

Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database System Review*, 12, CD000088.

Pickett-Schenk S, Cook JA, Steigman P, Lippincott F, Bennette C, Grey D.(2006). Psychological well-being and relationship outcomes in a randomized study of family-led education. *Arch Gen Psychiatry*;63(9):1043–50.

Raune D., Kuipers E., Bebbington P.E. (2004). Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model, *BRITISH JOURNAL OF PSYCHIATRY*, 184, (3) 21 - 326

Rosenfarb I.S., Miklowitz D.J., Goldstein M.J., Harmon L., Nuechterlein K.H., Rea MM. (2001). Family Transactions and relapse in bipolar disorder. *Family Process* ; 40:5-14.

Sadiq S., Suhail S., Gleeson J., Alvarez-Jimenez M. (2017). Expressed emotion and the course of schizophrenia in Pakistan, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 52:587–593 DOI 10.1007/s00127-017-1357-1

Sagut P., Duman Z.Ç. (2016) A Comparison of Burden on Caregivers of Patients With First Episode Psychosis and Chronic Psychosis ,*Archives of Psychiatric Nursing*, Cilt:30, Sayı:6, s. 768-773

Scazufca M., Kuipers, E. (1999). Coping strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *Br. J. Psychiatry* 174, 154–158.

Schulze B., Rössler W. (2006). Ruhsal hastalıkta bakım verenin yükü: 2004-2005'te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirilmesi. *Current Opinion Psychiatry Turkish Edition*; 2(1):47-58.

Sellwood W., Tarrier N., Quinn J., Barrowclough C. (2003). The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *PsycholMed*;33(1):91-96.

Sin J, Moone N, Harris P. (2008).Siblings of individuals with firstepisode psychosis: understanding their experiences and needs. J Psychosoc Nurs Ment Health Serv;46(6): 33–40.

Şengün İnan F., Çetinkaya Duman Z. (2013).Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler: Sosyodemografik Değişkenler Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi;16:4

Tenakoon L.A., Fannon D., Doku V., O’Ceallaigh S., Soni W., Santamaria M., Kuipers E. and Sharma T. (2000). Experience of caregiving: relatives of people experiencing a first episode of psychosis,british journal of psychiatry, 177,529-533

Tomlinson E., Onwumere J., Kuipers E. (2013). Distress and negative experiences of the caregiving relationship in early psychosis: does social cognition play a role? Early Intervention in Psychiatry, 2014; 8: 253-260.

Townsend M. (2016). Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinin Temelleri Kanıta Dayalı Uygulama Bakım Kavramları, 6.Baskı, sf;335-377

Tüzer V., Zincir S., Basterzi AD., Aydemir Ç., Kısa C., Göka E. (2003). Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi. Klinik Psikiyatri;6:198-203

Üçok A. (2008). Şizofreninin erken döneminde klinik özellikler ve tedavi ilkeleri. Klinik Psikiyatri; 11(Ek 1): 3-8

Vaughn CE, Leff JP. (1976). The measurement of expressed emotionin the families of psychiatric patients. Br J Soc Clin Psychol;15:157-65.

Ventura J, Subotnik KL, Guzik LH, Helleman GS, Gitlin MJ, Wood RC, et al. (2011). Remission and recovery during the first outpatient year of the early course of schizophrenia. Schizophr Res;132(1):18–23.

Yuen K, Harrigan SM, Mackinnon AJ, Harris MG, Yuen HP, Henry LP, et al. (2014). Long-term follow-up of all-cause and unnatural death in young people with first-episode psychosis. Schizophr Res;159(1):70–5.

Zanetti A.C.G., Pantaleão de Souza T.M., Tressoldi L.D.S., Azevedo-Marques J.M., Corrêa-Oliveira G.E., Santana da Silva A.H., Santos Martin I.D., Giaccherio Vedana K.G., Cardoso L., Frari Galera S.A., Silva Gherardi-Donato E.C. (2017). Expressed emotion and family burden in relatives of patients in first-episode psychosis, Archives of Psychiatric Nursing, <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.12.003>

Wearden A.J., Tarrier N., Barrowclough C., Zastowny T.R., Rahill AA. (2000). A review of expressed emotion research in health care. ClinPsycholRev; 20:633-666.

Weisman A. G., Lopez, S. R., Karno, M., & Jenkins, J. (1993). An attributional analysis of expressed emotion in Mexican-American families with schizophrenia, Journal of Abnormal Psychology, 102, 4, 601-606.

Wolthaus J.E.D., Dingemans P.M.A.J., Schene A.H., Linszen D.H., et al. (2002). Caregiver Burden in recent onset schizophrenia and spectrum disorders the influence of symptoms and personality traits. J Nerv Ment Dis, 190:241–247

World Health Organization. (2017) <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>
Erişim Tarihi: 25.09.2017.

World Health Organization. Mental Health Atlas 2011 - Department of Mental Health and Substance Abuse.

Wunderink A., Kaymaz N. (2002). Şizofreni nedenleri, sonuçlar ve tedavisi.

9. EKLER

EK 1. Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Veri Formu

Hastaların Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu:

1. Yaşı:
2. Cinsiyeti: Kadın () Erkek ()
3. Medeni durumu: Evli () Bekar ()
4. Eğitim durumu nedir: Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
5. Çalışma durumu nedir: Çalışıyor () Çalışmıyor ()
6. Kaç kez psikiyatri servisinde yatarak tedavi gördü?
7. Hastanın tanısı:.....
8. Hastalık süresi (ilk belirti ne zaman başladı?):.....

Bakım Verenlerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Veri Toplama Formu

1. Yaşınız:.....
2. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
3. Eğitim durumunuz: Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul () Ortaokul () Lise () Üniversite ()
4. Şu anda çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()
5. Hastaya yakınlık derecesi nedir? Anne () Baba () Eş () Kardeş () Çocuk () Diğer ()
6. Ekonomik durumunuzu nasıl değerlendiriyorsunuz?
Gelir gidere eşit () Gelir giderden az () Gelir giderden yüksek ()
7. Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz?
8. Günde ortalama kaç saat bakım veriyorsunuz?.....
9. Herhangi bir hastalığınız var mı? (var ise nedir):.....
10. Son 6 ay içinde herhangi bir psikiyatrik tanı aldınız mı?
11. Başka bakım verdiğiniz kişi var mı?.....

EK 2. Duygu İfadesi Ölçeği

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

- (D) (Y) 1. Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum.
- (D) (Y) 2. Onun hasta olduğuna inanmıyorum.
- (D) (Y) 3. Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.
- (D) (Y) 4. Benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemli.
- (D) (Y) 5. Onunla ilgili her şeyi, kendine ait özel konuları bile öğrenmeye çalışıyorum.
- (D) (Y) 6. Onun varlığı beni deli ediyor.
- (D) (Y) 7. Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye.
- (D) (Y) 8. Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.
- (D) (Y) 9. Ona sık sık öğüt veriyorum.
- (D) (Y) 10. Onunla uyuşmıyoruz.
- (D) (Y) 11. Bıraktım artık ne hali varsa görsün.
- (D) (Y) 12. Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.
- (D) (Y) 13. Ona kırılıyor, güceniyorum.
- (D) (Y) 14. Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.
- (D) (Y) 15. Onun üstüne titrerim.
- (D) (Y) 16. Onunlayken başka bir şeyle ilgilenmiyorum, ilgim hep onun üstünde oluyor.
- (D) (Y) 17. O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.
- (D) (Y) 18. O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum.
- (D) (Y) 19. Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.
- (D) (Y) 20. Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum.
- (D) (Y) 21. Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.
- (D) (Y) 22. Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum.
- (D) (Y) 23. Onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.

- (D) (Y) 24. "Ondan ah bir kurtulsam!" diye düşündüğüm oluyor.
- (D) (Y) 25. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum.
- (D) (Y) 26. Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum.
- (D) (Y) 27. Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılmaya dayanamıyorum.
- (D) (Y) 28. Biz birbirimize benziyoruz.
- (D) (Y) 29. Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum.
- (D) (Y) 30. Onunla iyi anlaşıyorum.
- (D) (Y) 31. Aklım fikrim hep onda başka hiç bir şey düşünemiyorum.
- (D) (Y) 32. Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum.
- (D) (Y) 33. Ondan uzak kalmak istiyorum.
- (D) (Y) 34. Başıma bir sürü dert açıyor.
- (D) (Y) 35. O olmasa bütün işler yoluna girecek.
- (D) (Y) 36. Bir zorlukla karşılaştığımda bu zorlukla başa çıkabiliyorum.
- (D) (Y) 37. Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor.
- (D) (Y) 38. Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım.
- (D) (Y) 39. Huzursuz/keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya/sohbet etmeye çalışırım.
- (D) (Y) 40. Onun, hastalığını abarttığını düşünüyorum.
- (D) (Y) 41. Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.

EK 3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu çalışmanın adı “İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması” dır. Bu çalışma Yüksek lisans tezi olarak yapılacaktır. Sizden ilk olarak, yaşınız medeni haliniz gibi soruları içeren demografik soru formunu, daha sonra da 41 maddeden oluşan Duygu İfadesi Ölçeği’ni doldurmanızı isteyeceğim. Çalışmanın yürütülmesi ve yayınlanması aşaması dahil, hiçbir aşamada isminiz ve kişisel bilgileriniz kullanılmayacaktır. Katkılarınız için teşekkürler.

Ben,“ İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması” çalışmasının kapsamı ve amacı, gönüllü olarak üzerime düşen sorumluluklar konusunda bilgilendirildim ve çalışmanın amacını, üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve sorduğum sorulara ayrıntılı ve açıklayıcı yanıtlar aldım. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunluluğum olmadan bırakabileceğim, çalışmayı bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağım konusunda bilgilendirildim.

Bu koşullarda bu araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı Soyadı:.....

İmza:.....

Adres:.....

Telefon:.....

Tarih(gün/ay/yıl):.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının

Adı- Soyadı:.....

İmza:.....

Tarih(gün/ay/yıl):.....

Saygılarımla, Damla Bayrak

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Yüksek Lisans Öğrencisi Danışman Öğretim Üyesi: Doç. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

EK 4. Etik Kurul Raporu

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Konu: Karar hk.
Sayı :4836 1924

29.09.2017

Sayın Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN,

Kurulumuz tarafından 28.09.2017 tarih ve 3548-GOA protokol numaralı 2017/23-30 karar numarası ile görüşülen “İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması” konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.


Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Yerleşkesi İçiraltı 35340 İZMİR-TÜRKİYE
Tel:0 232 4122254 - 0 232 4122258 Faks: 0232 4122243 Elektronik posta:etikkurul@deu.edu.tr

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3548-GOA
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU	
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN Hemşirelik Fakültesi
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒ ÇOK MERKEZLİ ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐	İngilizce ☒	Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒	İngilizce ☐	Diğer ☐

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/23-30	Tarih:28.09.2017
	Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN'ın sorumlusu olduğu "İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOŞMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sevinç ERASLAN	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sevda ÖZKARDEŞLER	Anesteziyoloji	DEU Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Sülen SARIOĞLU	Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilge KARA	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sefa KIZILDAĞ	Tıbbi Biyoloji ve Genetik	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyoloji ve Genetik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	Katılmadı
Prof.Dr.Ayhan ABACI	Pediyatrik Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.M.Aylin ARICI	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D.	Erkek	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

EK 5. Araştırma Uygulama İzinleri



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ
Hemşirelik Hizmetleri Yönetimi



Sayı : 69631334-703.99
Konu : Çalışma İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI

İlgi : 24/10/2017 tarihli ve 2117 sayılı yazı.

Fakülteniz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Damla BAYRAK'ın "İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması" isimli tez çalışması Kasım 2017 – Kasım 2018 tarihleri arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapması Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Cemil GÜRGÜN
Başhekim V.

Ek:Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalında gelen 281292 sayılı yazı.

Evrakı Doğrulamak İçin: https://edys.ege.edu.tr/enVision/Validate_Doc.aspx?V=BENN589KT

Üniversite Caddesi No:9 Posta Kodu: 35100 Bornova/İzmir
Telefon No: +90 (232) 390 32 74 Faks No: +90 (232) 339 10 15
E-Posta: hem.hiz@mail.ege.edu.tr İnternet Adresi: www.ege.edu.tr

Bilgi İçin: Banu ERGON
Unvan: Veri Kayıt Elemanı
Telefon No: 3274



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
S.B.Ü. İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

S.B.Ü. İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ - S.B.Ü. İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE
ARAŞTIRMA HASTANESİ
07/12/2017 13:50 - 15345988 - 604.01.02 - E.24257



Sayı : 15345988/604.01.02 /137
Konu : Araştırma Ön İzin Belgesi (Damla
Bayrak)

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

İlgi : 03.11.2017 tarihli ve 15345988-000-14085

İlgili yazıda Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Zekiye Çetinkaya Duman'ın danışmanlığında yüksek lisans yapan Damla Bayrak tarafından yürütülen "İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması " konulu araştırmanın Hastanemiz Psikiyatri Polikliniğinde yapılabilmesi için Araştırma Öz İzninin verilmesi uygun görülmüştür. İlgili evrakla çalışmanın son izin onayını almak üzere İzmir İl Sağlık Müdürlüğüne başvuru yapılması, araştırma resmi onay yazısı alındıktan sonra çalışmanın hastanemizde yapılabileceği husunda

Bilgilerinizi ve gereğinizi rica ederim

e-imzalıdır.
Doç.Dr.Pınar ORTAN
Başhekim Yardımcısı

EK: Araştırma Ön İzin Belgesi (Aslı)

Saim Çıkırcı Caddesi No:59 Karabağlar/İZMİR

Faks No:02322614444

e-Posta:selda.sayin2@saglik.gov.tr İnt.Adresi: S.SAYIN Eğitim Ar-Ge Birimi

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 3e6db2b2-1d39-451a-872c-02a950ddc799 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Selda SAYIN

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:02322505050-6053

 T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/ 16.11.2016
		Sayfa	2/2

	Bitiş Tarihi: Kasım 2018
Tez Çalışması ise Danışman Öğretim Üyesi Ad Soyadı:	DOÇ.DR.ZEKİYE ÇETİNKAYA DUMAN

Klinik / Birim Eğitim Sorumlusu*
İmza
02/11/2017
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
DR. ESİN ERDOĞAN
Psikiyatri Uzmanı
Dip. No: 96257 - 62161

Bakım Hizmetleri Müdürü**

İmza
...../ .../ 2017

Klinik / Birim İdari Sorumlusu*
İmza
02/11/2017
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
DR. ESİN ERDOĞAN
Psikiyatri Uzmanı
Dip. No: 96257 - 6:

Eğitim Ar-Ge'den Sorumlu

Başhekim Yardımcısı

İmza
...../ .../ 2017

HASTANE YÖNETİCİSİ

İmza
...../ .../ 2017

Not: *Eğitim Araştırma Hastaneleri dışındaki Devlet Hastanelerinde Bakım Hizmetleri Müdürü ve Hastane Yöneticisinin onaylaması yeterlidir.

**Sadece Hemşirelik araştırmalarında ayrıca Bakım Hizmetleri Müdürüne onaylatılması gereklidir.

 TC Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	İZMİR İLİ GÜNEY BÖLGESİ KAMU HASTANELER BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ	Kod	EAGK-FR-01
		Yayın Tarihi	27.05.2013
	ARAŞTIRMA ÖN İZİN BELGESİ	Rev. No/Tarihi	02/ 16.11.2016
		Sayfa	1/2

İZMİR BOZYAKA EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ

Araştırmamı Kurumunuzda yapabilmem için gerekli ön iznin verilmesi hususunda, gereğini arz ederim.

Ad Soyad: Damla Bayrak

Tarih:03.11.2017

İmza



Araştırmamın;

Adı:	İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması
Amacı:	Bu çalışma, ilk atak ve kronik psikoz hastalarının bakım verenlerinin duygu ifadelerinin karşılaştırılması amacı ile yapılacaktır.
Yöntemi:	Araştırma, tanımlayıcı bir çalışma olarak yapılacaktır. Araştırma için gerekli verileri toplamak amacı ile aşağıdaki veri toplama araçları kullanılacaktır: Tanımlayıcı Özelliklere İlişkin Veri Formu (Ek-1), Duygu İfadesi Ölçeği (Ek-2), Klinik Global İzlenim Ölçeği (Ek-3)
Uygulanacağı Yerler:	Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, İzmir Bozyaka Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniği, Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği
Varsa Destekleyen (Hibe destek, fon vb) Kurum/kuruluş Adı:	---
Başlama Tarihi ve Süresi:	Başlama Tarihi: Kasım 2017



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı



Sayı: 48169510-100/2376
Konu: Damla Bayrak'ın
Araştırma İzni

28/11/2017

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

İlgi : Manisa Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü'nün 24.11.2017 tarih ve 76379986-774.01.99.E.8376 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız Öğretim Üyelerinden Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN' ın sorumlu araştırmacı olduğu, yüksek lisans öğrencisi Damla BAYRAK ile birlikte yapılması planlanan **“İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması”** isimli çalışmanın yapılmasının uygun görüldüğüne dair ilgi sayılı yazı ekte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Yrd. Doç. Dr. Özlem BİLİK
Dekan V.

EK: 1 takım

Adres : DEÜ Hemşirelik Fakültesi Sağlık Balçova İZMİR 35340
Telefon : (232) 412 47 51
Faks : (232) 412 47 98
E-Posta : hemsirelik@deu.edu.tr
Elektronik Ağ : http://hemsirelikfakultesi.deu.edu.tr

Bilgi İçin : Özgül TOPKAYA
Telefon : (2332) 412 47 51
E-Posta : ozgul.tkaya@deu.edu.tr





T.C.
MANİSA VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

MANİSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MANİSA İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ



00057056948

Sayı : 76379986-774.01.99
Konu : Damla BAYRAK/ Araştırma İzni Hk.

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : 07/11/2017 tarihli ve 40384065-771-27 sayılı yazı

Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı'nda yüksek lisans öğrencisi olan Damla BAYRAK'ın, aynı fakültede öğretim görevlisi olan Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN danışmanlığında "İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması" adlı araştırmayı Müdürlüğümüze bağlı Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde yürütmek için izin talebi ve ilgili başvuru formları incelenmiş olup, uygun görülmüştür.

Kasım 2017- Aralık 2018 tarihleri arasında veri toplama çalışmasının yapılacağı 2019 yılı Ocak ayında tamamlanacağı beyan edilen bilimsel araştırma çalışmasının;

- Sağlık tesisinde işleyiş ve hizmeti aksatmayacak şekilde,
- Kişisel verilere ve özel hayatın gizliliğinin korunmasına özen göstererek yürütülmesi,
- Beyan edilen süre içinde tamamlanamaması durumunda, Müdürlüğümüze gerekçenin bildirilerek bağlı olunan kurum/kuruluş vasıtasıyla ek süre talebinde bulunulması,
- Kurumsal, toplumsal ve sosyal fayda sağlamak amacıyla çalışma sonucunun araştırmanın tamamlanmasının ardından Müdürlüğümüz Eğitim ve AR-GE Birimi'ne iletilmesi,
- Araştırmadan elde edilecek verilerin Manisa İl Sağlık Müdürlüğü'nden izin almaksızın yayınlanmaması gerekmektedir.

Araştırma sonuçlarının Müdürlüğümüze iletilmemesi ve Müdürlüğümüzden izin almaksızın yayınlanması durumunda yasal işlem yapılabilmesi ve aynı kişilerin ileriki süreçte Müdürlüğümüze bağlı Sağlık Tesislerinde yürütmeyi talep edecekleri çalışmalara izin verilmesinin mümkün olmayacağı hususunda

Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa

Faks No:0 (236) 2316530

e-Posta:gul.sakaryaoflu@saalik.gov.tr İnt.Adresi: gul.s

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.salik.gov.tr> adresinden e88dab32-218a-42c5-9047-1beaa66db42d kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



27.11.2017 13.32 - 62599

İçin:GÜL SAKARYA OFLU

İ:HEMŞİRE

Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108

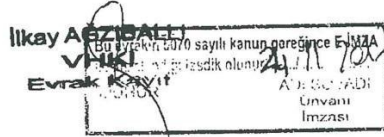
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Dr. Hakan BAYRAKCI
İl Sağlık Müdürü

Dağıtım:

Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Yöneticiliği

Sn. Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN ~~Manisa~~ *Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi*
Piskiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı 35340 İnciraltı/İzmir



Sakarya Mah. Atatürk Bulvarı No:58 45020 Manisa

Bilgi için: GÜL SAKARYA OFLU

Faks No:0 (236) 2316530

Unvan: HEMŞİRE

e-Posta: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr İnt. Adresi: gul.sakaryaoflu@saglik.gov.tr

Telefon No:0 (236) 239 16 19 /1108

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden e88dab32-218a-42c5-9047-1beaa66db42d kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İZMİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - İZMİR İL SAĞLIK
MÜDÜRLÜĞÜ
15/11/2017 18:18 - 77597247 - 604.02 - E 14319



00056531429

Sayı : 77597247-604.02
Konu : Damla Bayrak'ın Araştırma İzni

DAĞITIM YERLERİNE

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği ABD Yüksek Lisans Öğrencisi Damla Bayrak'ın "İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması" konulu araştırmasıyla ilgili evrakları incelenmiş olup, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde ve araştırmaya katılımın gönüllülük esasına dayalı olması koşuluyla, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yürütülmesi uygun görülmüştür.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Bediha SALNUR
İl Sağlık Müdürü

Dağıtım:

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Atatürk Eğitim Ve Araştırma Hastanesi
Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Poligon Mah. 123/11 Sk. No:6 Karabağlar/ İZMİR

Bilgi için: Meltem SERTTAŞ

Faks No: 0232 2464344

Unvan: HEMŞİRE

e-Posta: meltem.sertas@saglik.gov.tr İnt. Adresi: <http://izmirguney.khb.saglik.gov.tr/>

Telefon No: 0232 232 32 32 / 2350

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden ed12832c-2e68-47d5-aaed-ab2efef451ad kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.



T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 48169510-100/202
Konu: Damla Bayrak'ın
Çalışma İzni

06 / 02 /2018

PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞI'NA

İlgi: İl Sağlık Müdürlüğü'nün, 31.01.2018 tarih ve 77597247-619-E.20 sayılı yazısı.

Anabilim Dalınız Öğretim Üyelerinden **Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN**'ın, sorumlu araştırmacısı olduğu, yüksek lisans öğrencisi **Damla BAYRAK**'ın hazırlamış olduğu "**İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması**" isimli çalışmanızın Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Bozkaya Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında yapılması **uygun görülmüştür.** ✓

Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Şeyda SEREN İNTEPELER
Dekan

EK: 2

Adres : DEÜ Hemşirelik Fakültesi Sağlık Balçova İZMİR 35340
Telefon : (232) 412 47 51
Faks : (232) 412 47 98
E-Posta : hemsirelik@deu.edu.tr
Elektronik Ağ : http://hemsirelikfakultesi.deu.edu.tr

Bilgi İçin : Özgül TOPKAYA
Telefon : (2332) 412 47 51
E-Posta : ozgul.tkaya@deu.edu.tr





T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ



Sayı : 77597247-619
Konu : Araştırma İzni Hk.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
(HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ A.B.D)

Müdürlüğümüz Araştırma İzni Taleplerini Değerlendirme Komisyonu tarafından, sorumlu araştırmacı Doç. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN 'ın sorumluluğunda yüksek lisans öğrenciniz Damla BAYRAK'ın hazırlamış olduğu, "İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması" konulu araştırma başvuru dosyası incelenerek, çalışmanın S.B.Ü İzmir Bozyaka Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak 2018-Kasım 2018 tarihleri arasında yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini rica ederim.

e-imzalıdır.
Uzm. Dr. Bediha SALNUR
İl Sağlık Müdürü



EKLER:
Araştırma İzni Taleplerini Değerlendirme Komisyonu Rp.(1 Sayfa)

İzmir İl Sağlık Müdürlüğü

Faks No:0 232 483 3639

e-Posta:leyla.karlidag@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Ar-Ge ve Sağlık İnovasyon Birimi

Bilgi için:Leyla KARLIDAĞ

Unvan:Uzman

Telefon No:0 232 441 8111/325



T.C.
İZMİR VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

Araştırma İzin Taleplerini Değerlendirme Komisyonu

KARAR NO	BAŞVURU TARİH ve SAYISI	DEĞERLENDİRME TARİHİ	KARAR
2018/11	17.10.2018 60927192	19.01.2018	UYGUN

Açıklama:

Yürütücü/ Sorumlu Araştırmacı “ Doç.Dr.Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN” tarafından kurulumuza sunulan “ İlk Atak ve Kronik Psikoz Hastalarının Bakım Verenlerinin Duygu İfadelerinin Karşılaştırılması” isimli araştırmanın başvuru dosyası ve ilgili ekleri incelenmiş olup, izin talebi değerlendirilerek, komisyon üyelerince oy birliği ile “KABUL” kararı verilmiştir.

İlgili Komisyon Üyelerinin İmzası

Üye	Üye	Komisyon Başkanı
Adı Soyadı	Adı Soyadı	Adı Soyadı
Uzm.Dr. Songül NUHOĞLU	Uzm.Dr. Leyla SİRİDİLİ ARSLAN	Dr. Zeynep SOFUOĞLU

Kurum Yöneticisi

Adı Soyadı
Uzm.Dr. Bediye SALNUR
Mühür/ İmza

İsmet Kaptan Mahallesi Hürriyet Bulvarı No: 1 Konak/ İZMİR
Tel: (0232) 441 81 11 Faks : (0232)483 36 39
E-posta adresi : arge@ism.gov.tr

Bilgi için Dr. Zeynep SOFUOĞLU
Dahili :325

EK 6. Özgeçmiş



DAMLA BAYRAK

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

Kimlik Numarası	23765370508
Doğum Tarihi	13/10/1991
İletişim Adresi	Ege Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi
Telefon	(506) 150 27 22
E-posta	db3535@hotmail.com
Web Adresi	

Eğitim Bilgileri

03 Eylül 2010 - 01 Haziran 2015 (4 yıl 9 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ, HEMŞİRELİK PR.
Diploma Numarası: 201501421
Ağırlıklı Genel Not Ortalaması: 78.77 / 100.0

01 Eylül 2006 - 01 Haziran 2010 (3 yıl 10 ay)
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI İL MİLLÎ EĞİTİM MÜDÜRLÜKLERİ VE OKULLAR
GAZİANTEP İLİNDEKİ OKULLAR ŞAHİNBEY İLÇESİNDEKİ OKULLAR GAZİANTEP
LİSESİ, TÜRKİYE

Yabancı Dil Bilgileri

İNGİLİZCE (Okuma: Orta, Yazma: Orta, Konuşma: Orta)