

**T.C.  
BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI  
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**ŞİZOFRENİ HASTALARININ YAŞAM NİTELİKLERİ, HASTA  
YAKINLARININ PSİKOPATOLOJİYE YÖNELİK İNANÇLARI,  
STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI, ALGILANAN AİLE YÜKLERİ  
VE DUYGU DIŞAVURUMLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN  
İNCELENMESİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**HAZIRLAYAN  
Ü. EFSANE AKINCI**

**TEZ DANIŞMANI  
Doç. Dr. OKAN CEM ÇIRAKOĞLU**

**ANKARA – 2019**

**BAŞKENT ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**  
**YÜKSEK LİSANS / DOKTORA TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU**

Tarih: 18/01/2019

Öğrencinin Adı, Soyadı: Efsane Akıncı

Öğrencinin Numarası: 21810001

Anabilim Dalı: Psikoloji

Programı: Klinik Psikoloji Tezli YL

Danışmanın Unvanı/Adı, Soyadı: Doç. Dr. Okan Cem Çirakoğlu

Tez Başlığı: Şizofreni Hastalarının Yaşam Nitelikleri, Hasta Yakınlarının Psikopatolojiye Yönelik İnançları, Stresle Başa Çıkma Tarzları, Algılanan Aile Yükleri ve Duygu Dışavurumları Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi

Yukarıda başlığı belirtilen Yüksek Lisans/Doktora tez çalışmamın; Giriş, Ana Bölümler ve Sonuç Bölümünden oluşan, toplam 60 sayfalık kısmına ilişkin, 18/01/2019 tarihinde tez danışmanım tarafından Turnitin adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinalite raporuna göre, tezimin benzerlik oranı % 6dır.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Kaynakça hariç
2. Alıntılar hariç
3. Beş (5) kelimedenden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

“Başkent Üniversitesi Enstitüleri Tez Çalışması Orijinalite Raporu Alınması ve Kullanılması Usul ve Esaslarını” inceledim ve bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranlarına tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Öğrenci İmzası:  .....

Onay  
18/01/2019

  
Öğrenci Danışmanı Unvan, Ad, Soyad,  
Doç. Dr. Okan Cem Çirakoğlu

ÜMEYRA EFSANE AKINCI tarafından hazırlanan Şizofreni Hastalarının Yaşam Nitelikleri, Hasta Yakınlarının Psikopatolojiye Yönelik İnançları, Sresle Başa Çıkma Tarzları, Algılanan Aile Yükleri ve Duygu Dışavurumu Arasındaki İlişkilerin İncelenmesi adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Kabul Tarihi : 01.02.2019

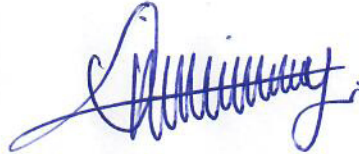
Jüri Üyesi : Doç. Dr. Saif ULUÇ, Hacettepe Üniversitesi



Jüri Üyesi : Doç. Dr. Okan Cem ÇIRAKOĞLU, Başkent Üniversitesi



Jüri Üyesi : Dr. Öğr. Üyesi İbrahim YİĞİT, Başkent Üniversitesi



Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

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

Prof. Dr. İpek KALEMCI TÜZÜN  
Enstitü Müdürü

Araştırma sürecinde bu dünyadan ve aramızdan ayrılan dernek yesi güzel kalpli  
İrfan Akgün Gr'e sevgiyle

## TEŞEKKÜR

Akademik ve mesleki anlamda çok şey öğrendiğim yüksek lisans tez sürecimin bana çok daha özel ve anlamlı katkıları oldu. Aylar boyu süren veri toplama sürecimde hayatıma giren güzel insanlarla çok değerli arkadaşlıklar ve ilişkiler kurduk. Şizofreni dünyası ile bir tanı olmanın çok ötesinde kişilerin en insani ve biricik yanlarını görerek tanıştım. Birçok insan tanıdım ve gittiğim ev ziyaretlerinde birçok hayata tanık oldum. Yalnızca mesleki dünyamda değil öznel süreçlerimde ve düşünce dünyamda da çok şey öğrendim. Bu özel süreçte değerli katkıları için;

Yüksek lisans eğitim sürecimde ve insana dair yollarda tanıdığım ilk günden itibaren desteğini hissettiğim tez danışmanım ve kıymetli hocam Doç. Dr. Okan Cem Çırakoğlu'na,

Değerleri katkılarını sunarak tez jürimde bulunan Doç. Dr. Sait Uluç ve Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Yiğit'e; ayrıca gönülden ilgi ve desteğini hissettiğim Dr. Öğr. Üyesi Esra Güven'e,

Beni tez sürecime ek olarak insan yaşamında temas edebildiğim birçok alanda, mesleki adımlarımda ve düşünce dünyamda her zaman koşulsuz sevgiyle destekleyen ve tecrübeleriyle yolumu aydınlatan çok değerli hocam ve büyüğüm Prof. Dr. Hamdullah Aydın'a,

Önce veri toplama amacıyla bulunduğum ancak zamanla hayatımda bana büyük ve aydınlık bir pencere açan Mavi At Kafe ve Şizofreni Dernekleri Federasyonu ile yakın temasta bulunmamı sağlayan ve hem mesleki bilgileri ile hem de manevi açıdan büyük destek sağlayarak sürecin yükünü taşımamda yardımcı olan Doç. Dr. Haldun Soygür'e,

Mavi At Kafe'de ve dernekte veri toplama sürecimdeki büyük emeklerine ek olarak bana sevgiyle kucak açan ve oluşturduğumuz güçlü bağlarla her zaman hayatımda olacak Zehra Kömürcü ve Perihan Güleç'e; ayrıca tüm dernek üyeleri ve kafe çalışanlarına,

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde bulunmamda ve süreçte destek sağlayan Uzm. Dr. Emrah Songur'a ve veri toplama sürecimi kolaylaştırarak benimle birçok ev ziyaretine gönüllü olarak eşlik eden, sıcak ve samimi yaklaşımlarıyla desteklerini her zaman hissettiğim Elif Serdarlar Özgüç ve Ayşe Şanlı'ya; ayrıca kurumda desteğini hissettiğim herkese,

Tez sürecimde kaygılarımın ve yorgunluğumun etkilerini en aza indiren, en özel anlarımda duygularımı paylaştığım, zorlandığım zamanlarda bana destek olmak için elinden geleni yaparak her zaman kollarını açan ve emekle kurduğumuz gönül bağlarıyla hayatımı güzelleştiren Eyüp Cihat Önal, Hazal Akoğlu, Zeynep Yıldızhan ve Hacer Kocaoğlu'na,

Tez sürecimde olduğu gibi hayatımın her alanında attığım bütün adımlarda koşulsuz sevgiyle ve güven hissini yaşatarak bana hep destek olan; insana sevginin gözüyle ve dünyaya umudun gücüyle bakmayı öğreten en kıymetlilerim annem ve babama

TEŞEKKÜR EDERİM

## İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	III
ABSTRACT.....	IV
TABLolar DİZİNİ.....	VI
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	VI
BÖLÜM I. GİRİŞ.....	1
1.1. Şizofreni Hastalarının Yakın Aile Üyeleri.....	4
1.2. Psikopatolojiye Yönelik İnançlar ve Damgalama.....	5
1.3. Stres ve Stresle Başa Çıkma .....	7
1.3.1. Stresle Başa Çıkma.....	8
1.3.2. Stresle Başa Çıkma ve Damgalama.....	10
1.4. Algılanan Aile Yüğü.....	11
1.4.1. Algılanan Aile Yüğü ve Stresle Başa Çıkma.....	12
1.5. Duygu Dışavurumu.....	13
1.5.1. Duygu Dışavurumunun Damgalama ve Aile Yüğü İle Olan İlişkisi.....	15
1.6. Şizofreni Hastalarında Yaşam Niteliği.....	16
1.7. Araştırmanın Amacı.....	17
1.8. Araştırmanın Önemi.....	18
BÖLÜM II. YÖNTEM.....	20
2.1. Örneklem.....	20
2.2. Veri Toplama Araçları.....	22
2.2.1. Demografik Bilgi Formu.....	22
2.2.2. Ruh Hastalığına Yönelik İnançlar Ölçeği.....	22
2.2.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği .....	23
2.2.4. Algılanan Aile Yüğü Ölçeği.....	24
2.2.5. Duygu Dışavurumu Ölçeği.....	25
2.2.6. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği.....	26
2.3. İşlem.....	26
BÖLÜM III. BULGULAR.....	29
3.1. Değişkenlerin Korelasyon Analizi Sonuçları.....	29
3.2. Regresyon Analizi Sonuçları.....	32

3.2.1. Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliğinde Algılanan Aile Yükünün Yordayıcı Etkisi.....	32
3.2.2. Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliğinin Kişilerarası İlişkiler Boyutunda Ailenin Duygu Dışavurumunun Eleştirel ve Düşmancıl Oluş Boyutunun Yordayıcı Etkisi.....	33
3.2.3. Çaresiz ve Kendini Suçlayıcı Stresle Başa Çıkma Tarzının Ruhsal Hastalığa Yönelik inançlar Üzerindeki Yordayıcı Etkisi.....	34
3.2.4. Duygu Dışavurumunu Yordayan Değişkenler.....	34
3.3. Aracı Değişken Analizi Sonuçları.....	35
3.3.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Duygu Dışavurumu Arasındaki İlişkide Algılanan Aile Yükünün Aracı Etkisi.....	35
<b>BÖLÜM IV. TARTIŞMA.....</b>	<b>38</b>
4.1. Değişkenlerin Korelasyon Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi.....	38
4.2. Basit Doğrusal Regresyon Analizlerinin Değerlendirilmesi.....	41
4.3. Duygu Dışavurumunu Yordayan Değişkenlere ve Aracı Modele İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi.....	43
4.4. Araştırma Sonuçları.....	45
4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Öneriler.....	46
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>49</b>
<b>EKLER.....</b>	<b>64</b>
Ek 1.....	64
Ek 2.....	65
Ek 3.....	66
Ek 4.....	70
Ek 5.....	73
Ek 6.....	77
Ek 7.....	80



## ÖZET

Araştırma, şizofreni hastaları ve gerektiğinde bakım veren konumunda olarak hastaların ihtiyaçlarını karşılayabilen ve en fazla vakit geçirdikleri yakın aile üyeleri ile yürütülmüştür. Hasta yakınlarının ruh hastalığına yönelik inançları, stresle başa çıkma tarzları, algılanan aile yükleri ve duygu dışavurumlarının birbirleriyle olan ilişkileri incelenmiştir. Ayrıca bu değişkenlerin hastanın yaşam niteliği ile olan ilişkisi de araştırılmıştır. Çalışma örneklemini şizofreni hastalarının üye olduğu bir dernek ve bir devlet hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı toplam 50 şizofreni hastası ile bu hastaların yakın aile üyelerinden oluşmaktadır. Hastaların yaş ortalaması 39.90 olmak üzere 14 kadın, 36 erkek katılımcı vardır. Hasta yakınlarının yaş ortalaması ise 53.86 olmak üzere katılımcılar 34 kadın ve 16 erkekten oluşmaktadır. Hastalar ile yarı yapılandırılmış bir görüşme yapılarak araştırmacı tarafından Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği puanlanmıştır. Hasta yakınları ise Demografik Bilgi Formu'na ek olarak Ruh Hastalığına Yönelik İnançlar Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Ölçeği, Algılanan Aile Yüğü Ölçeği ve Duygu Dışavurumu Ölçeği'ni doldurmuşlardır. Araştırma sonuçlarına göre hasta yakınlarına ait değişkenler arasında beklenen korelasyon bulgularına ulaşılmıştır. Ancak hastanın yaşam niteliği ile hasta yakınlarının yalnızca algılanan aile yükü puanları arasında negatif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Ayrıca bu değişkenin hastaların yaşam niteliğini yordadığı görülmüştür. Duygu dışavurumu ile yaşam niteliği arasındaki ilişkinin anlamlılık düzeyi ise sınırda kalmıştır. Bu konudaki araştırmaların daha fazla örneklem sayısı ile çeşitlendirilmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Hasta yakınına ait değişkenlerde ise ruhsal hastalığa yönelik inanç ile duygu dışavurumu arasındaki ilişkide algılanan aile yükünün aracı rolü olduğu görülmüştür. Böylece hastanın yaşam niteliğine ve hasta yakınlarının duygu dışavurum düzeyine etki eden aile içi sosyal faktörler incelenmiş ve önemli bulgulara ulaşılmıştır.

**Anahtar Sözcükler:** şizofreni hastalarının yaşam niteliği, ruhsal hastalığa yönelik inançlar, stresle başa çıkma, algılanan aile yükü, duygu dışavurumu

## ABSTRACT

This study was carried out by using a sample of schizophrenia patients along with their close family members who were in the position of care givers providing for the needs of the patients as well as being the ones with whom the patients spent most of their time. The study attempted to investigate relationships between each other of a number of factors, namely close family members' beliefs toward mental illness, their ways of coping with stress, perceived family burden and expressed emotions. Furthermore, the study also considered the relationship between the aforementioned variables and the patients' quality of life. The sample used in the study consisted of fifty schizophrenia patients and their care giving-close family members. Some of the patients were members of a schizophrenia association while the rest of them were registered patients of the Society Mental Health Center of a state hospital. The numbers of female and male patients in the sample were 14 and 36 respectively. Of the family members in the sample, 34 were female and 16 were male. Average age of the patients and the family members of the sample was 39,9 and 53,86 respectively. A half structured interview with every patient in the sample was conducted and the Schizophrenic Patients' Quality of Life Scale was scored by the researcher. As for the family members, they filled in the Beliefs toward Mental Illness Scale, the Styles of Coping with Stress Scale, the Perceived Family Burden Scale and the Expressed Emotions Scale in addition to the Demographic Information Form. According to the results of the study, there were correlations among the family members-related variables, as expected a priori. However, there was a significant and negatively signed relationship between the patients' quality of life and the perceived family burden only. The results also showed that the perceived family burden variable had predictive power on the patients' quality of life variable. As regards the relationship between expressed emotions and quality of life, its statistical significance was found to be at the border only. It was therefore concluded that future studies along these lines ought to employ samples having better features, particularly in terms of size. As for the variables related to the patients' close family members, there was found that the perceived family burden played a mediator role in the relationship between the beliefs toward mental illness and the expressed emotions. In conclusion, the study investigated and attained important findings on the issue of in-family social factors affecting the patients' quality of life and the expressed emotions level of the close family members.

**Key words:** schizophrenic patients' quality of life, beliefs toward mental illness, ways of coping with stress, perceived family burden, expressed emotions

## TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.1. Örneklemin Demografik Özellikleri.....	21
Tablo 2.2. Hasta ve Hasta Yakınlarının Aile Olarak Toplam Gelir Düzeyleri.....	22
Tablo 3.1. Değişkenler Arası Korelasyon Değerleri.....	31
Tablo 3.2. Hastanın Yaşam Niteliği Puanlarında Algılanan Aile Yükünün Yordayıcı Etkisi.....	33
Tablo 3.3. Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutunda Eleştirel ve Düşmancıl Oluş Alt Boyutunun Yordayıcı Etkisi.....	33
Tablo 3.4. Çaresiz ve Kendini Suçlayıcı Stresle Başa Çıkma Tarzının Ruhsal Hastalığa Yönelik inançlar Üzerindeki Yordayıcı Etkisi.....	34
Tablo 3.5. Duygu Dışavurumunu Yordayan Değişkenler.....	35
Tablo 3.6. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Duygu Dışavurumu Arasındaki İlişkide Algılanan Aile Yükünün Aracı Rolü.....	36

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 3.1. Ruhsal hastalığa Yönelik İnançlar ve Duygu Dışavurumu İlişkisinde Algılanan Aile Yükünün Aracı Rolü ve Standardize Beta Değerleri.....	36
---	----

# BÖLÜM 1

## GİRİŞ

Gerçeklik algısındaki bozulmaların görüldüğü psikiyatrik bir hastalık olarak şizofreni, 20. yüzyılım başlarında Kraepelin (1913) tarafından farklı ifadelerden ve diğer psikopatolojilerden ayrı bir hastalık olarak tanımlanmıştır (Read ve Dillon, 2013; Snyder, Kety ve Goldstein, 1982). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nda (2013) şizofreninin varsanı, sanrı, dağınık konuşma, dağınık davranış ya da katatoni ve silik belirtilerle karakterize psikotik bir ruhsal bozukluk olduğu tanımlanmaktadır. Şizofreni, beyinde dopamin adlı nörotransmitterin artışı ile karakterize kronik bir hastalıktır (Meltzer, 1985). Belirtileri negatif ve pozitif olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. İçe çekilmenin hakim olduğu konuşma, kişilerarası ilişkiler, iletişim, amaç edinme, duygulanım ve ilgi gibi bilişsel, duygusal ve davranışsal ögelerde azalma veya kayıp belirtileri negatif belirtiler olarak ifade edilmektedir. Kişilerde sonradan ortaya çıkarak gerçek dışı inançlar ya da varsanı olarak tanımlanan gerçek dışı duygusal algılar, hastalığın pozitif belirtilerini oluşturmaktadır (Berrios, 1985).

Yirminci yüzyılım ortalarında antipsikotik ilaçların piyasadaki yerini alması klorpromazin adlı ilaç ile başlamış ve şizofreni hastaları için büyük değişimleri beraberinde getirmiştir (Brooker, 1990; Rosenbloom, 2002). Hastaların hastanede yatış süreleri kısalmış ve ayakta tedavi yolu ile tedavi sürecinin çoğunu aileleriyle birlikte geçirmeye başlamışlardır. Böylece aile bireyleri birincil bakım veren rolüne girmiştir (Arslantaş ve Adana, 2011). Ancak bu durumun aileye getirdiği sorumluluklar ve yükler, aile için bazı zorluklar yaratmıştır (Boye ve ark., 2001; Gibbons ve ark., 1984; Kuipers, Bebbington ve Barrowclough, 2005; Lamb ve Oliphant, 1978; Martens ve Addington, 2001; Seeman, 1998). Aile bireyinin sahip olduğu bu psikopatoloji özellikle hastanın ihtiyaçlarını karşılayan yakın aile üyesi olmak üzere aile açısından önemli bir stres kaynağıdır. Bu nedenle hastalığın diğer aile bireylerinin psikolojik iyi oluş haline ve sağlığına yönelik etkileri de incelenmiştir (Martens ve Addington, 2001; Schulz ve Sherwood, 2009).

Hastanın aile ortamına girmesi ile aile bireylerinin yaşadığı bu zorluklarla ilişkili olarak hastaya karşı hissettiği ve yansıttığı duygusal boyuttaki tutum ve davranışları duygu

dışavurumu olarak tanımlanmaktadır (Brown, Birley ve Wing, 1972; Gülseren, 2002; Sellwood, Tarrrier, Quinn ve Barrowclough, 2003). Duygu dışavurumu, hastanın yaşadığı ev ortamındaki duygusal ifade ve tepkilere işaret etmektedir. Yapılan bir çalışmada bakım veren konumundaki aile üyelerinin hastadaki semptomatik davranışları ve bunlarla başa çıkma becerilerini algılayışlarına göre duygu dışavurumu tarzlarının da değiştiği görülmüştür. Hastanın sıklık düzeyi yüksek semptomatik davranışlarıyla baş ettiklerine yönelik bir algıları olan bakım verenlerin duygu dışavurumu tarzı düşmancılık ve eleştirelliktir (Karancı ve İnandılar, 2002). Hastalar, ailelerin eleştirel ve düşmancıl bir duygu dışavurum tarzı göstermesinden olumsuz olarak etkilenmekte ve duygu dışavurumu hastalığın nüks etmesinde yordayıcı olmaktadır (Brown ve Birley, 1968; Butzlaff ve Hooley, 1998).

Duygu dışavurumunun eleştirel ve düşmancıl olarak tanımlanan boyutundaki dışlayıcı tutum toplum tarafından hastaya damgalama olarak yöneltilmektedir; şizofreninin yüzyıllardır damgalanan bir hastalık olduğu bilinmektedir. Damgalanmanın hastalar üzerinde temel ihtiyaçların karşılanması ve sosyal kısıtlılıklar dahil olmak üzere yarattığı birçok olumsuz etki vardır (Corrigan, 1998). Yalnızca hastalar değil, hasta yakınları da damgalama sürecinden etkilenmekte ve stres yaşamaktadır (Greenley, 1986). Fakat damgalama süreci sadece toplumun değil ailenin de hastaya yöneltebildiği bir süreçtir. Toplumun ve ailenin şizofreni hastasına yönelik tepkileri ve yaklaşımı olumsuz ve damgalayıcı nitelik taşıdığında hasta bu damgalamayı içselleştirebilmektedir (Ritsher, Otilingam ve Grajales, 2003).

Ailede şizofrenisi olan bir üyenin olması çeşitli alanlarda bakım veren ve aile açısından zorlayıcı olduğu ve hastayı da olumsuz etkilediği görülmektedir. Günümüzde şizofreni hastalığının ortaya çıkışında genetik faktörlerin yanı sıra sosyal etmenlerin de rol aldığı kabul edilmektedir (Canavan, 2000; Kaplan ve Sadock, 1998). Sosyal faktörler, şizofreni hastalığının gidişatında da rol oynamaktadır (Hooley, 2010). Hastalığın seyrinde ilaç tedavisinin olduğu kadar hastanın yakın ilişki içerisinde olduğu aile ortamı ile karakterize psikososyal desteğin önemli etkisi olduğu görülmektedir (Bellack ve Muesser, 1993; Caron, Lecomte, Stip ve Renaud, 2005; Sungur, Güner, Üstün, Soygür ve Çetin, 2008; Tüzer ve ark., 2003; Tüzer ve ark., 2001). Psikososyal desteğin yetersiz olması hastayı olumsuz etkilemektedir (Üçok, 2007). Bu nedenle hem ailenin psikolojik iyi oluş halinin

hem de hastanın aile ortamının işlevselliğinin sağlanması amacıyla ailelere psiko eğitim, terapi, baş etme becerileri gibi eğitimlerin verildiği ve olumlu sonuçlar elde edilen birçok çalışma mevcuttur (Arslantaş ve ark., 2009; Doğan ve ark., 2002; Falloon ve Pederson, 1993; Magliano ve ark., 2005; McFarlane, Dixon, Lukens ve Lucksted, 2003; Tel ve Terakye, 2000; Walz, Leucht, Bäuml, Kissling ve Engel, 2015).

Yakın aile üyelerinin hastaya yönelik olumsuz tepkilerini etkileyen birçok etken vardır. Örneğin toplumdaki diğer bireylerin olduğu gibi aile üyelerinin de psikopatolojilere yönelik inanç ve tutumları mevcuttur. Ayrıca hastalığın hastada ve ailede yarattığı olumsuz etkiler ve kısıtlılıklar nedeniyle aile bireyleri yük algılamaktadırlar. Hastalığın tedavi süreci, seyri, maddi imkanlar gibi somut ögeler olan nesnel etkenler ve duygusal sorunlar gibi öznel etkenler olmak üzere aile yükünün iki boyutu vardır. (Provencher ve Mueser, 1997; Schene, 1990). Şizofreni hastası ile yaşamının ve gerektiğinde bakım veren konumunda olmanın yarattığı stres halihazırda algılanan yüke işaret etmektedir. Aile yükü kavramı, stres ve başa çıkma ile beraber ele alınabilmektedir çünkü yük aynı zamanda bir stres kaynağıdır (Magliano, 1999). Bu noktada yakın aile üyesinin stresle baş etme mekanizmaları, hastaya yönelik tepkilerinde rol oynayabilmektedir. Örneğin damgalanmanın yarattığı stres ailenin hastaya yönelik duygu dışavurum düzeyini arttırabilmektedir (Greenley, 1986). İlaç tedavisi, tedavinin sürekliliği ve hastalığın süresi gibi hastanın tıbbi tedavi sürecine yönelik değişkenler mümkün olduğunca kontrol edildiğinde, hastalar üzerinde sözü edilen psikososyal etkilerin ölçülebildiği görülmüştür (Sungur ve ark., 2008).

Görüldüğü üzere şizofreni hastaları ve ailelerinde, hastalığın ve hastalıkla ilişkili birçok faktörün etkisi görülmektedir. Bu süreç karşılıklı etkileşimsel örüntülere işaret etmektedir; hastaların ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi ve hayatın her alanında işlevselliklerinin arttırılabilmesi adına birçok ilişkinin anlaşılması gerekmektedir. Mevcut çalışmada da bu süreçte önemli etkenler olarak belirlenen ailenin psikopatolojiye yönelik inanç ve tutumları, stresle başa çıkma tarzları, algıladıkları yük ve duygu dışavurumları ile şizofreni hastalarının yaşam nitelikleri arasındaki ilişkiler incelenmiş ve aracı model test edilmiştir. İlerleyen bölümlerde söz konusu değişkenlerin tanımları ve mevcut alanyazın ışığında birbirleriyle olan etkileşimlerinden bahsedilmiş, araştırmanın amacı, önemi, yöntemi ve bulgularından sonra tartışma ve sınırlılıklar ele alınmıştır. Ayrıca belirtmelidir ki ilerleyen bölümlerde zaman zaman psikopatolojiye yönelik inançlar

kavramı kullanılırken bu kavram yerine orijinal ölçeğin adı olan ruhsal hastalığa yönelik inançlar kavramı da aynı anlamda kullanılmıştır. Benzer biçimde şizofreni hastalarının yakın aile üyeleri için zaman zaman hasta yakınları kavramı kullanılmıştır.

### **1.1. Şizofreni Hastalarının Yakın Aile Üyeleri**

Şizofreni hastalarının ailelerinde çoğunlukla hastanın ihtiyaçlarını karşılayan ve gerektiğinde bakım veren konumunda olan yakın aile üyeleri vardır (Kuipers, 1993). Bakım verme kavramı, bakım alan kişinin ihtiyaçları doğrultusunda fiziksel, maddi ve manevi bir hizmet göstermeye işaret eden ve sorumluluk barındıran bir kavramdır (Toseland ve ark., 2001). Bu kavram genelde kronik şizofreni hastalarının bakımlarını üstlenen bireyleri tanımlamak için kullanılmaktadır. Bakım verme, bakım veren için ciddi sorumluluklar gerektiren, zorlukları ve yükleri olan, stres verici bir süreçtir (Kuipers ve ark., 2005). Bu etkileri nedeniyle bakım veren yükünü ölçen ölçekler geliştirilmeye başlanmıştır (Grad ve Sainsbury, 1963; Hoenig ve Hamilton, 1966).

Şizofreni hastasının ailesiyle beraber yaşamasının bir sonucu olarak genellikle bakım veren aile bireylerinden biri olmaktadır (Duman ve Bademli, 2013). Ayrıca bakım veren konumundaki kişi çoğunlukla anneler olmaktadır (Kuipers, 1993). Çoğu araştırmada profesyonel olmayan bir bakım veren ve aile üyesi olan bu kişi *primer bakım veren (primary caregiver)* konumunda kabul edilmektedir (Grandón, Jenaro ve Lemos 2008; Maeng, 2016; Magliano ve ark., 1998; Tel, Saraç, Günaydın, Medik ve Doğan, 2010). Ancak birçok şizofreni hastası öz bakımını üstlenebilmekte ve aile üyeleri, yalnızca gerektiği zaman bakım veren konumunda yer almaktadır. Bakım veren ile kastedilen, hastayla en çok vakit geçiren, hastanın ihtiyaçlarını karşılama ile karakterize bakımını ve sorumluluğunu diğer aile üyelerine göre nispeten daha fazla üstlenen kişidir. Mevcut araştırmada hastaların yakın aile üyeleri, bakım veren kavramından hareketle hasta ile aynı evde yaşayan, gerektiğinde bakım veren konumunda olmuş ve hastanın ihtiyaçlarıyla ilgilenebilen aile üyeleri olarak ele alınmıştır.

Aile bir sistem olarak ele alındığında şizofreni hastasının yalnızca bakım veren konumundaki yakın aile bireyinde değil tüm aile yapısında bir etki yaratması kaçınılmazdır. Bakım veren konumu tüm aile sisteminin işleyişini etkilemektedir (Kuipers, 1993). Yapılan



bir araştırmada şizofreni hastasının *anahtar akrabaları* ile beraber yaşadıkları diğer akrabaları arasında nesnel ve öznel yük, baş etme stratejileri ve psikiyatrik belirtiler açısından önemli bir fark bulunamamıştır (Magliano ve ark., 1999). Sonuçta aile sistemleri yaklaşımı göz önünde bulundurulduğunda yakın aile üyesinin psikopatolojiye sahip bir birey ile yaşamaya dair duygu ve düşüncelerinin geri kalan aile üyelerinden bağımsız ele alınamayacağı söylenebilir (Broderick, 1993; Lewis, Beavers, Gossett ve Phillips, 1976).

Bu bütüncül etkiyi yadsımamakla beraber mevcut araştırmaya hasta ile en çok iletişimde ve etkileşimde bulunan ve gerektiğinde bakım veren konumunda bulunarak hastanın ihtiyaçlarını karşılayan yakın aile üyesinin katılması uygun görülmüştür.

## **1.2. Psikopatolojiye Yönelik İnanç ve Damgalama**

Toplumsal inançlar ve sonucunda gelişen tutumlar belirli davranış kalıplarına yol açarlar. Bu kalıplar dezavantajlı gruplara damga (*stigma*) olarak yöneltilir. Belirli gruplara yönelik değersizleştirici tutum, olumsuz inanç ve kalıpyargıların bütünü ise damgalama (*stigmatization*) sürecine işaret eder (Crandall, 2000; Link ve Phelan, 2001). Damgalama, Antik Yunan'a kadar uzanan bir geçmişe sahiptir ve o zamandan beri hedefteki grubu dışlama davranışını içermektedir (Neuberg, Smith ve Asher, 2000).

Damgalama süreci toplumdaki birçok grup adına işlemekte ve bazı davranış kalıpları yoluyla toplumda dezavantajlı olarak görülen bu gruplara yansıtılmaktadır. (Goffman, 1963). Kültürel öğelerden bağımsız olmayan bu inanç ve tutumlar birçok alanda olduğu gibi psikopatolojilere yönelik de ortaya çıkmaktadır. Şizofrenisi olan bireyler sıklıkla damgalanma ile karşı karşıya gelmektedirler (Rüsch, Angermeyer ve Corrigan, 2005). Özellikle medya, aktardığı bilimsel olmayan bilgiler nedeniyle damgalama sürecinde önemli bir araç haline gelmiştir. İnanç ve tutumların damgalayıcı niteliğine göre değişen bu davranış kalıpları şizofrenisi olan bireylere maddi ve manevi açıdan zarar vermektedir. Hastalar iş ve ev bulma, sosyal ilişki kurma, kariyer hedefleri ve özgüven gibi birçok alanda sınırlılık ve zorluk yaşamaktadır (Corrigan, 1988; Corrigan ve Watson, 2002). Bu nedenle hastalığa yönelik inanç ve tutumlar hakkında bilgi sahibi olmak ve hastalığı tanımak tedavi açısından da büyük önem taşımaktadır (Bilge, 2006). Sonuçta insanlar olumlu bir tutumda olduğunda gösterdikleri yakınlık ve destek artmakta; olumsuz bir tutum ise kaçınma, yargılama ve hatta

zarar vermeyi beraberinde getirmektedir (Antonak ve Livreh, 1988; Sağduyu, Aker, Özmen, Ögel ve Tamar, 2001).

Psikopatolojilere yönelik damgalama sürecinin bu olumsuz etkilerine dair birçok çalışma yapılmıştır (Crisp, Gelder, Rix, Meltzer ve Rowlands, 2000; Link, 1987; Phelan, Bromet ve Link, 1998). Bazı araştırmalar sonucunda psikopatolojilere ve dolayısıyla psikopatolojilere sahip bireylere yönelik genel olarak tehlike içerme ve tecrit gerekliliği gibi olumsuz inançlar belirlenmiştir (Phelan ve ark., 1998; Star 1955). Bu sürecin önüne geçmek için damgalamaya karşı hastalık hakkında bilgi veren programların etkililiği araştırılmıştır (Meise, Sulzenbacher, Kemmler, Schmid, Roessler ve Guenther, 2000). Örneğin bir çalışmada hangi tür bilgilendirmenin şizofreni hastalarının damgalanmasını azaltabileceği araştırılmıştır. Denetim altında olan ve tedaviyi sürdüren hastaların durumu hakkında bilgi sahibi olmanın olumsuz ön yargıları azalttığı görülmüştür (Penn, Guynan, Daily, Spaulding, Garbin ve Sullivan, 1994).

Psikopatolojisi olan bireye toplumun yanı sıra başta aile üyeleri olmak üzere yakınları tarafından da bu olumsuz inanç ve tutumlar sergilenebilir. Yakın aile üyelerinin hastaya yönelik sergilediği duygu dışavurumu özellikle eleştirel ve düşmanca olduğunda bahsedilen damgalama söz konusudur. Sağduyu ve arkadaşları (2003), farklı ölkelerde yapılan çok sayıda araştırmaya göre hasta yakınları tarafından şizofreninin ortaya çıkışındaki psikososyal etkinin gözardı edildiğini, bu etkilerin çoğunlukla biyolojik ve nörolojik etkilere bağlandığını ifade etmektedir. Ayrıca ölkemizde yapılan bir çalışmada şizofreni hasta yakınları anksiyete ve depresyonu olan hastalara göre paranoid şizofreni yakınlarını daha olumsuz değerlendirmişlerdir (Arkar, 1992). şizofreni yakınlarının genelde aile bireyindeki bu hastalığı gizleme eğiliminde olduğu görülmüştür (Polat, Üçok, Genç ve Aksüt, 2000). Yapılan bir başka çalışmada ise katılımcıların yarısı şizofreni hastalarına yönelik saldırgan tanımlamasında bulunmuştur (Taşkın ve ark., 2002). Benzer biçimde İngiltere’de yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının tehlikeli ve saldırgan olarak algılandığı görülmüştür. Bunun yanı sıra psikopatolojisi olan birini tanıyanlar ve tanımayanlar arasında şizofreniye yönelik tutum ve inanç açısından farklılık bulunmamıştır (Crisp ve ark., 2000).

Tüm bu araştırmaların önem kazandığı bir başka nokta ise şizofreni hastalarının tedavi ve iyi oluşlarında ve hasta yakınlarının psikolojik iyi oluşlarında hastalığa yönelik

inanç, tutum ve damgalama süreçlerinin büyük ölçüde etkisi olduğudur (Çam ve Bilge, 2013; Phelan ve ark., 1998; Ritsher ve ark., 2003; Sağduyu ve ark., 2001; Sağduyu ve ark., 2003). Damgalama, hastanın iş bulma gibi nesnel erişimlerini kısıtladığı kadar içsel süreçlerini de etkilemekte, benlik saygısını tehdit etmekte ve hastalara toplumdan dışlanmış hissettirmektedir (Ritsher ve ark., 2003). Damgalanmış kişiler bu dışlanmayı çoğunlukla içsel atıflarla yaşamaktadır (Goffman, 1963).

Toplum tarafından damgalanan şizofrenisi olan bireyler aynı zamanda kendi kendilerini de damgalamaktadır. Kendileri hakkındaki yaygın olumsuz inanışlara uyumlu inançlar ve benlik algısı geliştirmektedirler (Corrigan ve Watson, 2002). Bu nedenle kişide oluşan utanç ve izolasyona vurgu yapmak adına *içselleştirilmiş damgalama* kavramına da rastlanmaktadır (Ritsher ve ark., 2003). Hastalar toplum tarafından kendilerine yöneltilen dışlayıcı, eleştirel, değersizleştirici ve reddedici tutum ve inançları onaylayarak kendilerini damgalamaktadırlar (Çam ve Çuhadar, 2011).

### **1.3. Stres ve Stresle Başa Çıkma**

Stres, farklı alanda kullanılan ve çeşitli tanımları olan bir kavramdır (Wheaton, 1997). Fizik ve biyoloji kökeninde yüzyıllar öncesine kadar giden bu kavram en genel anlamıyla zorluk veya zorlanmadır (Graham, 1994; Lazarus, 1993). Benzer biçimde gerilim olarak da tanımlanabilmektedir (Koeske ve Kirk, 1993). Organizmanın psikolojik sınırlarını zorlayan ve öznel niteliği olan her türlü durum için bu kavram kullanılabilir (Baltaş, 1987).

Stres, organizma için bir uyum sürecinin gerekliliğine işaret etmektedir (Ivanchevich ve Matteson, 1980). Lazarus (1991) stres tanımını yalnızca dışsal ya da öznel bir model yerine kişi ve çevre arasındaki ilişki temelinde yapmaktadır. Ayrıca stres için içsel veya dışsal bir etken, zararlı ve zararsız ayrımı yapmaya yönelik bir değerlendirme, başa çıkma süreçleri ve etkilerin bulunması gerektiğini ifade etmiştir (Lazarus, 1993). Bu etkiler stres deneyimi sonucunda kişilerde ortaya çıkan psikolojik, duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkilerdir (Phares, 1988).

Birçok araştırma, stresin çeşitli alanlarda kişiler üzerinde yarattığı olumsuz etkileri ortaya koymuştur (Grunberg ve Straub, 1992; Lupien, McEwen, Gunnar ve Heim, 2009;

McEwen, 1998; Piefke ve Glienke, 2017). Yapılan bir araştırmada, stres altındaki kişilerin sağlık merkezlerine daha fazla başvurma eğiliminde olduğu görülmüştür (Gortmaker, Eckenrode ve Gore, 1982). Ancak bu olumsuz etkiler stres karşısında kullanılan yöntemlere göre kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Aynı strese maruz kalan kişilerde farklı etkiler görülebilmektedir (Pearlin, 1991). Bu nedenle çeşitli strese başa çıkma tarzları ve bu konudaki kişilerarası farklılıklar önemli araştırma konuları olmuştur (Coyne, Aldwin ve Lazarus, 1981; Roth ve Cohen, 1986; Scheier, Weintraub ve Carver, 1986).

### **1.3.1 Stresle Başa Çıkma**

Organizmanın hayatta kalabilmesi için yaşamsal her türlü tehdit ile bir Şekilde baş etmesi gerekmektedir. Stresle başa çıkma, kişiye stres veren yaşam olayları ile mücadele etmek için kişinin çevreyle ilişkili biçimde ürettiği stratejilerdir (Folkman ve Lazarus, 1988). Çeşitli alanlarda kullanılan ve araştırmalara konu olan bu kavram kişilerarası farklılık göstermektedir. Bazı kişiler stresle sağlıklı biçimde başa çıkarken bazı kişiler bunu başaramamaktadır (Antonovsky, 1980). Bu nedenle işlevli ve işlevsiz başa çıkma tarzları tanımlanmıştır. Folkman ve Lazarus (1980) bilişsel ve davranışsal boyutlardan oluşan bu tarzları sorun odaklı ve duygu odaklı olmak üzere ikiye ayırmıştır. Sorun odaklı başa çıkma, sorunu etkisiz hale getirmeye odaklanır (Lazarus, 1991). Bu başa çıkma tarzı kişinin mantıklı, karar verme sürecini içeren ve durumu değiştirmek için aktif bir rol oynadığı işlevsel bir tarzdır (Folkman, Lazarus, Gruen ve DeLongis, 1986). Duygu odaklı başa çıkma ise sorunu çözmek yerine ondan ve onun yarattığı stresten kaçınmayı işaret eder (Lazarus, 1993).

Kişiler, çeşitli stres kaynaklarına yönelik başa çıkma tarzları benimsemektedir. Kişiye olumsuz etkileyen birçok stres kaynağı olabilir. Bunlardan biri olan hastalık, hastayı olduğu gibi hastaya bakım verenleri ya da beraber yaşayan aile üyelerini de olumsuz etkilemektedir. Bakım veren ve bakım vermeyenler arasında depresyon ve iyi oluş hali gibi değişkenlere ek olarak stres düzeyleri arasında da farklılık olduğu görülmüştür (Pinquart ve Sörensen 2003). Yapılan bir araştırma, otistik spektrum bozukluğu olan çocuklardaki davranış sorunlarının, ailelerindeki bakım veren stresinin önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermiştir (Lecavalier, Leone ve Wiltz, 2006). Bir başka araştırmada ise Alzheimer hastalarının bakıcıları, zararsız kronik rahatsızlığı olan kişilerin bakıcılarından oluşan

kontrol grubu ile kıyaslandığında yüksek düzeyde stres yaşamaktadır (González-Salvador, Arango, Lyketsos ve Barba, 1999).

Benzer durumların tıbbi ve nörolojik hastalıklara ek olarak psikopatolojiler için de geçerli olduğu görülmüştür (Boye ve ark., 2001). Psikopatolojisi olan bir birey ile yaşamak ve gerektiğinde onun ihtiyaçlarını karşılamak da bir stres kaynağıdır. Yalnızca psikozun varlığı bile aileler için sıkıntı verici bir durum olarak görülmektedir (Gibbons ve ark., 1984). Bu stres verici duruma yönelik aileler baş etme yolları aramaktadır (Boye ve ark., 2001; Duman ve Bademli, 2013; Hanzawa, Tanaka, Inadomi, Urata ve Ohta, 2008; Lamb ve Oliphant, 1978; Magliano, 1999). Hastalık hakkında bilgi sahibi olmanın stresle başa çıkmada önemli rol oynadığı görülmektedir. Hastalığın başında şizofreniye yönelik bilgi sahibi olmayan aileler, işlevsiz baş etme mekanizmaları geliştirmektedir (Bellack ve Mueser, 1993).

Yapılan bir araştırmada uzun süreli çevresel stres durumlarında en çok duygu odaklı başa çıkma stratejilerinin kullanıldığı görülmüştür (Magliano ve ark., 1999). Süreğen bir hastalık olduğu göz önünde bulundurulduğunda, şizofreni de aile açısından uzun süreli bir stres kaynağıdır. Bu stresi yaşayan kronik hastalıkları olan kişiler ve bakım verenleri için kronik stres söz konusudur (Aldwin ve Brustrom, 1997). Akut stres ve kronik stres arasındaki farklılık nedeniyle bu iki stres türüne yönelik başa çıkmaların da farklı ele alınması gerektiği vurgulanmaktadır (Gottlieb, 1997). Kronik stres, yalnızca tek bir kişiyi etkilememektedir; kişinin üyesi olduğu ailenin tümünü etkilemektedir (O'Brien ve DeLongis, 1997). Aile üyelerinin başa çıkma tarzları da birbirlerini olumlu ya da olumsuz biçimde etkilemektedir (Pearlin, 1991).

Farklı bir perspektiften ele alındığında ise aile üyelerinin stresle başa çıkma tarzlarının hastalıkla ilgili tutum ve algılayışları ile ilişkili olduğu görülmüştür. Yapılan bir çalışmada şizofreni hastalarının bakım veren konumundaki yakın aile üyelerinin stresle baş etme tarzlarına bakılmıştır. Bakım verenlerin çaresiz yaklaşım tarzını kullanmalarının hastasının iyileşip iyileşmeyeceğine yönelik inancına göre değiştiği görülmüştür. Araştırma sonuçlarında hasta yakınlarının stresle başa çıkma becerilerinin artırılmasına yönelik psikoeğitim vermenin önemi vurgulanmıştır (Esmek, 2007). Bakım verenlerle yürütülen başka bir araştırmada, sorun odaklı başa çıkma tarzını kullanma ve sosyal desteğin varlığı, travma sonrası gelişim ile ilişkili bulunmuştur. Hasta yakınlarının sorun odaklı başa çıkma

becerilerini arttırmanın, hastaların tedavi sürecine de katkıda bulunabileceği vurgulanmıştır (Özlu, Yıldız ve Aker, 2010). Anlaşılacağı üzere hastalığın hasta yakınlarının stresle başa çıkma tarzları üzerindeki etkisine ek olarak hasta yakınlarının başa çıkma tarzları da tedavi sürecini etkileyebilmektedir. Bu karşılıklı etki, başa çıkma tarzlarının zamanla ve başa çıkma kaynaklarının da dahil olduğu birçok faktörün etkisi sonucunda oluşması ile ilişkili olabilir. Çünkü baş etme mekanizmaları kişilerin tekrar eden bazı örüntüleri ve inançlarına işaret etmektedir. (Compas, 1987).

### **1.3.2. Stresle Başa Çıkma ve Damgalama**

Hangi konuda olduğu fark etmeksizin damgalanma kendi başına bir stres kaynağıdır. Bu nedenle damgalanma, bir stres türü olarak ele alınabilmektedir (Miller ve Kaiser, 2001). Damgalanmış bireyler, bu durumun yarattığı stresle başa çıkmak için çeşitli tepkilerde bulunmaktadır. (Clark, Anderson, Clark ve Williams, 1999).

Damgalamanın hedef gruplar üzerinde yarattığı yıkıcı etkiler, araştırmacıları damgalama davranışının nedenlerinin ne olduğu sorusuna götürmektedir. Sosyal psikoloji araştırmacıları kişilerin damgalamayı meşrulaştırıcı ve mantıklı gerekçelere sahip olduklarını düşündükleri için yaptıklarını önermektedir. İnsanlar ideoloji olarak tanımlanan, hayatın işleyişine dair bazı inanç ve değerler geliştirmekte ve ideolojilerini meşrulaştırarak dünyaya bu perspektiften bakmaktadırlar. İdeolojileri tehdit edildiğinde ise düşmanlık, endişe ve stres yaşadıkları için bu kompleks yapıları dış dünyaya karşı korumakta ve yanlıştırmasına izin vermemektedirler. Bu meşrulaştırıcı yaklaşımlar ise kurbanı suçlayıcı ve hiyerarşiyi onaylayıcı olmak üzere iki türdür. İnsanların hayatı algılayış ve yaşayış biçimleri ile karakterize olan bu süreçte hedefteki dezavantajlı gruba mensup kişi stres kaynağı, damgalama davranışı ise baş etme yolu gibi görünmektedir (Crandall, 2000). Stresle başa çıkma tarzları da benzer biçimde kişilerin kişilik özellikleri ve inançlarını içeren tekrarlı bir örüntüye işaret etmektedir (Compass, 1987).

Yapılan bir araştırmada 400'den fazla kişi üzerinde aktif ve kaçınmacı başa çıkma tarzlarının belirleyicileri incelenmiştir. Kendine güvenli ve uyum becerisi olan kişilik eğilimleri ve ailenin de olduğu sosyal desteğin varlığı önemli yordayıcılar olarak belirlenmiştir. Hem kişisel hem de çevresel açıdan daha fazla kaynağa sahip olan kişilerde

kaçınmacı başa çıkma tarzını kullanma ihtimalinin az; aktif başa çıkma tarzını kullanma ihtimalinin ise yüksek olduğu görülmüştür (Holahan ve Moos, 1987). Yapılan bir başka çalışmada ise siyahi gençlerin başa çıkma tarzlarının ırksal ayrımcılığa maruz kalıp kalmadıklarına yönelik algılarında koruyucu olabileceği görülmüştür. Sonuçlara göre kaçınmacı başa çıkma tarzı, azınlık olan ve baskıcı ideolojilere sahip gençlerde depresif belirtiler ile ayrımcılığa uğrama algıları arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir (Seaton, Upton, Gilbert ve Volpe, 2014). Diğer bir araştırmada çalışan aileler evde ve işte olmak üzere bazı başa çıkma stratejileri belirlemiştir. Bu stratejiler ile iş-aile çatışması arasındaki ilişkiyi cinsiyet rolü ideolojisi yönetmektedir (Somech ve D. Zahavy, 2007).

Görülmektedir ki damgalama toplumsal bir davranış olmasının yanı sıra kişilerin başa çıkma tarzlarını benimsemelerindeki süreçlerle ilgilidir. Ayrıca öznel ve bireysel boyutta daha karmaşık süreçlere işaret etmektedir. Damgalama süreci bireyler için bazı kazançlar sağlamaktadır (Neuberg, Smith ve Asher, 2000). Pek çok etkenin söz konusu olduğu damgalama sürecinin açıklanmasında evrimsel öğelere de yer verilmektedir (Kurzban ve Leary, 2001).

Tüm bunlarla ilişkili biçimde stresle başa çıkma tarzlarında da kişilik özellikleri, inançlar ve değerler söz konusu olduğu için mevcut araştırmanın amaçlarından biri hasta yakınlarının stresle başa çıkma tarzları ve psikopatolojiye yönelik inançları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

#### **1.4. Algılanan Aile Yüğü**

Yük kavramı ilk olarak 1966'da Hoenig ve Hamilton tarafından nesnel ve öznel olmak üzere iki boyutta tanımlanmıştır. Ekonomik zorluklar, sosyal kısıtlanma vb somut yönler, nesnel yük; duygusal sıkıntılar gibi manevi yönler ise öznel yük olarak tanımlanmaktadır (Provencher ve Mueser, 1997; Schene, 1990). Aile yükü ise kronik bir hastalığı olan bireylerin aileleri tarafından bakım vermenin yarattığı sıkıntılara ve sorumluluğa işaret eden maddi ve manevi açıdan algılanan psikolojik zorluk anlamında kullanılmaktadır (Levene, Lancee ve Seeman, 1996). Kronik ruh hastalığı olan kişilerin ailelerinde yük algısı oluşmakta ve ailelerin davranışları buna göre şekillenmektedir (Maurin ve Boyd, 1990).

Avrupa kökenli ve Latin Amerikalılar ile yapılan bir araştırmada kültürel değişkenler fark etmeksizin şizofreni hastalarının ailelerine en çok stres ve yük getiren etkenin hastanın mutsuzluğu (*miser*) olduğu belirlenmiştir (Jenkins ve Schumacher, 1999). Bir araştırmada ailedeki yük ile hastadaki davranış sorunları arasında pozitif yönde yüksek düzey korelasyon olduğu bulunmuştur (Lefley, 1987a). Diğer bir araştırmaya göre özellikle yaşı ileri aileler açasından hastalarının geleceğine yönelik kaygılar büyük bir stres ve yük kaynağıdır (Lefley, 1987b). Ayrıca hastaların sosyal açasından yıkıcı ve kaçınmacı davranışlarının aileleri açasından yük yaratan en önemli alanlardan olduğu gösterilmiştir (Kuipers, 1993).

Aile yükünün azalması açasından özellikle sosyal desteğin çok önemli olduğu vurgulanmaktadır (Loukissa, 1995). Alanyazında aile yükü açasından sosyal desteğin önemini gösteren araştırmalar mevcuttur (Chien, Chan ve Morrissey, 2007; Thompson, Futterman, G. Thompson, Rose ve Lovett, 1993) Yapılan bir araştırmada şizofreni hastalarının ailelerinde düşük seviyede yükün tatmin edici sosyal çevre, destek grupları ve eş ile ilişkili olduğu görölmüştür. (Potasznik ve Nelson, 1984). Ayrıca bir araştırma sonucuna göre şizofreni hastalarının yakınlarında başka bir hastalığı olan kişilerin ailelerine göre yükün daha fazla olduğu ve sosyal desteğin düşük olduğu görölmüştür (Magliano, Fiorillo, De Rosa, Maj ve National Mental Health Project Working Group, 2006). Fakat bir başka araştırmada İşpanyol, siyahi ve beyaz olmak üzere süreğen zihinsel rahatsızlığa sahip çocukların ailelerindeki yük algısına bakıldığında siyahi aileler beyazlara göre daha az yük bildirmişlerdir. Birçok değişkenin kontrol edildiği araştırmada bu durum sosyal desteğin etkisi ile açıklanamamaktadır (Stueve, Vine ve Struening, 1997).

#### **1.4.1 Algılanan Aile Yükü ve Stresle Başa Çıkma**

Psikopatolojisi olan bireyler ve ailelerini konu alan çalışmalarda çoğunlukla baş etme, yük kavramı ile beraber ele alınmaktadır (Hanzawa ve ark., 2008; Hanzawa ve ark., 2010; Kate, Grover, Kulhara ve Nehra, 2013; Kuipers ve ark., 2005; Magliano, 1999; Magliano, 2000; Martens ve Addington, 2001; Pratt, Schmall, Wright ve Cleland, 1985; Webb ve ark., 1998). Bunun nedeni yük algısının da kişi için stres verici bir duruma işaret etmesidir; kişinin algıladığı yük aynı zamanda onun için bir stres kaynağıdır. Baş etme stratejileri işlevsiz olduğunda, algılanan yük de artmaktadır (Magliano, 1999).



Yapılan bir araştırmada belirli bazı baş etme stratejilerinin yük üzerinde etkili olduğu görülmüştür (Magliano ve ark., 2005). Fakat başka bir araştırmada bu ilişkinin önemi tekrar vurgulansa da güçlü bir bulgu elde edilememiştir (Hanzawa ve ark., 2010). Bu araştırmanın amacıyla da ilişkili olarak aile bireylerindeki stres, algılanan aile yükü ve hastaların negatif ve pozitif belirtileri arasındaki ilişkiye bakan bir çalışma sonucunda algılanan yük ile stres arasında ilişki gözlenmiştir. Aile bireylerindeki stres ile aile bireylerinin şizofreni hastalarında gözlemledikleri anksiyete ve depresyon belirtileri arasında pozitif yönde bir ilişki saptanmıştır. Ayrıca depresyon ve anksiyete kümesinde olan şizofreni hastaları ile yüksek düzeyde stres, anksiyete ve işlevsiz baş etme stratejileri olan aile bireyleri arasında ilişki olduğu görülmüştür (Boye ve ark., 2001).

şizofreni hastalarının, aile bireylerinin iyi oluş hali üzerindeki etkisini görmek için yapılan bir çalışmada ise aile bireyinde şizofreni hastalığı olmasının diğer aile üyelerine ciddi derecede sıkıntı verdiği görülmüştür (Martens ve Addington, 2001). şizofreni hastaları ve ailelerindeki yükü araştıran başka bir çalışmada ise hastanın semptomatik davranışları ile aile yükü arasında pozitif yönde yüksek korelasyon olduğu görülmüştür. Ayrıca aileler ekonomik, pratik ve duygusal açıdan yoğun yük algısı yaşamaktadırlar (Lowyck ve ark., 2004). Öte yandan aileler yakın oldukları kişilerden sosyal destek aldıklarında baş etme becerileri güçlenmekte, izolasyonu azalttıkça baş etme kaynakları artmakta ve stres düzeyleri düşmektedir (Kuipers ve ark., 2005).

Bahsedildiği üzere aile için yük olarak algılanan faktörler aynı zamanda birer stres kaynağıdır. Damgalamanın da kendi başında bir stres kaynağı olduğu göz önünde bulundurulduğunda süreğen zihinsel rahatsızlığı olan kişilerin ailelerinde stres ve yük kavramlarının damgalanma ile beraber ele alındığı araştırmalar mevcuttur. Bunlardan biri, süreçte aile ve klinisyenlerin iş birliğini esas alan modeller aracılığıyla çalışanlar tarafından sergilenen damgalamanın azaldığına vurgu yapmıştır (Lefley, 1989).

## **1.5. Duygu Dışavurumu**

Duygu dışavurumu kavramı, psikiyatrik hastalıklara sahip bireylerin tümünü kapsamakla birlikte genellikle şizofreni hastalarına yönelik aile bireylerinin ve yakınlarının

hissettiği duyguların tümüne işaret eder (Mintz ve ark., 1987). Duygu dışavurumu halihazırda ailenin ve yakınlarının hastaya yönelik duygusal tutum ve davranışlarını tanımlamaktadır (Barrowclough ve Hooley, 2003). Hastalığın seyrinde kişilerarası ilişkilerin etkisine vurgu yapan bu kavramın *eleştiri, düşmanlık, duygusal aşırı ilgi, sıcaklık ve pozitif uyarılar* olmak üzere beş bileşeni vardır (Brown, 1985).

Duygu dışavurumu, kültür ve dil fark etmeksizin şizofreni hastalarının aile bireyleri için kullanılabilen bir kavramdır (Kuipers, 1992a). Şizofreni hastalığında sosyal etkilerin öneminin vurgulanması, bu kavramın kullanılması ve araştırılmasıyla artmıştır (Kuipers, 1992b).

Çoğu çalışmada aile ortamının hastaya olan etkisi duygu dışavurumu üzerinden araştırılmıştır (Brown ve ark., 1972; Gülseren, 2002; Sellwood ve ark., 2003). Dolayısıyla bu kavram, şizofreni hastalarının hastanedeki yatış sürelerinin kısalması sonucu ev ortamına ve aile yaşamına katılmasıyla beraber ele alınmaya başlanmıştır (Gülseren, 2002). Aile ve ev ortamı ile hastalığın alevlenmesi arasında yüksek düzeyde ilişki mevcuttur (Brown ve Birley, 1968; Mintz ve ark., 1987). Birçok araştırma sonucunda duygu dışavurumu, hastalığın alevlenmesinde tetikleyici bir risk etmeni olarak belirlenmiştir (Brown, 1972; Hooley ve Gotlib, 2000; Hooley ve Gotlib, 2000; Hooley, 2007; Spiegel ve Wissler, 1986). Yapılan bir meta analiz çalışmasına göre duygu dışavurumu, hastalığın nüks etmesinde önemli bir yordayıcıdır (Butzlaff ve Hooley, 1998). O halde duygu dışavurumunun ev ortamındaki duygusal havayı ve ifadeyi yansıttığı göz önünde bulundurulduğunda, ev ortamının hastalığın alevlenmesinde yordayıcı olduğu görülmektedir (Kuipers, 1992a). Yapılan bir çalışmada şizofreni hastaları kontrol grubundaki sağlıklı bireylere göre daha yüksek düzeyde olumsuz aile ortamı bildirmiştir. Benzer biçimde hastane yatış sayısı daha fazla olan hastalar da diğer hastalara göre daha yüksek düzeyde olumsuz aile ortamı bildirmiştir. Ayrıca bu hastaların aileleri, sağlıklı bireylerin ailelerine oranla daha fazla uyum sorunu yaşamaktadırlar (Schnur ve ark., 1986).

Duygu dışavurumu aynı zamanda kişinin stres kaynağına yönelik verdiği tepkilere de işaret eder. Bir çalışmada yüksek düzeyde duygusal dışavurum gösteren aile bireylerinin depresyon ve anksiyete düzeyleri de ilişkili olarak yüksek çıkmıştır (Domínguez-Martínez, Medina-Pradas, Kwapil ve Barrantes-Vidal, 2017).

Tüm bu bulgulara rağmen duygu dışavurumu düzeyi yüksek olan ailelerin aile ortamları ve stresle baş etme tarzları değişebilmektedir. Bu nedenle duygu dışavurumunun hastalığın alevlenmesinde doğrudan tek yordayıcı olarak kabul edilmesi yanıltıcı olabilmektedir. Yine de duygu dışavurumunun hastalığın nüks etmesi üzerindeki kanıtlanmış etkisi, ailelerin duygu dışavurumu düzeylerini azaltmaya ve nüksü önlemeye yönelik çalışmalar için önemlidir (Birchwood ve Tarrier, 1992).

### **1.5.1 Duygu Dışavurumunun Damgalama ve Aile Yükü ile Olan İlişkisi**

Duygu dışavurumu aile ortamındaki olumsuz duyguların hastaya yansıtılması ve ifadesi olarak ele alınmaktadır. Şizofreni hastalığının toplum tarafından damgalanması, aile ilişkileri açısından stres yaratabilmekte ve hastaya yönelik duygu dışavurum düzeyini arttırabilmektedir (Greenley, 1986). Yapılan bir araştırmada duygu dışavurumu yüksek ailelerde hem hastalar hem de ailelerin yüksek düzeyde damgalanma etkisi bildirdikleri görülmüştür (Phillips, Pearson, Li, Xu ve Yang, 2002). Ayrıca damgalama süreci toplum tarafından hastaya ve aileye yönelik işleyebileceği gibi aile tarafından hastaya yönelik de işleyebilmektedir (Hinshaw, 2005; Phelan, Bromet ve Link, 1998). Bu noktada duygu dışavurumunun eleştirel ve düşmanca tutum boyutu, hastaya yönelik olumsuz etiketlemeler, eleştiriler, kınama ve reddetme ifadelerini göstermektedir (Kavanagh, 1992).

Duygu dışavurumu aynı zamanda ailenin algıladığı yük ile ilişkilidir. Yapılan bir araştırmada duygu dışavurumu düzeyi yüksek olan ailelerin daha fazla yük ve stresle etkisiz biçimde baş ettiklerine yönelik algıları olduğu görülmüştür (Smith, Birchwood, Cochrane ve George, 1993). Şizofreni hastalarının ailelerinde özellikle duygu dışavurumu ve aile yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen bir başka araştırmada aralarında korelasyon olduğu gösterilmiştir. Ancak bu ilişki hastalıkla ve demografik özelliklerle ilgili değişkenlerden etkilenmektedir (Jackson, Smith ve McGorry, 1990). Benzer biçimde bu iki kavram arasındaki ilişkiyi inceleyen başka bir araştırmada da duygu dışavurumu ve aile yükü arasında ilişki bulunmuştur. Bu kavramların hasta ve hasta yakınları arasındaki ilişkinin niteliğinde önemli bir gösterge olduğu ve hasta yakınlarının hastayı bu etmenlerin perspektifinden algıladıkları belirtilmiştir (Scazufca ve Kuipers, 1996).

## 1.6. Şizofreni Hastalarında Yaşam Niteliği

Dünya Sağlık Örgütü, sağlığı bedensel, ruhsal ve toplumsal açıdan bütünsel bir huzur ve iyi oluş hali olarak tanımlamaktadır. Bu iki tanım yaşam niteliği ile doğrudan ilişkilidir (Soygür, 2003). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre yaşam niteliği veya yaşam kalitesi (*quality of life*) kişinin ihtiyaçları, amaçları ve beklentilerinin karşılanabilmesi, mevcut imkanlara ulaşabilmesi noktasında yaşadığı toplum ve kültür bağlamındaki konumuna işaret etmektedir (Bobes, Portilla, Bascaran, Saiz ve Bousono, 2007). Yaşam niteliği, kişinin hayatından ne derece memnun olduğunu yansıtan öznel bir kavramdır (Skantze, Malm, Dencker, May ve Corrigan, 1992). Çalışmalarda “*quality of life*” kavramı yerine yaşam niteliği ve yaşam kalitesi olmak üzere iki kavram kullanılmaktadır (Soygür, 2003). Mevcut çalışmada ise yaşam niteliğinin kullanılması tercih edilmiştir.

Yaşam niteliği kavramı iyi oluş hali ve doyum, işlevsellik ve öz bakım ile sosyal destek olmak üzere üç boyutta ele alınmaktadır (Katschnig, 2000). Ancak bu bileşenleri tamamen karşılayan ve psikotik bireylerin yaşam niteliğini eksiksiz değerlendirebilen bir ölçüm aracı yoktur. Özellikle bu hastalardan kendi beyanları ile ölçüm alınmasının güvenilirliği konusunda tartışmalar vardır (Bobes, 2001; Bobes ve ark., 2007; Katschnig, 2000; Soygür, 2003). Alanyazında aksi yönde bulgular olsa da hastaların kendi değerlendirmelerinin yeterli güvenilirliği verdiği dair bulgular mevcuttur. Hatta hastaların yaşam kalitelerini kendilerinin beyan etmemesi gerektiğini vurgulayanlar vardır (Skantze ve ark., 2009). En kapsayıcı görüş hem öznel hem nesnel ölçütlerin birlikte ele alınarak uzman, aile ve hastanın bütünsel değerlendirmesinin yapılmasıdır (Katschnig, 2000).

Genel olarak şizofreni hastalarının yaşam niteliği değerlendirildiğinde sağlıklı bireylere göre daha düşük olduğu görülmektedir (Bobes ve ark., 2007). Yapılan bir araştırmada depresyon, bipolar bozukluk ve şizofreni olmak üzere 3 ayrı tanı grubu üzerinde yaşam kalitesi düzeyine bakılmıştır. Şizofreni hastalarının yaşam kalitelerine oranla depresyon ve bipolar bozukluk tanısı alan diğer iki grubun yaşam kaliteleri daha yüksek bulunmuştur (Atkinson, Zibin ve Chuang, 1997). Ayrıca bazı demografik özelliklere ek olarak negatif belirtiler ve damgalama deneyimi yaşanması da hastanın yaşam niteliğini düşürmektedir (Katschnig, 2000).

Şizofreni hastalarının yaşam kaliteleri depresif belirtilerle de ilişkilidir (Nørholm ve Bech, 2006). Negatif belirtiler depresif belirtileri de içermektedir. Nitekim bir başka araştırma sonucuna göre şizofreni hastalarının yaşam kalitesi hastalığın süresi, hastanın yaşı ve negatif belirtilerin şiddeti ile ilişkili bulunmuştur (Browne ve ark., 1996). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise şizofreni hastalarına altı ay boyunca verilen psikososyal beceri eğitimi sonucunda hastaların yaşam niteliğinde anlamlı bir artış görülmüştür (Deveci, Danacı, Yurtsever, Deniz ve Yüksel, 2008).

Şizofreni hastalarının yaşam kalitelerini ölçen bir başka çalışmada ise hastalar iş ve ekonomik zorluk, sosyal ilişki kısıtlılığı, faaliyet eksikliği ve psikolojik sağlığı düşük düzeyde yaşam kalitesi alanları olarak belirtmişlerdir. (Skantze, Malm, Dencker ve May, 2009). Beş ayrı Avrupa kentindeki şizofreni hastalarıyla karşılaştırmalı olarak şizofreni hastalarının yaşam kalitelerini ölçmek amacıyla yapılan bir çalışmada ise hastanın aile ile olan temasının sıklığı, arkadaşlık ilişkileri ve yaşı yaşam kalitesinin belirleyicileri olduğu gösterilmiştir (Gaite ve ark., 2002).

Şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinin ölçülmesi, tıbbi hizmetlere ek olarak hastaların yaşamsal ve sosyal açıdan ihtiyaçlarının belirlenmesinde önemli rol oynamaktadır (Lehman, 1988). Nitekim hastalar birincil ihtiyaçlarının karşılanmasını ifade eden yaşam standardı kavramı ile yaşamdan aldıkları doyuma işaret eden yaşam kalitesi kavramı arasında farklılık görmektedir (Skantze ve ark., 1992).

## **1.7. Araştırmanın Amacı**

Mevcut araştırmanın iki temel amacı vardır. Şizofreni hastalarının beraber yaşadıkları, en çok etkileşimde buldukları ve gerektiğinde hastanın ihtiyaçlarını karşılayarak bakım veren konumunda olan bir yakın aile üyesinden alanyazın ışığında 4 değişkene ait ölçüm alınmıştır. Bu değişkenler hasta yakınının psikopatolojiye/ruh hastalığına yönelik inançları, stresle başa çıkma tarzı, algılanan aile yükü ve duygu dışavurumudur. Hastadan alınan ölçüm ise şizofreni hastaları için yaşam niteliğidir. Araştırmanın 2 temel amacından biri hasta yakınındaki bu 4 değişken düzeyleri ile hastanın yaşam niteliği arasındaki ilişkileri belirlemek; diğer temel amacı ise hasta yakınındaki bu 4

değişkenin birbiri ile olan ilişkilerini belirlemektir. Bu ilişkiler temelinde araştırma soruları aşağıda verilmiştir.

1. Hastaların yaşam nitelikleri, yaşam niteliklerinin alt boyutları, hasta yakınlarının ruh hastalığına yönelik inançları, inançların alt boyutları, stresle başa çıkma tarzları, duygu dışavurumu, duygu dışavurumunun alt boyutları ve son olarak algılanan aile yükü arasında anlamlı ilişkiler var mıdır?
2. Hastanın yaşam niteliğini, hasta yakınının ruh hastalığına yönelik inançları, stresle başa çıkma tarzları, duygu dışavurumu ve algılanan aile yükü değişkenleri yordamakta mıdır?
3. Hasta yakınının duygu dışavurumunu yordayan değişkenler nelerdir?
4. Hasta yakınının ruh hastalığına yönelik inançlarının duygu dışavurumu ile olan ilişkisinde algılanan aile yükünün aracı rolü var mıdır?

### **1.8. Araştırmanın Önemi**

Ülkemizde şizofreni hastaları ve yakınları ile ilgili çalışmalar psikiyatri ve psikiyatri hemşireliği alanlarında yürütülmekte; klinik psikoloji alanında yeterince çalışma ve uygulama bulunmamaktadır. Bu ilginin olmaması şizofreninin özellikle ilaç tedavisi gerektiren beyinle ilişkili bir hastalık olması ile açıklanabilir. Oysaki hastaların, alevlenmelerini tetikleyen birçok stres kaynağı ile işlevsel baş edebilecekleri beceriler kazanmaları, sosyal ilişkilerini güçlendirecek iletişim becerileri kazanmaları ve tam anlamıyla yaşama katılabilmeleri noktasında klinik psikolojinin önemi büyüktür. Özellikle hastalığın ve belirtilerin seyrinde hastaların kişilik özelliklerinin etkisi olduğu görülmektedir (Berenbaum ve Fujita, 1994). Hastaların kişilik özelliklerini, mizaçlarını ve ilişkili biçimde baş etme mekanizmalarını göz ardı etmek onları yalnızca hastalıkları ile tanımlamak anlamına gelmektedir. Klinik psikolojinin bu alana dahil olmaması da bu bireylerin hastalık belirtilerinden ibaret oldukları ve hastalığın onların kimliği haline geldiği anlayışını pekiştirmektedir. Bu nedenle tedavi sürecinde disiplinler arası yaklaşımlara ihtiyaç vardır. Hasta yakınları için de bu süreç ağır ve yorucudur. Mevcut araştırma sürecinde de çoğu hasta

yakını hastalık sürecinin travmatize bir niteliği olduğunu ifade etmiştir. Yapılan birçok araştırma psikososyal desteğin hasta yakınlarında yarattığı olumlu etkileri göstermektedir. Hasta yakınlarının kişilik özellikleri ve ilişkili baş etme mekanizmaları bu stres verici sürecin sağaltılması ve hasta yakınları açısından koruyucu olması adına büyük önem taşımaktadır. Bahsedilen nedenlerden ötürü bu çalışmada hastaların belirtilerinden bağımsız biçimde yaşam nitelikleri ele alınmıştır. Benzer nedenle hasta yakınlarının psikopatolojik tanı alıp almadığını veya depresyon ve anksiyete gibi semptomatik özelliklerini ölçen araştırmaların aksine kişilikle ilişkili inançlar, stres ve başa çıkma gibi alanlara odaklanmaktadır.

Mevcut araştırmanın, damgalama sürecinin aile tarafından hastaya yönelik işleyip işlemediğini ve hastaya olan davranışlarda etkisi olup olmadığını araştırması nedeniyle ayrıca önemli olduğu düşünülmektedir. Aile için yorucu ve stresli olan bu hastalık sürecinin ailede yarattığı olumsuz etkilere yönelik işleyen başka mekanizmaları bulmak müdahaleler için yararlıdır. Psikopatolojisi olan bir aile üyesi ile yaşamın belirti ve tanıdan bağımsız biçimde tek başına yük hissettiren ve stres verici bir durum olarak değerlendirilmesi bile bu kişilere ve hastalığa yönelik yargı ihtimaline işaret eder. Halihazırda kişilerin stresle baş etme tarzı ve kalıpyargılarında ortak noktalardan biri belirsizliğe yönelik bir tanım ihtiyacıdır. Araştırmada bu inanç bütünü ve algılanan yükün duygu dışavurumu ile ilişkisi de ele alınmıştır. Böylece damgalama süreci ve stresle ilişkili olarak algılanan yükün duygusal tepki boyutundaki yansıması da incelenmiş olacaktır. Ayrıca algılanan aile yükünün hastalığın seyri ile belirlendiği sonucuna varılan çalışmalara ek olarak yükün oluşmasında başka mekanizmaların olup olmadığına bakılması çalışmanın özgün katkılarından biridir. Nitekim bilinen araştırmalar aile yükünü hastalık ve semptomları dışında değerlendirmemiştir (Perlick ve ark., 2006).

Özetle mevcut araştırmanın şizofreni alanında klinik müdahale ve uygulamaların rolünü vurguladığı ve şizofreni hastaları ve yakınları ile yapılan çalışmaların klinik psikoloji alanyazınında yer etmesi için atılan adımlardan biri olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

## BÖLÜM II

### YÖNTEM

#### 2.1. Örneklem

Katılımcılar, 25-55 yaş arasında olmak üzere 50 şizofreni hastası ve bu hastaların bir yakın aile üyesi olmak üzere toplam 100 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya dahil edilen 17 hasta, şizofreni hastaları için faaliyet yürüten bir derneğin üyeleri; kalan 33 hasta ise bir devlet hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde kayıtlı olan hastalardır.

Şizofreni hastaları için araştırmaya dahil etme kriterleri en az 5 senedir kronik şizofreni hastası olmak, ilaç tedavisini sürdürüyor olmak, 25-55 yaş arasında olmak ve zeka ile ilişkili veya ilişkili olmayan ağır zihinsel bir hastalığa ek olarak bakım gerektiren ek bir tıbbi hastalığın bulunmaması olarak belirlenmiştir. Yakın aile üyeleri için araştırmaya dahil etme kriterleri ise en az 5 senedir hasta ile birlikte yaşamak, en az haftada 1 gün hastayla vakit geçirmek, gerektiğinde hastaya bakım veren konumunda olmak ve zeka ile ilişkili ağır zihinsel bir hastalığın bulunmaması olarak belirlenmiştir.

Uygulamaya başta katılan 15 hasta, hasta yakınlarının araştırmaya katılmak istememesi, yalnız yaşıyor olmaları, alevlenme dönemine girmiş olmaları veya dışlama kriterlerine uygun olmamaları gibi nedenlerle araştırmaya dahil edilmemiştir. Benzer biçimde 10 hasta yakını, hastalarının araştırmaya katılmak istememesi ve dışlama kriterlerine uygun olmamaları gibi nedenlerle araştırmaya dahil edilmemiştir.

Hastaların yaşları 25 ile 55 arasında olup yaş ortalamaları 39.90'dır ( $ss = 8.87$ ). Hasta yakınlarının yaşları ise 27 ile 76 arasında olup yaş ortalamaları 53.86'dır ( $ss = 11.43$ ). Tüm hastaların ilaç kullanımını düzenlidir ve hastalık süreleri 5 ile 36 yıl arasında değişmekte olup ortalama 16.02'dir ( $ss = 8.80$ ). Katılımcıların diğer demografik özellikleri Tablo 2.1'de verilmiştir. Ailenin toplam gelir düzeyi ise Tablo 2.2'de incelenebilir.



**Tablo 2.1.** Örneklemin Demografik Özellikleri

Değişken	Hasta		Hasta Yakını	
	N	%	N	%
<b>Cinsiyet</b>	<b>Toplam: 50</b>		<b>Toplam: 50</b>	
Kadın	14	28	34	68
Erkek	36	72	16	32
<b>Eğitim Durumu</b>	<b>Toplam: 50</b>		<b>Toplam: 50</b>	
Okumamış	0	0	3	6
İlkokul mezunu	11	22	19	38
Ortaokul mezunu	13	26	4	8
Lise mezunu	20	40	7	14
Lisans mezunu	6	12	14	28
Lisansüstü mezunu	0	0	3	6
<b>İş Durumu</b>	<b>Toplam: 50</b>		<b>Toplam: 50</b>	
Çalışıyor	8	16	20	40
Çalışmıyor	42	84	30	60
<b>Psikoterapi</b>	<b>Toplam: 50</b>		<b>Toplam: 50</b>	
Almış	1	2	1	2
Almamış	49	98	49	98
<b>Yakınlık Derecesi</b>	<b>Toplam: 50</b>		<b>Toplam:50</b>	
Ebeveyn	1	2	28	56
Eş	11	22	11	22
Kardeş	9	18	9	18
Kızı/Oğlu	28	56	1	2
Akraba	1	2	1	2

**Tablo 2.2.** Hasta ve Hasta Yakınlarının Aile Olarak Toplam Gelir Düzeyleri

<b>Toplam Gelir Düzeyi</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Toplam Gelir Düzeyi Aralıkları</b>	<b>Toplam: 48 (2 belirtilmemiş)</b>	
1499 TL ve altı	2	4
1500 TL – 2499 TL arası	17	34
2500 TL – 3499 TL arası	12	24
3500 TL – 5000 TL arası	8	16
5000 TL ve üzeri	9	18

## **2.2. Veri Toplama Araçları**

### **2.2.1. Demografik Bilgi Formu**

Katılımcıların yaş, gelir düzeyi, hasta ve hasta yakınının ailedeki yakınlık derecesi gibi temel demografik özellikleri hakkında bilgi sahibi olmak için araştırmacı tarafından hazırlanan bir formdur (Bkz, Ek-2). Katılımcıların araştırma hakkında bilgilendirildiği ve gönüllülük esasını onayının alındığı Aydınlatılmış Onam Formu (Bkz, Ek-1) ile beraber her katılımcıya ölçek sayfalarından önce bu form verilmiştir.

### **2.2.2. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği**

Kişilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarını ölçmek amacıyla Hirai ve Clum (2000) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'ni geliştirmiştir. İnsanların psikopatolojisi olan bireylere yönelik nasıl inançlara sahip olduğunu ölçmek için kullanılan bu ölçekte tehlikelilik, zayıf sosyal ve kişilerarası beceri ve çaresizlik olmak üzere üç alt boyut

mevcuttur. İnsanların hastaları tehlikeli ve korkutucu görmelerine yönelik inançlarını tehlikelilik, hastaların sosyal ilişki kuramamalarına yönelik inançlarını zayıf sosyal ve kişilerarası beceri ve son olarak hastalığın olumsuz seyri ve iyileşmeyeceği yönündeki inançlarını ise çaresizlik alt boyutları ölçmektedir. 114 Asyalı ve 102 Amerikalı olmak üzere toplam 216 öğrenci üzerinde uygulanan ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı Asyalı grup için 0.91 ve Amerikalı grup için 0.89 bulunarak güvenilir olduğu belirtilmiştir.

Ölçeğin mevcut araştırmada kullanılan Türkçe sürümünün geçerlik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam (2006) tarafından yapılmıştır. 262 kişi üzerinde uygulanan uyarlamada faktör analizi sonuçları orijinal ölçekteki gibi 3 faktör olduğunu göstermiştir. Ancak bu faktörlerin altında toplanan bazı maddeler başka faktörlerin altına girmektedir. Böylece ortaya çıkan faktörler Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma, Tehlikelilik ve Utanma olarak belirlenmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.82 olarak bulunmuştur. Alt boyutların katsayıları ise Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma .80, Tehlikelilik .71 ve Utanma .69 olarak bulunmuş ve ölçeğin güvenilir olduğu belirtilmiştir. 21 maddeden oluşan altılı Likert tipi ölçekte maddeler 0: Hiç katılmıyorum ve 5: Tamamen katılıyorum olmak üzere 0 ile 5 arasında değerlendirilmektedir. Ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inanca işaret etmektedir. Alt ölçeklerden hangi boyutun puanı daha yüksekse o alandaki olumsuz inançlar daha yüksek demektir (Bilge ve Çam, 2006).

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin mevcut araştırmada hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .89 olarak bulunmuştur. Ölçek, şizofreni hastalarının yakın aile üyelerinin psikopatolojisi olan bireylere yönelik inançlarını ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

### **2.2.3. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği**

Kişilerin stresle baş etme tarzlarını ölçmek amacıyla Folkman ve Lazarus (1985) Başa Çıkma Yolları Envanteri'ni geliştirmişlerdir. Ölçek; Probleme Yönelik ve Duygulara Yönelik olmak üzere 2 boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar da kendi içlerinde Kendine Güvenli, İyimser, Çaresiz, Boyun Eğici yaklaşımlar ve Sosyal Desteğe Başvurma olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır.

Orijinali 74 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe uyarlaması 32 madde olmak üzere kısaltılarak Stresle Baş Etme Tarzları Ölçeği adıyla Şahin ve Durak (1995) tarafından geliştirilmiştir. Probleme Yönelik-Aktif ve Duygulara Yönelik-Pasif olmak üzere kendi içlerinde Kendine Güvenli, İyimser, Çaresiz, Boyun Eğici yaklaşımlar ve Sosyal Desteğe Başvurma alt boyutlarından oluşan bu ölçekteki maddeler %0: hiç uygun değil, %30: biraz uygun, %70: çok uygun ve %100: tamamen uygun olmak üzere toplam dört düzeyde bir değerlendirme içermektedir. Kendine Güvenli ve İyimser Yaklaşım alt boyutları Probleme Yönelik-Aktif başa çıkma tarzları iken Çaresiz ve Boyun Eğici Yaklaşım ile Sosyal Destek Arama alt boyutları ise Duygulara Yönelik-Pasif başa çıkma tarzları olarak alanyazınla uyum göstermektedir (Şahin ve Durak, 1995). Bu ölçek, stres verici olaylar neticesinde kişilerin pasif kalarak hissettikleri olumsuz duygulara ya da çözüm için aktif biçimde harekete geçerek problemin çözümüne odaklı başa çıkma tarzlarından hangisini benimsediklerini ölçmektedir. Ölçeğin Türkçe sürümünün Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı farklı örneklemelerin olduğu 3 çalışma ile ölçülmüştür. Kendine Güvenli Yaklaşım'ın katsayıları .62-.80 arasında, İyimser Yaklaşım'ın katsayıları .68-.49 arasında, Çaresiz Yaklaşım'ın katsayıları .64-.73 arasında, Boyuneğici Yaklaşım'ın katsayıları .42-.72 arasında ve Sosyal Destek Arama'nın katsayıları ise .47-.45 arasında değişmektedir. Alt boyutlardan alınan yüksek puanlar o boyutta belirtilen başa çıkma tarzının kullanıldığını göstermektedir.

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin mevcut araştırmada hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları Kendine Güvenli Yaklaşım için .82, İyimser Yaklaşım için .70, Çaresiz ve Kendini Suçlayıcı Yaklaşım için .71 ve Boyun Eğici Yaklaşım için .46 olarak bulunmuştur. Ölçek, şizofreni hastalarının birincil bakım verenlerinin stresle başa çıkma tarzlarını ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

#### **2.2.4 Algılanan Aile Yüğü Ölçeği**

Şizofreni hastalarının yakınlarında algılanan yüğü ölçmek için Levene ve ark. (1996) tarafından Algılanan Aile Yüğü Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.83 bulunarak güvenilir olduğu belirtilmiştir.

Ölçeğin mevcut araştırmada kullanılan Türkçe sürümünün geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise Arslantaş ve ark. (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek, hasta yakınlarının hasta hakkındaki duygusal, bilişsel ve davranışsal algıları ile karakterize algıladıkları yükü ölçmektedir. Türkçe uyarlamasının Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı ise 0.92 olarak hesaplanmış ve ölçeğin güvenilir olduğu belirtilmiştir. Son bir aydaki yük algısını değerlendiren 24 maddelik Likert tipi ölçekte ilk aşama bahsedilen davranışın hastada olup olmadığı belirtilmesi, ikinci aşama ise eğer varsa bu davranışın hasta yakınına ne şiddette rahatsız ettiğinin belirtilmesinden oluşur. Sorgulanan davranış hastada yoksa hasta yakınına maddeye ilk aşamada 0 verir ve diğer maddeye geçer. Bu ilk aşama nesnel boyuta işaret eder (Levene ve ark., 1996). Eğer davranış hastada varsa maddelere 1: hiç, 4: çok fazla ve 5: bilmiyorum olmak üzere 1 ile 5 arasında değerlendirme yapılır (Arslantaş ve ark., 2010). Bu ikinci aşama ise öznel boyuta işaret eder (Levene ve ark., 1996). Ölçekten alınan yüksek puanlar algılanan yükün fazla olduğunu göstermektedir.

Algılanan Aile Yüğü Ölçeği'nin mevcut araştırmada hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .89 olarak bulunmuştur. Ölçek, şizofreni hastalarının yakın aile üyelerinin hastalık nedeniyle algıladıkları yükü ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

### **2.2.5. Duygu Dışavurumu Ölçeği**

Hasta yakınlarının hastalara yönelik olumsuz duygusal tutum ve davranışları ölçmek amacıyla Cole ve Kazarian (1988) Duygu Dışavurumu Düzeyi Ölçeği'ni geliştirmiştir. Ölçekte Müdahalecilik, Duygusal Tepki, Hastalığa Karşı Tutum ve Hoşgörü/Beklenti olmak üzere 4 alt ölçek mevcuttur.

Bu ölçekten hareketle hasta yakınlarına uygulanması için mevcut araştırmada kullanılan ölçek ise Berksun (1992) tarafından geliştirilmiştir. 42 maddeden oluşan ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.89 bulunmuştur. Ölçekte, Eleştirici-Düşmancıl Oluş ve Aşırı İlgilendirme-Koruyucu-Kollayıcı-Müdahalecilik olmak üzere 2 boyut belirlenmiştir. Bu alt boyutlar için hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayıları sırasıyla 0.92 ve 0.82 bulunmuştur. Puanlamada kişinin olumsuz duygu dışavurumunu yansıtan yanıtlar 1 puan alır. Olumlu duygu dışavurumu içeren yanıtlara ise 0 verilir. Toplam ve alt boyutlardan alınan yüksek puanlar olumsuz nitelikteki yüksek duygu dışavurumuna işaret etmektedir.

Puanı daha yüksek olan alt boyut, hasta yakının baskın duygu dışavurum tarzını belirtmektedir (Berksun, 1992).

Duygu Dışavurumu Ölçeği'nin mevcut araştırmada hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .83 olarak bulunmuştur. Ölçek, şizofreni hastalarının birincil bakım verenlerinin hastalara yönelik olumsuz duygusal tepkilerinin düzeylerini ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

### **2.2.6. Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği**

Şizofreni hastalarının yaşam kalitesini/niteliğini ölçmek amacıyla Heinrichs, Hanlon ve Carpenter (1984) tarafından Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği geliştirilmiştir. Ölçekte Kişilerarası İlişkiler, Mesleki Rol, Ruhsal Bulgular ve Günlük Eşya/Faaliyet olmak üzere toplam 4 alt boyut vardır.

Ölçeğin mevcut çalışmada kullanılan Türkçe sürümünün geçerlik ve güvenilirlik çalışması Soygür ve ark. (2000) tarafından yapılmıştır. Bu ölçek hastanın semptomlarından bağımsız biçimde yaşam alanlarındaki uyumu ve doyumunu ile karakterize yaşam kalitesini ölçmektedir. Yarı yapılandırılmış 21 maddelik bu ölçekte Kişilerarası İlişkiler, Mesleki Rol, Ruhsal Bulgular ve Günlük Eşya/Faaliyet olmak üzere toplam 4 alt boyut mevcuttur. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .98 ve alt boyutlar için sırasıyla .93, .97, .94 ve .90 olarak bulunmuştur. Her bir madde için 0: hiç yok ve 6: en yüksek düzeyde var olmak üzere 0 ile 6 arasında 7 dereceli bir puanlama yapılmaktadır. Görüşmeci tarafından hastaya her bir maddeyi anlamak için sorulacak bazı öneri sorular mevcuttur. Görüşmeci bu cevapları değerlendirir ve değerlendirme sonucuna göre maddeleri puanlar. Toplamda yüksek puanlar yüksek düzey yaşam niteliğine, düşük puanlar ise düşük düzey yaşam niteliğine işaret etmektedir (Soygür ve ark., 2000).

Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği mevcut araştırmada hesaplanan Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı .94 olarak bulunmuştur. Ölçek, şizofreni hastalarının uyum ve doyumunu içeren yaşam niteliklerini ölçmek amacıyla kullanılmıştır.

### **2.3. İşlem**

Hasta ve hasta yakınları olmak üzere toplam 50 çift katılımcıdan 17 çiftine dernekten, 33 çiftine ise bir devlet hastanesine bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden ulaşılmıştır. Hasta görüşmesi ve o hastanın yakını ile olan uygulama arasında fazla zaman geçmemesine özellikle dikkat edilmiştir. Uygulamalar hasta ve hasta yakınları ile ayrı ayrı yapılmıştır. Gerektiğinde Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nin evde hizmet kapsamında ev ziyaretlerine giden hemşirelerle birlikte hekimden ve ev sahiplerinden izin alınarak evlere gidilmiş; uygulamalar orada gerçekleştirilmiştir.

Hasta yakınlarına toplam 4 ölçekten oluşan basılı materyal verilmiştir. Her bir materyalin en ön sayfasında Bilgilendirilmiş Onam Formu yer almaktadır (Ek-A). Katılımcılar bu formda araştırmayla ilgili bilgi edindikten sonra gönüllü katıldıklarına dair onay vermektedir. Bu formun ardından demografik özellikleri edinilen diğer form gelmekte (Ek-B) ve daha sonra ölçekler başlamaktadır. Hem dernekte hem de Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve ev ziyaretlerinde gürültü olmayan ve masa sandalye düzeneğinin olduğu mekanlarda uygulama yapılmıştır. Hasta ve hasta yakınının bir arada bulunmaması uygun görülmüştür. Uygulama süresi eğitim seviyesi veya görme bozuklukları gibi nedenlerle kişiden kişiye göre 25-60 dakika arasında değişmektedir.

Hastalarla ise yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Benzer biçimde gürültü olmayan, araştırmacı ile yalnız olacakları, masa sandalye düzeneğinin bulunduğu toplantı salonu gibi odalarda görüşme yapılmıştır. Araştırmacı önündeki Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği Ölçeği'nde yer alan her bir madde için yönlendirici örnek sorular ışığında hastaya sorular sormuş ve yaşam niteliği hakkında edindiği bilgileri puanlamıştır. Bu puanlama işleminin güvenilir olması amacıyla ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasını yapmış olan Doç. Dr. Haldun Soygür ile veri toplama aşamasından önce ölçeğin puanlanmasına ilişkin denemeler yapılmıştır. Hastalarla yapılan görüşmeler içe çekilme, isteksizlik veya direnç gibi nedenlerle kişiden kişiye göre 40-65 dakika arasında değişmektedir.

Elde edilen verilerde analizden önce temizleme işlemlerine bakılmıştır. Uç değerler olmadığı için boş verilerle ilgili işlem yapılmıştır. Az sayıdaki kayıp verilerin yerine

ortalama atama yöntemiyle yeni değerler atanmış ve IBM SPSS Statistics 22 paket programı ile istatistiksel analiz uygulamaları yapılmıştır.



## BÖLÜM III

### BULGULAR

Analizlere başlamadan önce az miktardaki kayıp veriler ortalama atama yöntemiyle yeni değerlerle doldurulduktan sonra Mahalanobis uzaklığı hesaplanarak uç değerlere bakılmıştır. Tüm verilerin kabul edilebilir olduğu tespit edildikten sonra araştırmadaki tüm değişkenlerin normal dağılım varsayımını karşılayıp karşılamadığına bakılmıştır. Algılanan Aile Yükü değişkeninin grafiklerde normal dağılmadığı ve Çarpıklık (*Skewness*) değerinin 1'in üstünde olduğu görülmüştür. Bu değişken için Logarithm (*Log10*) dönüştürmesi yapılmıştır. Daha sonra değişkenlerin Çarpıklık ve Basıklık (*Kurtosis*) değerlerine tekrar bakılmış ve hepsinin uygun aralıklarda oldukları görülmüştür (Tabachnick ve Fidell, 2007).

#### 3.1. Değişkenlerin Korelasyon Analizi Sonuçları

Araştırmadaki Şizofreni Hastaları İçin Yaşam Niteliği ve alt boyutları olan Kişilerarası İlişkiler, Mesleki Rol, Ruhsal Bulgular, Kişisel Eşya ve Faaliyet; Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç ve alt boyutları olan Çaresizlik Kişilerarası İlişkilerde Bozulma, Tehlikelilik, Utanma; Stresle Başa Çıkma Tarzları alt boyutları olan Kendine Güvenli, İyimser, Çaresiz Kendini Suçlayıcı, Boyun Eğici Yaklaşımlar ve Sosyal Destek Arama; Duygu Dışavurumu ve alt boyutları olan Eleştirel ve Düşmancıl Oluş, Aşırı İlgi Koruyucu Kollayıcı Müdahalecilik ve son olarak Algılanan Aile Yükü değişkenlerinin birbirleriyle olan ilişkilerine bakılması amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayıları hesaplanmıştır. Alt boyutlarla beraber değişkenler arası tüm korelasyon değerleri Tablo 3.1'de incelenebilir. Korelasyon analizi sonuçlarına göre şizofreni hastalarının yaşam nitelikleri ile algılanan aile yükü arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = .00, p < .01$ ). Hastaların yaşam niteliği ile diğer değişkenler arasındaki ilişkiler anlamlı değildir ( $p > .05$ ). Ancak duygu dışavurumu ile hastanın yaşam niteliği arasındaki ilişkinin anlamlılık sınırına çok yakın olduğu görülmüştür ( $r = .05, p > .05$ ).

Hastaların yaşam niteliğinin alt boyutlarına bakıldığında ise kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile ailenin duygu dışavurumu ( $r = .04, p < .05$ ) ve duygu dışavurumunun eleştirel ve düşmancıl oluş alt boyutu arasında ( $r = .04, p < .05$ ) negatif yönde fakat sınırda anlamlı bir

ilişki vardır. Yaşam niteliğinin kişilerarası ilişkiler alt boyutu ile algılanan aile yükü arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki görülmektedir ( $r = .03, p < .05$ ). Hastaların yaşam niteliğinin bir diğer alt boyutu olan mesleki rol ile ailenin ruhsal hastalığa yönelik inancının alt boyutu olan çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma arasında ( $r = .04, p < .05$ ) negatif yönde fakat sınırda anlamlı bir ilişki vardır. Hastaların yaşam niteliğinin alt boyutu olan mesleki rol ile algılanan aile yükü arasında ise negatif yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ( $r = .00, p < .01$ ). Hastaların yaşam niteliğinin ruhsal bulgular alt boyutu ile yalnızca algılanan aile yükü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki görülmüştür ( $r = .02, p < .05$ ). Son olarak hastaların yaşam niteliğinin kişisel eşya ve faaliyet alt boyutu ile ailenin stresle başa çıkma tarzlarından iyimser yaklaşım arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r = .01, p < .05$ ).

Ailenin duygu dışavurumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ( $r = .00, p < .01$ ), ruhsal hastalığa yönelik inançların çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ( $r = .00, p < .01$ ) ve tehlikelilik alt boyutu ( $r = .00, p < .01$ ) arasındaki ilişkiler de pozitif yönde anlamlıdır. Ayrıca duygu dışavurumu ile bir stresle başa çıkma tarzı olan çaresiz ve kendini suçlayıcı yaklaşım ( $r = .00, p < .01$ ) ve algılanan aile yükü arasında ( $r = .00, p < .01$ ) pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken bir diğer stresle başa çıkma tarzı olan boyun eğici yaklaşım arasında ( $r = .04, p < .05$ ) sınırda bir anlamlılık görülmüştür. Duygu dışavurumunun eleştirel ve düşmanlık oluş alt boyutu ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki görülmüştür ( $r = .00, p < .01$ ). Bu alt boyut ile birer stresle başa çıkma tarzı olan sosyal destek arama ( $r = .04, p < .05$ ) ve iyimser yaklaşım arasında ( $r = .04, p < .05$ ) sınırda ve negatif yönde bir anlamlılık varken aynı alt boyut ile başka bir stresle başa çıkma tarzı olan çaresiz ve kendini suçlayıcı yaklaşım arasında ( $r = .00, p < .01$ ) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır. Bu alt boyut ile son olarak algılanan aile yükü ( $r = .00, p < .01$ ), ruhsal hastalığa yönelik inançların çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ( $r = .00, p < .01$ ) ve tehlikelilik alt boyutu ( $r = .00, p < .01$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Duygu dışavurumunun aşırı ilgi ve koruyucu kollayıcı müdahalecilik alt boyutu ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ( $r = .01, p < .05$ ), ruhsal hastalığa yönelik inançların tehlikelilik alt boyutu ( $r = .00, p < .01$ ) ve bir stresle başa çıkma tarzı olan çaresiz ve kendini suçlayan yaklaşım ( $r = .03, p < .05$ ) ile arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki vardır.

**Tablo 3.1. Değişkenler Arası Korelasyon Değerleri**

	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)
(1) Yaşam Niteliği Genel	1																	
(2) Yaşam Niteliği Kişilerarası İlişkiler	.91**	1																
(3) Yaşam Niteliği Mesleki Rol	.86**	.63**	1															
(4) Yaşam Niteliği Ruhsal Bulgular	.94**	.77**	.79**	1														
(5) Yaşam Niteliği Eşya ve Faaliyet	.80**	.73**	.58**	.73**	1													
(6) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç	-.15	-.20	-.26	.02	-.06	1												
(7) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Çaresizlik Kişilerarası İlişkilerde Bozulma	-.20	-.23	-.30*	-.05	-.12	.95**	1											
(8) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Tehlikelilik	-.12	-.18	-.24	.04	.01	.93**	.77**	1										
(9) Ruhsal Hastalığa Yönelik İnanç Utanma	.11	.05	.03	.22	.05	.50**	.37*	.41**	1									
(10) Stresle Başa Çıkma Kendine Güvenli Yaklaşım	.09	.04	.02	.11	.29	.08	.12	.04	-.02	1								
(11) Stresle Başa Çıkma İyimser Yaklaşım	.16	.13	.05	.18	.35*	.02	.08	-.01	-.18	.69**	1							
(12) Stresle başa Çıkma Çaresiz Kendini Suçlayıcı Yaklaşım	.09	-.05	.07	.24	.03	.51**	.41**	.50**	.44**	-.10	-.13	1						
(13) Stresle Başa Çıkma Boyun Eğici Yaklaşım	.09	.03	-.01	.17	.16	.30*	.26	.27	.23	-.10	.07	.40	1					
(14) Stresle Başa Çıkma Sosyal Destek Arama	.13	.15	.08	.10	.10	-.04	-.08	-.01	.12	.20	.14	.20	.09	1				
(15) Duygu Dışavurumu	-.28	-.28*	-.28	-.20	-.23	.53**	.52**	.52**	.12	-.17	-.20	.41**	.14	-.20	1			
(16) Duygu Dışavurumu Eleştirel ve Düşmanlık Oluş	-.27	-.29*	-.24	-.21	-.21	.49**	.48**	.47**	.17	-.22	-.29*	.37**	.03	-.29*	.91**	1		
(17) Duygu Dışavurumu Aşırı İlgi Koruyucu Kollayıcı Müdahalecilik	-.16	-.14	-.23	-.09	-.16	.36*	.36*	.37**	-.03	-.01	.05	.31*	.23	.04	.63**	.33*	1	
(18) Algılanan Aile Yükü	-.38**	-.31*	-.44	-.34	-.23	.44**	.41**	.45**	.12	-.09	-.05	.17	-.03	-.31*	.50**	.51**	.26	1

\*p < .05, \*\*p < .01

Algılanan aile yükü ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ( $r = .00, p < .01$ ) ve bu değişkenin iki alt boyutu olan tehlikelilik ( $r = .00, p < .01$ ) ve çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ( $r = .00, p < .01$ ) arasında pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki görülmüştür. Ayrıca algılanan aile yükü ile bir stresle başa çıkma tarzı olan sosyal destek arama arasında negatif ve anlamlı bir ilişki vardır ( $r = .03, p < .05$ ).

Bir stresle başa çıkma tarzı olan çaresiz ve kendini suçlayıcı yaklaşım ile ruhsal hastalığa yönelik inançlar ( $r = .00, p < .01$ ) ve bu değişkenin utanma alt boyutu ( $r = .00, p < .01$ ), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma alt boyutu ( $r = .00, p < .01$ ) ve tehlikelilik alt boyutu arasında ( $r = .00, p < .01$ ) pozitif yönde ve anlamlı bir ilişki görülmüştür.

### **3.2. Regresyon Analizi Sonuçları**

Bu bölümde aralarındaki korelasyonlar anlamsız bulunan hiçbir değişken analizlere katılmamıştır. İlk olarak algılanan aile yükünün hastaların yaşam niteliklerini yordayıp yordadığını görmek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Aileden ölçüm alınan diğer değişkenlerin hastanın yaşam niteliği ile ilişkileri anlamsız olduğu için regresyon analizine dahil edilmemişlerdir. İkinci basit doğrusal regresyon analizi ise duygu dışavurumunun eleştirel ve düşmanlık oluş alt boyutunun hastanın yaşam niteliğinde kişilerarası ilişkiler alt boyutunu yordayıp yordadığını görmek amacıyla yapılmıştır. Araştırmadaki son basit doğrusal regresyon analizi ise bir stresle başa çıkma tarzı olan çaresiz ve kendini suçlayıcı yaklaşımın ruhsal hastalığa yönelik inanç puanları üzerindeki yordayıcı etkisine bakmak amacıyla yapılmıştır. Duygu dışavurumu puanlarını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla ise aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Birinci aşamada ruhsal hastalığa yönelik inançlar, ikinci aşamada algılanan aile yükü analize dahil edilmiştir. Regresyon analizlerinin sonuçları tablolarıyla birlikte ayrı ayrı ilgili bölümlerde gösterilmiştir.

#### **3.2.1. Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliğinde Algılanan Aile Yükünün Yordayıcı Etkisi**

Şizofreni hastalarının yaşam niteliği puanlarında yakın aile üyesinin algılanan aile yükü puanlarının yordayıcı etkisini görmek için basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır.

Analiz sonuçları Tablo 3.2’de verilmiştir. Görüldüğü üzere regresyon analizi sonuçları anlamlıdır ( $p < .01$ ). Analiz sonuçlarına göre algılanan aile yükü ( $\beta = -.38$ ) varyansın %14’ünü açıklamaktadır [ $F(1, 50) = 7.93, p < .01$ ].

**Tablo 3.2.** Hastanın Yaşam Niteliği Puanlarında Algılanan Aile Yükünün Yordayıcı Etkisi

Yordayıcı Değişken	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	$\beta$	$t$	F
Algılanan Aile Yükü	.38	.14	.12	-.38	-2.82**	7.93**

\*\* $p < .01$

### 3.2.2. Şizofreni Hastalarının Yaşam Niteliğinin Kişilerarası İlişkiler Boyutunda Ailenin Duygu Dışavurumunun Eleştirel ve Düşmancıl Oluş Boyutunun Yordayıcı Etkisi

Şizofreni hastalarının yaşam niteliğinin kişilerarası ilişkiler alt boyutunda ailenin eleştirel ve düşmancıl oluş tarzındaki duygu dışavurumunun yordayıcı etkisini görmek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Regresyon analiz sonuçları Tablo 3.3’te verilmiştir.

**Tablo 3.3.** Kişilerarası İlişkiler Alt Boyutunda Eleştirel ve Düşmancıl Oluş Alt Boyutunun Yordayıcı Etkisi

Yordayıcı Değişken	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	$\beta$	$t$	F
Eleştirel ve Düşmancıl Oluş	.29	.08	.06	-.29	-2.09*	4.35*

\* $p < .05$

Tablo 3.3'te görüldüğü üzere regresyon analizi sonuçları sınırda olmak üzere anlamlıdır ( $p < .05$ ). Analiz sonuçlarına göre ailenin eleştirel ve düşmanlı duyguların dışavurumu tarzı ( $\beta = -.29$ ) düşük değerde de olsa varyansın %8'ini açıklamaktadır [ $F(1, 50) = 4.35, p < .05$ ].

### 3.2.3. Çaresiz ve Kendini Suçlayıcı Stresle Başa Çıkma Tarzının Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Üzerindeki Yordayıcı Etkisi

Bir stresle başa çıkma tarzı olan çaresiz ve kendini suçlayıcı yaklaşımın ruhsal hastalığa yönelik inançlar üzerindeki yordayıcı etkisini görmek amacıyla basit doğrusal regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.4'te verilmiştir.

**Tablo 3.4.** Çaresiz ve Kendini Suçlayıcı Stresle Başa Çıkma Tarzının Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Üzerindeki Yordayıcı Etkisi

Yordayıcı Değişken	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	$\beta$	<i>t</i>	F
Çaresiz ve Kendini Suçlayıcı Yaklaşım	.51	.26	.24	.51	4.06***	16.46***

\*\*\* $p < .001$

Tablo 3.4'te görüldüğü üzere regresyon analizi sonuçları anlamlıdır ( $p < .001$ ). Analiz sonuçlarına göre ailenin çaresiz ve kendini suçlayıcı stresle başa çıkma tarzı ( $\beta = .51$ ) varyansın %26'sını açıklamaktadır [ $F(1, 50) = 16.46, p < .001$ ].

### 3.2.4. Duygu Dışavurumunu Yordayan Değişkenler

Hasta yakınlarının duygu dışavurumu puanlarını yordayan değişkenleri belirlemek amacıyla ruhsal hastalığa yönelik inançlar ve algılanan aile yükü değişkenleri ile aşamalı hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları Tablo 3.5'te verilmiştir. Tabloda görüldüğü üzere regresyon analizi sonuçları anlamlıdır ( $p < .001$ ). Analiz sonuçlarına göre

Aşama 1 olarak gösterilen ilk aşamada analize dahil edilen ruhsal hastalığa yönelik inançlar ( $\beta = .51$ ) varyansın %28'ini açıklamıştır [ $F(1, 50) = 19.07, p < .001$ ]. Aşama 2 olarak gösterilen ikinci aşamada ise algılanan aile yükünün ( $\beta = .33$ ) analize dahil edilmesiyle açıklanan varyans %37 olmuştur [ $F(2, 50) = 13.88, p < .001$ ].

**Tablo 3.5.** Duygu Dışavurumunu Yordayan Değişkenler

Yordayıcı Değişkenler	$\beta$	$t$	R	R <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	F
<b>Aşama 1</b>			.53	.28	.27	19.07***
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar	.53	4.37***				
<b>Aşama 2</b>			.61	.37	.35	13.88***
Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar	.39	3.02***				
Algılanan Aile Yükü	.33	2.55***				

\*\*\* $p < .001$ , \*\* $p < .01$ , \* $p < .05$

### 3.2. Aracı Değişken Analizi Sonuçları

Bu bölümde hasta yakınının ruhsal hastalığa yönelik inançları ve duygu dışavurumu arasındaki ilişkide algılanan aile yükünün aracı rolünü belirlemek amacıyla aracılık analizi yapılmıştır. Analiz, Preacher ve Hayes (2008) tarafından önerilen *Bootstrap* yöntemi kullanılarak IBM SPSS Statistics 22 programında Andrew F. Hayes'in PROCESS v3.2 eklentisiyle yürütülmüştür. Yapılan aracı model için Model 4 esas alınmıştır.

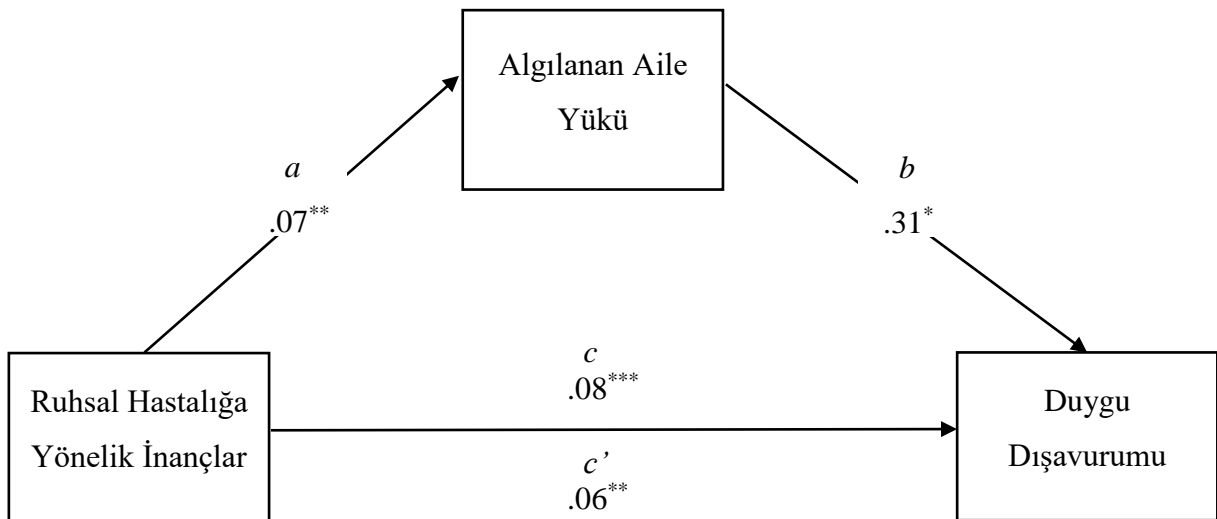
#### 3.2.1. Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Duygu Dışavurumu Arasındaki İlişkide Algılanan Aile Yükünün Aracı Etkisi

Hasta yakınının ruhsal hastalığa yönelik inançları, duygu dışavurumu ve algılanan aile yükü değişkenleri, aralarındaki korelasyonlar ve yürütülen regresyon analizi dikkate

alınarak analize dahil edilmiştir. Analiz sonuçları Tablo 3.6’da ve Şekil 3.1’de incelenebilir.

**Tablo 3.6.** Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar ve Duygu Dışavurumu Arasındaki İlişkide Algılanan Aile Yükünün Aracı Rolü

	Aracı Model Yolları	$\beta$	SE	t	p	%95 BCa Güven Aralığı	
						Düşük	Yüksek
<i>a</i>	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar → Algılanan Aile Yükü	.07	.02	3.40	.001	.03	.12
<i>b</i>	Algılanan Aile Yükü → Duygu Dışavurumu	.31	.12	2.55	.014	.07	.56
<i>c</i> ( <i>aracı yok</i> )	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar → Duygu Dışavurumu	.08	.02	4.37	.000	.05	.12
<i>c'</i> ( <i>aracı var</i> )	Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar → Duygu Dışavurumu	.06	.02	3.02	.004	.07	.56



**Şekil 3.1.** Ruhsal hastalığa Yönelik İnançlar ve Duygu Dışavurumu İlişkisinde Algılanan Aile Yükünün Aracı Rolü ve Standardize Beta Değerleri

\*\*\*p < .001, \*\*p < .01, \*p < .05



Tablo 3.5'te görüldüğü üzere ruhsal hastalığa yönelik inançların yordanan değişken olan duygu dışavurumu üzerinde doğrudan etkisi anlamlı bulunmuştur ( $\beta = .08$ ,  $t = 4.37$ ,  $p < .001$ ). Ayrıca ruhsal hastalığa yönelik inançların analize aracı değişken olarak giren algılanan aile yükü üzerinde doğrudan etkisi anlamlıdır ( $\beta = .07$ ,  $t = 3.40$ ,  $p < .01$ ). Aracı değişken olan algılanan aile yükünün yordanan değişken olan duygu dışavurumu üzerindeki etkilerine bakıldığında da doğrudan ve anlamlı bir etki görülmüştür ( $\beta = .31$ ,  $t = 2.55$ ,  $p < .05$ ).

Son adımda ise ruhsal hastalığa yönelik inançlar ile algılanan aracı değişken olan algılanan aile yükü denkleme eş zamanlı girdiklerinde ruhsal hastalığa yönelik inançlar ile duygu dışavurumu arasındaki ilişkide anlamlılık düzeyi düşmekte fakat ilişkinin hala anlamlı olduğu görülmektedir ( $\beta = .06$ ,  $t = 3.02$ ,  $p < .01$ ). Böylece ruhsal hastalığa yönelik inançlar ve duygu dışavurumu arasındaki ilişkide algılanan aile yükünün *kısmi aracılık* ettiği sonucuna varılmıştır. Tüm modelin anlamlı olduğu [ $F(2, 47) = 19.07$ ,  $p < .001$ ] ve varyansın %28'ini açıkladığı görülmüştür.

## BÖLÜM IV

### TARTIŞMA

Giriş bölümünde belirtildiği üzere mevcut araştırmanın iki ayrı örneklem grubu adına iki temel amacı vardır. Araştırma ilk olarak şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinde hasta yakınlarının psikopatolojiye/ruhsal hastalığa yönelik inançları, stresle başa çıkma tarzları, algılanan aile yükleri ve duygu dışavurumlarının rolü olup olmadığını görmek amacıyla yürütülmüştür. İkinci amacı ise hasta yakınlarının psikopatolojiye/ruhsal hastalığa yönelik inançları, stresle başa çıkma tarzları, algılanan aile yükleri ve duygu dışavurumları arasındaki ilişkileri incelemektir. Bu ilişkiler özellikle hasta yakınlarının hastalara yönelik tepkilerini içeren duygu dışavurumları üzerinde etkili olan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla ele alınmıştır. Mevcut bölümde bahsedilen amaçlar doğrultusunda elde edilen bulgular ilgili alanyazın ışığında tartışılmıştır. Ardından araştırma sonuçlarının klinik açıdan tartışılması, araştırmanın sınırlılıkları ve önerileri ele alınmıştır.

#### 4.1. Değişkenlerin Korelasyon Analizi Bulgularının Değerlendirilmesi

Yapılan korelasyon analizine göre şizofreni hastalarının yaşam nitelikleri ile hasta yakınlarının ruhsal inançlara yönelik inançları, stresle başa çıkma tarzları ve duygu dışavurumları arasında anlamlı ilişkilerin olmadığı görülmüştür. Bu bulgular hasta yakınlarından ölçüm alınan 4 değişkenin hastanın yaşam niteliğini yordayıp yordamadığına ilişkin yapılması amaçlanan hiyerarşik regresyon analizinin yürütülmesini engellemiştir. Ancak hastanın yaşam niteliğini oluşturan alt boyut öğelerine bakıldığında hasta yakınına ait bazı değişkenlerin alt boyutları ile anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Diğer değişkenlerin aksine algılanan aile yükü değişkeni ise hastanın yaşam niteliği ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur.

İlgili alanyazında şizofreni hastalarının yaşam niteliklerinde çoğunlukla demografik ve hastalıkla ilgili değişkenlerin belirleyiciliği üzerine araştırmalar mevcuttur (Browne ve ark., 1996; Hansson ve ark., 1999; Katschnig, 2000; Meltzer, Burnett, Bastani ve Ramirez, 1990). Ancak ülkemizde yapılan bir çalışma sonucunda hastaların psikososyal beceriler kazandığında yaşam niteliklerinin arttığı görülmüştür (Deveci ve ark., 2008). Yapılan bir

başka çalışma göstermiştir ki aile ile olan temasın sıklığı ve arkadaş ilişkileri gibi sosyal faktörler hastanın yaşam kalitesinin belirleyicileridir (Gaitte ve ark., 2002). Benzer biçimde sosyal faktörlerin hastanın yaşam kalitesi/niteliği üzerinde belirleyici olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur (Bengtsson-Tops ve Hansson, 1999; Lehman, 1983). Mevcut araştırmada bu bulguları destekler nitelikte anlamlı bir ilişki yalnızca yaşam niteliği ile algılanan aile yükü arasında çıkmıştır. Ayrıca duygu dışavurumunun yaşam niteliği ile olan ilişkisi sınırdadır kalmıştır. Araştırmada beklenen korelasyonların anlamlı olmaması örneklem kısıtlılığıyla ilişkili olabilir. Nitekim duygu dışavurumu ile yaşam niteliği arasındaki anlamlılığın sınırdadır kalması da bu açıdan değerlendirilebilir. Göz önünde bulundurulması gereken bir diğer nokta ise hasta yakınlarının öz değerlendirme (*self report*) yoluyla ölçek maddelerini cevaplandırmalarıdır. Bu iki önemli husus sınırlılıklar bölümünde araştırmacının gözlemleriyle beraber ayrıntılı ele alınmıştır.

Şizofreni hastalarının yaşam niteliği ile ilgili alanyazın çalışmalarına geri döndüğünde algılanan aile yükü düzeyi hasta yakınlarının hastalara yönelik davranışlarına etki etmektedir (Maurin ve Boyd, 1990). Hastalara yönelik davranışlara işaret eden temel kavramlardan biri ise duygu dışavurumdur (Barrowclough ve Hooley, 2003). Mevcut araştırmada duygu dışavurumunun yaşam niteliği ile ilişkisinin anlamlılık düzeyine çok yakın olması bu bağlamda değerlendirilebilir. Algılanan aile yükü doğrudan hasta yakının hastaya yönelik algıladığı duygusal, bilişsel ve davranışsal özellikleri ve bunlardan duyduğu rahatsızlık derecesini ölçmektedir (Levene ve ark., 1996; Arslantaş ve ark., 2010). Sonuçta insanların rahatsızlık duymaları bazı olumsuz duygulara işaret etmektedir. Duygular ise insanların uyaranlara tepki vermeleri için temel motivasyon kaynağı olmakla beraber (Thompson, 2010) davranışlarla karakterize bir kavramdır (Santrock, 2015). Bu nedenle algılanan aile yükü doğrudan bunu ölçmese de hasta yakınlarının olası tepkileri hakkında dolaylı yoldan bilgi edinmeye yardımcı olabilir. Hastaların yaşam nitelikleri ise kişilerarası ilişkileri, mesleki rolleri, ruhsal bulguları ve kişisel eşya ve faaliyetlerini ölçen düzeylerden oluşmaktadır. Mesleki rol, hasta çalışmasa da ev işlerindeki işlevselliği ile puanlanabilen bir boyuttur. Ölçeğin kişilerarası ilişkiler alt boyutunda ise özellikle kişinin aile ilişkilerini sorgulayan sorular mevcuttur (Soygür, 2000). Böylece özellikle çalışmayan ve çoğunlukla ailesiyle vakit geçiren hastaların hasta yakınları yüksek düzeyde yük algıladıklarında bunun yarattığı olumsuz duyguların tepkisel yansımaları kaçınılmazdır. Bu açıdan mevcut araştırmada algılanan aile yükü ve duygu dışavurumu arasındaki ilişkinin orta düzeyde

anlamli bulunmasi alanyazındaki bulgularla uyumludur (Arslantaş ve Adana, 2012; Jackson, Smith ve McGorry, 1990; Scazufca ve Kuipers, 1996; Zabala, Macdonald ve Treasure, 2009). Bahsedilen bu tepkilerin etkilerini ise yaşam niteliği ölçeğinin puanlanması için hastalarla yapılan yapılandırılmış görüşmelerde aile ilişkileri hakkında bilgi alınan sorularla gözlemek mümkündür. Nitekim mevcut araştırmada algılanan aile yükü ile hastanın yaşam niteliğinin kişilerarası ilişkiler boyutu arasında anlamlı bir ilişki vardır.

Algılanan aile yükü ile bir stresle başa çıkma tarzı olan sosyal destek arama boyutu arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişkinin görülmesi de alanyazınla uyumlu bir bulgudur; yapılan araştırmalar ailelerdeki yük ile sosyal desteğin ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Loukissa, 1995; Potaszniak ve Nelson, 1984; Thompson ve ark., 1993). Hasta yakınlarının aile yükü ve başa çıkma stratejilerine ilişkin bir senelik izleme çalışması sonuçlarına göre duygu odaklı başa çıkma tarzını daha az kullanan ve sosyal desteği yüksek ailelerin yüklerinin azaldığı görülmüştür (Magliano ve ark., 2000). Ayrıca hasta yakınlarındaki yükün, sosyal desteği yetersiz olanlar arasında anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Magliano ve ark., 2005).

Benzer biçimde mevcut araştırmada duygu dışavurum düzeyinin de duygu odaklı bir başa çıkma tarzı olan çaresiz ve kendini suçlayıcı yaklaşım ile ilişkili çıkması da alanyazınla uyumlu bir bulgudur. Yapılan bir çalışmada duygu dışavurum düzeyi yüksek ailelerin işlevsiz başa çıkma stratejileri olduklarına yönelik bir algıları olduğu görülmüştür. Ayrıca algıladıkları aile yükünün de yüksek olduğu saptanmıştır (Smith ve ark., 1993). Bu stresle başa çıkma tarzının özellikle duygu dışavurumunun eleştirel ve düşmanlık alt boyutu ile anlamlı çıkması, duygu odaklı başa çıkma stratejisi ile hastaya yönelik eleştirel tepkiler arasındaki ilişkiye işaret etmektedir.

Duygu dışavurumu ile arasında anlamlı ilişkiler çıkan bir diğer hasta yakınına ait değişken ise ruhsal hastalığa yönelik inançlardır. Araştırmada bu değişkenin çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma ile tehlikelilik alt boyutlarının da duygu dışavurumu ile ilişkili olduğu görülmüştür. Kişilerin ruhsal hastalığa yönelik inançları damgalama süreçlerine işaret etmektedir. Duygu dışavurumu da olumsuz duygusal tepkilerle karakterize bir kavram olarak özellikle düşmanlık ve eleştirel oluş alt boyutu hastaya yönelik eleştirel, reddedici, suçlayıcı, nefret içeren ve hastanın davranışlarından çok kişiliğine yönelik

olumsuz duygulara işaret eden bir boyuttur (Berksun, 1992). Nitekim damgalama da benzer biçimde reddedici, dışlayıcı, eleştirel ve olumsuz duyguları içeren bir süreçtir (Soygür ve Özalp, 2005).

Ruhsal hastalığa yönelik inançlarla aynı zamanda duygu odaklı başa çıkma tarzları olan çaresiz ve kendini suçlayıcı yaklaşım ile boyun eğici yaklaşım arasında anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Nihayetinde kalıpyargılar, kişilerin belirsizlikle başa çıkma ve dünyayı anlamlandırma sürecine ilişkindir (Göregenli, 2012). Bahsedilen süreçler yaşama dair genel bir anlayışa işaret etmektedir (Allport, 1954). Bu nedenle katı ve ayrımcı davranışlarla karakterize ön yargı ve kalıpyargılara sahip insanların kişilik özelliklerine yönelik araştırmalar mevcuttur (Göregenli, 2012). Benzer biçimde stres de organizma için belirsiz ve tehdit içeren durumlara işaret etmektedir (Baltaş, 1987). Kişinin bu zorlanmalarla karşı karşıya kaldığında benimseyeceği başa çıkma tarzları, kişiliğini oluşturan yapılar ile ilişkilidir (Jang, Thordarson, Stein, Cohan ve Taylor, 2007; Suls ve David, 1996; Şahin, Güler ve Basım, 2009; Vollrath, Torgersen ve Alnæs, 1995; Yurtsever, 2009). Bu nedenlerle suçlayıcı veya boyun eğici özellikte duygu odaklı bir başa çıkma tarzı benimseyen kişilerin algılama ve anlamlandırma süreçleri damgalayıcı inanç ve tutumlarla zıt olmayacaktır. Nitekim damgalama ile karakterize kişilerarası ilişkilerde kişilik özellikleri ve ideolojik açıdan dünya görüşlerinin etkisi olduğu görülmüştür (Crandall ve Cohen, 1994).

Araştırmada ruhsal hastalığa yönelik inançların yüksek olması aynı zamanda algılanan aile yükü düzeyinin yüksek olması ile ilişkilidir. Alanyazında bu ilişkiye yönelik doğrudan bir araştırma mevcut değildir. Ancak algılanan aile yükü belirtildiği üzere ailenin hastaya ait bilişsel, duygusal ve davranışsal özelliklerine yönelik olumsuz algılarının düzeyini belirlemektedir (Levene ve ark., 1996; Arslantaş ve ark., 2010). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar da genel olarak ruh hastalığı ve ruh hastalığına sahip bireylere yönelik inançlarla karakterize kişilerin olumsuz algılarının düzeyini ölçmektedir (Bilge ve çam, 2006; Hirai ve Clum, 2000). Bu nedenle ruhsal hastalığı olan kişilere yönelik yüksek düzeyde olumsuz inançların varlığı, böyle birinin aile üyesi olması ön koşuluyla ortaya çıkması muhtemel bir yük süreci ile ilişkili olabilir.

#### **4.2. Basit Doğrusal Regresyon Analizlerinin Değerlendirilmesi**

Daha önce açıklandığı üzere araştırmada beklenen bazı korelasyon bulgularının anlamsız çıkması nedeniyle hastaların yaşam niteliği ve ailedeki değişkenler arasında çoklu regresyon analizi yürütülemediği. Ancak hastaların yaşam niteliği ile ailenin algılanan yükü arasında korelasyonel bir ilişkiden daha fazlasının olabileceği bilgisiyle basit regresyon analizi yapılmış ve algılanan aile yükünün yaşam niteliğini yordadığı görülmüştür. Korelasyon analizi bulguları bölümünde de belirtildiği gibi yaşam niteliğinin kişilerarası alt boyutu aile ile olan ilişkilere yönelik sorular içermektedir. Bu bölümde hastanın aile ilişkilerini ailenin davranışlarını ve yaklaşımlarını tanımlayarak anlatabileceği sorular mevcuttur. Nitekim ailenin yükü davranışlarını etkilemektedir. Algılanan aile yükünün belirleyicilerini tespit etmek adına yapılan araştırmalar hastalığa ve semptomlara odaklanmıştır (Perlick ve ark., 2006). Fakat bu süreç karşılıklı etkileşimsel bir süreçtir (Arslantaş ve ark., 2010). Korelasyon analizi bulgularının tartışıldığı bir önceki bölümde daha ayrıntılı ele alındığı üzere görülmektedir ki ailede oluşan yükün tepkisel yansımaları hastayı etkileyebilmektedir. İlişkili biçimde hasta yakınlarının doğrudan tepkilerini ölçen duygu dışavurumunun eleştirel ve düşmanca oluş alt boyutunun hastaların yaşam niteliğindeki kişilerarası ilişkiler boyutu üzerinde yordayıcı etkisi olduğu gösterilmiştir. Ailenin negatif, kıyayıcı, reddedici ve eleştirici davranışlarının (Berkson, 1992) hastanın yaşam niteliğinde evdeki ilişkiler dahil olmak üzere kişilerarası ilişkilerini etkilemesi kaçınılmazdır. Nitekim bu tepkilerin hastalığın alevlenmesinde önemli bir yordayıcı olduğu konusunda alanyazında fikir birliği oluşmuştur (Berkson, 1992).

Son basit regresyon analizi sonucu ise çaresiz ve kendini suçlayıcı stresle başa çıkma tarzının ruhsal hastalığa yönelik inançlar üzerindeki yordayıcı etkisinin anlamlı çıkmasıdır. Benzer biçimde bir önceki bölümde belirtildiği üzere stresle başa çıkma tarzları ile kişinin ön yargı ve kalıpyargılar boyutundaki inançları bazı öznel süreçlerle ilişkilidir. Her iki süreç de kişilik özellikleri gibi daha temel ve geçmişe dayalı süreçlerle ilgili olsa da kişinin gruplara yönelik algıları ve inançlarının oluşması için bazı bilişsel becerilere ihtiyacı vardır. Böylece bilişsel gelişim evreleri nedeniyle bebeklikte damgalama davranışının gelişmesi mümkün değildir (Wadsworth, 1996). Oysaki duygu düzenleme ve stresle başa çıkma becerileri kazanma süreci bebeklikten itibaren başlamaktadır (Kopp, 2008). Nitekim damgalama giriş bölümünde de bahsedildiği üzere belirsizliğe karşı bir anlamlandırma sürecidir. Stres ise belirsizliği de içeren tüm tehdit durumlarına işaret etmektedir. Doğal

olarak kişinin stres kaynaklarıyla baş etme biçimleri daha temel alışkanlıklar olabilmekte ve inançlarını etkileyebilmektedir.

### **4.3. Duygu Dışavurumunu Yordayan Değişkenlere ve Aracı Modele İlişkin Bulguların Değerlendirilmesi**

Mevcut araştırmada hasta yakınlarının hastalara yönelik tepkilerini içeren bu kavramın belirleyicileri araştırılmış ve geçmiş çalışmalarla uyumlu olarak anlamlı bulgular elde edilmiştir (Arslantaş ve Adana, 2012; Boye ve ark, 1999; Smith ve ark., 1993). Ancak daha önce belirtildiği üzere alanyazında genel olarak duygu dışavurumu çalışmaları özellikle hastalığın nüks etmesi olmak üzere duygu dışavurumunun etkilerinin belirlenmesi üzerinden yürütülmüştür.

Mevcut araştırmada ruhsal hastalığa yönelik inançlar ve algılanan aile yükünün hastalara yönelik tepkileri içeren duygu dışavurum düzeyine etki ettiği görülmüştür. Bu etkinin incelenme sebebi en temel açıdan davranışsal süreçlerin bazı bilişsel ön süreçleri olacağı bilgisidir (Hupp, Reitman ve Jewell, 2008).

Duygu dışavurumu en başta ailede psikopatolojisi olan bir bireyin varlığı ön koşulu ile gözlenebilen bir kavramdır. Ancak hastalığın semptom ve etkilerinin önemi olmakla beraber tek başına duygu dışavurumu için sebep niteliğinde değildir. Nitekim bu etkiler hastayla ilişkilidir fakat belirtildiği üzere kişilerin tepkileri, dış etkenleri işleme süreci ile ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle mevcut araştırmada hasta yakınının duygu dışavurum düzeyini etkilemesi muhtemel etmenler yine hasta yakınına ait ölçümlerin alındığı değişkenlerdir. Böylece hasta yakınının hastaya yönelik tepkilerini içeren duygu dışavurum düzeyinin belirleyicileri yine hasta yakınının bilişsel süreçlerine işaret etmektedir. Bu noktada algılanan aile yükü hali hazırda duygu dışavurumuyla olan ilişkisi ortaya konmuş bir kavramdır. Ancak alanyazında damgalama davranışı toplum tarafından aile bireylerine yöneltilerek aile bireylerinde yarattığı stresle ilişkili biçimde duygu dışavurumunu etkilemektedir. Oysa damgalama içselleştirilebilen bir süreç olduğu gibi hasta yakınları tarafından da gösterilebilmektedir. Korelasyon bulgularının tartışıldığı bölümde ele alındığı üzere ruhsal hastalığa yönelik inançlar ve duygu dışavurumu arasında benzer temalar üzerinden bir ilişki görülmektedir. Fakat inançlar tepkileri belirlemektedir. Bu nedenle

duygu dışavurumunun yordayıcıları olarak ruhsal hastalıklara yönelik inançlar ve algılanan aile yükü değişkenleriyle regresyon analizi yürütülmüş ve anlamlı sonuçlar elde edilmiştir.

Alanyazında doğrudan mevcut araştırmadaki aracı değişken analizinin araştırıldığı çalışmalar bulunmamaktadır. Ancak bilinmektedir ki inançlar değişme potansiyeli olsa da kişi açısından daha temel ve geçmiş süreçleri içermektedir. Oysa algılanan aile yükü, psikopatolojisi olan bir birey ile yaşamının sonucu olarak ortaya çıkan bir kavramdır. Kişinin psikopatolojisi olan bir aile üyesi sebebiyle yaşadığı yük, hastalığa ve hastaya yönelik algılarıyla ilişkilidir. Hasta yakınının algılanan aile yükü düzeyi, hastanın davranış örüntülerinin aile tarafından nasıl değerlendirildiğine bağlı olarak belirlenmektedir (Levene ve ark., 1996). Kişinin algıları ise mizaç, geçmişten bugüne yaşadığı deneyimler, öğrenmeler ve ilişkili biçimde gelişen kişilik özellikleri gibi birçok öznel süreci içermektedir. Bu nedenle hasta yakınlarının hastaya yönelik algıları hastayla ilişkili özelliklerden etkilendiği gibi kendi içsel süreçleri ile de ilişkili olabilir. Nitekim ruhsal hastalığa yönelik inançlar kişilerin öznel ve bilişsel süreçleri ile ilişkilidir (Bilge ve Çam, 2006). Bu nedenle araştırmada ruhsal hastalığa yönelik inançlar ve duygu dışavurumu arasındaki ilişkide algılanan aile yükünün aracılık etkisi araştırılmış ve anlamlı olduğu görülmüştür. Bulgulara göre ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançları olan hasta yakınlarının algıladıkları aile yükü fazla olduğunda hastaya yönelik duygu dışavurum düzeyleri artabilmektedir.

Ruhsal hastalıklara yönelik olumsuz inançları yüksek olan hasta yakınları hastalığın doğası gereği hasta tarafından sergilenen uyum dışı davranış veya bilişleri bu inançlarına kanıt olarak gösteriyor olabilirler. Hastada görülen negatif veya pozitif belirtiler, hasta yakınının hastalığa yönelik olumsuz inançları fazla olduğunda benimsedikleri bu kalıpyargılar ile özdeşim kurmaları olasıdır. Böylece hastalığın seyri dışında sosyal bir sorun olarak da anlam kazanan damgalama düzeyi ile hastanın değerlendirilmesi, hasta yakınının yük algısını arttırıyor olabilir. Genel anlamda hastalığa ve hastaya yönelik olumsuz kalıpyargılar, algılanan yük düzeyinin artmasında rol oynuyor olabilir. Yük algısının artması hastanın davranışlarından rahatsızlık derecesinin yüksek olduğunu belirtmektedir. Böylece hastaya yönelik eleştirel/düşmancıl veya aşırı ilgili/müdahaleci nitelikteki tepkilerin arttığı söylenebilir. Nitekim yüksek düzeyde aile yükü algılayan hasta yakınlarının hastayı bu perspektiften değerlendirdiği ve hastaya yönelik tepkilerini içeren duygu dışavurum düzeylerinin de yüksek olduğu görülmüştür (Sczufca ve Kuipers, 1996). Aile yükü



halihazırda fiziksel, duygusal, maddi ve psikolojik etkileri ifade etmektedir. Üzüntü, utanç veya suçluluk gibi duyguları da içeren bu kavrama ilişkin yapılan araştırmalar hastalığın şiddeti, cinsiyet ve kültürel belirleyiciler gibi değişkenlerle ilişkili olduğunu ortaya koymuştur. Ayrıca hasta yakınlarının destek alması, bilgilendirilmesi ve tedavi planına dahil edilmesinin önemli olduğu vurgulanmıştır (Awad ve Voruganti, 2008).

Alanyazında etnik gruplarla yapılan çalışmalarda damgalamanın kişinin grupta yakın ve iş birliği içerisindeki teması ile azaldığına ilişkin çalışmalar mevcuttur (Pettigrew ve Tropp, 2006; 2008). Bahsedilen dışlayıcı ve damgalayıcı süreç fiziksel engel veya ruhsal hastalık gibi özellikler içeren gruplar için de geçerlidir ve bu kişiler sağlıklı olan grup tarafından damgalanmaktadır. Özellikle psikopatolojisi olan kişiler için toplumda ötekileştirilme ve damgalanma sürecinin geçmişi erken dönem tarihlere uzanmaktadır (Neuberg ve ark., 2000). Damgalama, yalnızca toplum tarafından değil aileler tarafından da işleyebilmektedir. Hastalar içselleştirilmiş damgalama yaşayabildiği gibi, aileleri de benzer bir süreci yaşayabilirler. Bu durum onlar için stres verici olmakta ve duygu dışavurum düzeylerini etkileyebilmektedir (Phillips ve ark., 2002). Ruhsal hastalığa yönelik inançlar tüm bu açılardan ele alındığında ailenin olumsuz yöndeki inançlarının hem bireysel destek hem de sürece ilişkin eğitimleri içeren tedavi planındaki rolü ile değişebileceği görülmektedir. Böylece yükü azalan ailenin hastaya yönelik olumsuz yöndeki tepkileri de azalabilir.

#### **4.4. Araştırma Sonuçları**

Şizofreni hem hasta hem de hasta yakınları için yoğun güçlükleri olan ağır bir psikiyatrik hastalıktır. Klinik psikolojinin müdahale alanlarından biri olmasına rağmen bu müdahalenin ve araştırmaların yeterli düzeyde olmaması hastalığın sağaltım sürecinde daha fazla etkenin belirlenmesini engelleyebilmektedir.

Mevcut araştırmada hastaların ve hasta yakınlarının etkileşimi psikopatolojik tanı ve belirtilerle etiketlenmeden başka psikolojik terimler ve süreçlerle açıklanmaya çalışılmıştır. Böylece hem hastalar hem de hasta yakınlarının ihtiyaçlarının belirlenmesi açısından yararlı bulgular elde edilmesi amaçlanmıştır. Bu açıdan ele alındığında hasta yakınlarının yüksek düzeyde algıladığı yük arttıkça hastanın yaşam niteliği düşmektedir. Ayrıca hastalığa yönelik olumsuz inançları yüksek olan hasta yakınlarının algıladıkları yük de yüksek

düzyeyde olduğunda hastaya y6nelik duygu dışavurumu d6zeyleri artmakta ve hastalara olumsuz tepkiler vermektedirler. Hastalığın n6ks etmesinde 6nemli bir belirleyici olarak kabul edilen duygu dışavurumu ve hastaya y6nelik olumsuz duyguların bilişsel y6n6n6 ifade eden y6k d6zeyi ile ilişkili etmenlerin incelenmesi, her iki grubun iyi oluşunda 6nemli rol oynayabilir. Araştırmada toplumsal inanç, 6nyargı ve kalıpyargıların da bu s6reçte rol oynadığının g6r6lmesi bireysel iyi oluş ve hastanın tedavi s6recinde hasta yakınlarının konumunun d6zenlenmesi açasından yararlı bir bulgu olabilir.

Araştırmanın hem hasta hem de hasta yakınlarının yaşadığı olumsuz s6reçlerin sosyal bileşenlerinin belirlenmesi için atılan adımlardan biri olabileceği d6ř6n6lmektedir. Hasta yakınlarının duygu dışavurum d6zeylerinde ruhsal hastalıklara y6nelik inançların etkisinin olması bu açıdan 6nemli bir bulgudur. B6ylece damgalamanın sosyoloji, sosyal psikoloji ve sosyal psikiyatrideki yeri g6z 6n6nde bulundurulduğunda disiplinlerarası s6reçlerin etkisi de g6r6lmektedir. Hastaların tedavi s6reçleri ve hasta yakınlarına sağlanan psikolojik desteğin çerçevesi bu alandaki çalışmalarla d6zenlenebilir.

#### **4.5. Araştırmanın Sınırlılıkları ve 6neriler**

Mevcut araştırmada g6z 6n6nde bulundurulması gereken bazı sınırlılıklar s6z konusudur. 6ncelikle 6rneklem grubunun en az 5 senedir psikotik bir pozukluk olan şizofreni tanısı almış bir grup ve yakın aile 6yelerinden oluşması ulaşılabilirlik açıdan ciddi sıkıntılıları beraberinde getirmektedir. Bu nedenle 6rneklem sayısı 50 hasta ve 50 hasta yakını olmak 6zere istatistiksel analizler adına yeterli sayıda olmayabilir. 6zellikle hem hastalarla hem de aynı hastaların aile 6yeleriyle g6r6şmek bu zorluğu pekiştirmiştir. Bu nedenle y6ntem b6l6m6nde belirtildiği 6zere g6r6şme yapılan birçok hastanın hasta yakınları; hasta yakınlarının da hastaları ile g6r6ř6lemediği için bu kişiler araştırmaya dahil edilmemiştir. Ayrıca g6r6şme yapılabilmesi için fiziksel koşullar gibi bazı engeller nedeniyle ev ziyaretlerine gidilmesi de zaman alan ve 6rneklem sayısını sınırlayan bir fakt6rd6r. B6ylece beklenen veya sınırdaki kalan korelasyonların çıkmamasında 6rneklem sayısının etkisi olabilir (Tabachnick ve Fidell, 2001).

Bir diğer 6nemli nokta ise araştırmada kullanılan 6l6m araçlarının 6z bildirim 6lekleri olmasıdır. Bu 6leklerde cevapların gerçekliğe uygun olmama ihtimali s6z konusudur. Katılımcılar farkında oldukları ya da olmadıkları birçok fakt6r6n etkisiyle

gerçekliğe uyum göstermeyen yanıtlar verebilirler. Bu noktada araştırmacının bazı gözlemleri mevcuttur. Örneklemin 50 kişi olmasının dezavantajına rağmen avantaja dönüştüğü nokta ise araştırmacının ayrıntılı gözlem yapabilme fırsatının olmasıdır. Hastalarla görüşme tarzında geçen veri toplama süreci hasta yakınları için ölçek doldurmayı içermektedir. Ancak özellikle yapılan ev ziyaretlerinin koşulları veya hasta yakınlarının yalnızca görüşme yapmak için Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne gelmeleri nedeniyle ölçekleri doldurmadan önceki bilgilendirme sürecinde araştırmacı ile konuşmalar mevcuttur. Hasta yakınlarının hastalarını anlatma eğilimleri sözel olarak yük, duygu dışavurumu ve başa çıkma gibi ölçek sorularına adeta cevap niteliğindedir. Ancak hasta yakınları ölçek maddelerini anlatımlarına uygun şekilde doldurmamakta ve olumsuz inançlarını, işlevsiz stresle başa çıkmalarını, hastaya yönelik algıladıkları yükü ve duygu dışavurumunu nispeten daha olumlu yansıtmaya eğilimde ölçekleri doldurmaktadır. Özellikle kendi kendine sorulara sesli cevap verip daha olumlu nitelikteki seçeneği işaretlemeleri gerektiğini belirten hasta yakınları olduğu gözlemlenmiştir. Ölçeğin gerçek düşünceleri ile doldurulması gerektiği ve doğru yanlış cevapların olmadığı özellikle defalarca anlatılsa da hasta yakınları farklı doldurduklarını inkar etmiş ve benzer biçimde cevaplandırmayı sürdürmüşlerdir. Bu noktada araştırmacı doğrudan duyduğu halde daha fazla müdahale edememiştir. Böylece en az 30 hasta yakını tarafından cevapların nispeten iyileştirilmiş biçimde doldurulduğu not edilmiştir. Örneklemin 50 kişi olduğu düşünüldüğünde yarısından fazlasının bahsedilen biçimde cevaplandırması nedeniyle öz bildirim göz önünde bulundurulması gereken bir sınırlılık olduğu düşünülmektedir. Ancak bu gözlem neticesinde hasta yakınlarının hastalarla ilişkilerini nispeten olumlu yansıtmaya eğilimi ayrıca araştırma konusu olabilir.

Özellikle hasta yakınlarının tedavi sürecindeki rollerinin önemine vurgu yapan modeller için klinik psikoloji alanında daha çok araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir. Hastaları semptomlardan ibaret görmemek adına onların kişilik özelliklerine ve başa çıkma tarzlarına odaklanan araştırmaların tedavi süreci için de faydalı olacağı belirtilmelidir. Bu açıdan hastalara duygu düzenleme veya başa çıkma becerileri gibi alanlarda müdahaleleri içeren süreçler klinik psikologlar tarafından yürütülebilir. Nitekim damgalama bile kendi başına hastalıktan bağımsız biçimde tüm insanlar için stres verici ve klinik psikoloji alanında başvuru sebebi niteliğindedir.

Hasta yakınlarının süreçte hem hastalara hem de kendi psikolojik iyi oluşlarına işlevsel biçimde yaklaşabilmeleri ve katkı sağlayabilmeleri adına olumsuz etkilerinin belirlenmesi gerektiği düşünülmekte; bu nedenle hasta üzerinde ailenin etkisini konu alan çalışmaların artması önerilmektedir. Böylece ilaç tedavisine ek olarak hastanın yaşama katılabilmesi adına engelleri ve ihtiyaçları belirlenerek yaşamının yeniden organize edilmesi açısından müdahale çalışmalarının önü açılmalıdır. Hastalığın doğası gereği yarattığı etkilerin, hasta bir birey olmanın yarattığı olumsuzlukların iyileştirilmesiyle azaltılabileceği düşünülmekte ve bu alandaki araştırmaların artırılması önerilmektedir.

## KAYNAKÇA

- Aldwin, C. M. ve Brustrom, J. (1997). Coping with chronic stress. *Theories of coping with chronic stress* içinde (s. 75-103). Boston: Springer.
- Antonak, R. F. ve Livneh, H. (1988). *The measurement of attitudes toward people with disabilities: Methods, psychometrics and scales*. Springfield: Charles C Thomas.
- Antonovsky, A. (1980). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey-Bash Publishers.
- Arkar, H. (1992). Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: deneyim ve psikopatoloji tipinin etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 3(4), 243-248.
- Arslantaş, H. ve Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.
- Arslantas, H., Adana, F., Dereboy, F., Altinyazar, V., İnal, S., Ildirli, G. S. ve Kirci, Ç. (2011). Algılanan aile yükü ölçeği'nin Türkçe sürümünün geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 48(1), 53-58.
- Arslantaş, H., Sevinçok, L., Uygur, B., Balcı, V. ve Adana, F. (2009). Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2(10), 3-10.
- Atkinson, M., Zibin, S. ve Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology. *American journal of psychiatry*, 154(1), 99-105.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162.
- Baltaş, A. Ve Baltaş, Z. (1987). *Başarılı ve sağlıklı olmak için stres ve başa çıkma yolları* (6. baskı). İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Barowclough, C. ve Tarrier, N. (1992). *Families of schizohrenic patients: Cognitive behavioural intervention*. Londra: Chapman&Hall.
- Barowclough, C. ve Hooley, J. M. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review*, 23(6), 849-880.
- Bellack, A. S. ve Mueser, K. T. (1993). Psychosocial treatment for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 19(2), 317-336.

- Bengtsson-Tops, A. ve Hansson, L. (1999). Subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. Relationship to clinical and social characteristics. *European Psychiatry*, 14(5), 256-263.
- Berenbaum, H. ve Fujita, F. (1994). Schizophrenia and personality: Exploring the boundaries and connections between vulnerability and outcome. *Journal of abnormal psychology*, 103(1), 148.
- Berksun, O. (1992). *Şizofrenide aile Faktörü: expressed emotion ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi*. (Uzmanlık tezi). Yükseköğretim Kurulu Dökümantasyon Merkezi'nden edinilmiştir. (Tez No. 22531).
- Berrios, G. E. (1985). Positive and negative symptoms and Jackson: a conceptual history. *Archives of General Psychiatry*, 42(1), 95-97.
- Bilge, A. (2006). *Ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği geçerlilik ve güvenilirlik çalışması* (Yayınlanmamış doktora tezi). Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Bobes, J. (2001). Current status of quality of life assessment in schizophrenic patients. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 251(2), 38-42.
- Bobes, J., Garcia-Portilla, M. P., Bascaran, M. T., Saiz, P. A. ve Bouzoño, M. (2007). Quality of life in schizophrenic patients. *Dialogues in clinical neuroscience*, 9(2), 215-226.
- Boye, B., Bentsen, H., Notland, T. H., Munkvold, O. G., Lersbryggen, A. B., Oskarsson, K. H., ... ve Malt, U. F. (1999). What predicts the course of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(1), 35-43.
- Boye, B., Bentsen, H., Ulstein, I., Notland, T. H., Lersbryggen, A., Lingjaerde, O. ve Malt, U. F. (2001). Relatives' distress and patients' symptoms and behaviours: a prospective study of patients with schizophrenia and their relatives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104(1), 42-50.
- Broderick, C. B. (1993). *Understanding family process: Basics of family systems theory* (1. baskı). Los Angeles: Sage.
- Brooker, C. (1990). Expressed emotion and psychosocial intervention: a review. *International journal of nursing studies*, 27(3), 267-276.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T. ve Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. *Br J Psychiatry*, 121(562), 241-258.

- Brown, G.W. (1985). The discovery of expressed emotion: induction or deduction?. *Expressed emotion in families* içinde (s. 7-25). New York: Guilford Press.
- Browne, S., Roe, M., Lane, A., Gervin, M., Morris, M., Kinsella, A., ... ve O'Callaghan, E. (1996). Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(2), 118-124.
- Çam, O. ve Bilge, A. (2013). Türkiye'de ruhsal hastalığa/hastaya yönelik inanç, tutum ve damgalama süreci: sistematik derleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 4(2), 91-101.
- Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal hastalığa sahip bireylerde damgalama süreci ve içselleştirilmiş damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 136-140.
- Canavan, J. (2000). The role of the family in schizophrenia. *Trinity student medical journal*, 1, 31-37.
- Caron, J., Lecomte, Y., Stip, E. ve Renaud, S. (2005). Predictors of quality of life in schizophrenia. *Community mental health journal*, 41(4), 399-417.
- Chien, W. T., Chan, S. W. ve Morrissey, J. (2007). The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia. *Journal of clinical nursing*, 16(6), 1151-1161.
- Clark, R., Anderson, N. B., Clark, V. R. ve Williams, D. R. (1999). Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. *American psychologist*, 54(10), 805.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological bulletin*, 101(3), 393.
- Corrigan, P. W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and behavioral practice*, 5(2), 201-222.
- Corrigan, P. W. ve Watson, A. C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World psychiatry*, 1(1), 16.
- Coyne, J. C., Aldwin, C. ve Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of abnormal psychology*, 90(5), 439.
- Crandall, C. S. (2000). Ideology and lay theories of stigma: The justification of stigmatization. *The social psychology of stigma*, 126-150.
- Crandall, C. S. ve Cohen, C. (1994). The personality of the stigmatizer: Cultural world view, conventionalism and self-esteem. *Journal of Research in Personality*, 28(4), 461-480.

- Creer, C. ve Wing, J. K. (1974). *Schizophrenia at home*. Surbiton: National Schizophrenia Fellowship.
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Rix, S., Meltzer, H. I. ve Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *The British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7.
- Deveci, A., Esen-Danaci, A., Yurtsever, F., Deniz, F. ve Gürlek-Yüksel, E. (2008). Şizofrenide psikososyal beceri eğitiminin belirti örüntüsü, içgörü, yaşam kalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(3), 266-273.
- Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö. ve Başeğmez, F. D. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 133-139.
- Domínguez-Martínez, T., Medina-Pradas, C., Kwapil, T. R. ve Barrantes-Vidal, N. (2017). Relatives' expressed emotion, distress and attributions in clinical high-risk and recent onset of psychosis. *Psychiatry research*, 247, 323-329.
- Duman, Z. Ç. ve Bademli, K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 78-94.
- Eskin, M., Harlak, H., Demirkıran, F. ve Dereboy, Ç. (2013). Algılanan stres ölçeğinin Türkçeye uyarlanması: güvenilirlik ve geçerlik analizi. *New/Yeni Symposium Journal*, 51(3), 132-140.
- Esmek, M. (2007). *Psikiyatri servisinde yatan şizofren hastaların yakınlarının sosyal destek ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmesi* (Yayınlanmamış doktora tezi). Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Falloon, I. R. ve Pederson, J. (1985). Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: the adjustment of the family unit. *The British Journal of Psychiatry*, 147(2), 156-163.
- Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of health and social behavior*, 21(3), 219-239.
- Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1985). If it changes it must be a process: study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of personality and social psychology*, 48(1), 150-170.
- Folkman, S. ve Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology*, 54(3), 466-475.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J. ve DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*, 50(3), 571.



- Gaite, L., Vázquez-Barquero, J. L., Borra, C., Ballesteros, J., Schene, A., Welcher, B. ve Herran, A. (2002). Quality of life in patients with schizophrenia in five European countries: the EPSILON study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(4), 283-292.
- Gibbons, J. S., Horn, S. H., Powell, J. M. ve Gibbons, J. L. (1984). Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit. *The British Journal of Psychiatry*, 144(1), 70-77.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on a spoiled identity*. New York: Simon & Schuster.
- González-Salvador, M. T., Arango, C., Lyketsos, C. G. ve Barba, A. C. (1999). The stress and psychological morbidity of the Alzheimer patient caregiver. *International journal of geriatric psychiatry*, 14(9), 701-710.
- Göregenli, M. (2012). Temel kavramlar: önyargı, kalıpyargı ve ayrımcılık. *Ayrımcılık çok boyutlu yaklaşımlar* (1. baskı) içinde (s. 17-29). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Gortmaker, S. L., Eckenrode, J. ve Gore, S. (1982). Stress and the utilization of health services: A time series and cross-sectional analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(1), 25-38.
- Gottlieb, B. H. (1997). Conceptual and measurement issues in the study of coping with chronic stress. *Coping with chronic stress* (1. baskı) içinde (s. 3-40). Boston: Springer.
- Grad, J. ve Sainsbury, P. (1963). Mental illness and the family. *The Lancet*, 281(7280), 544-547.
- Graham, H. (1994) *Stresi Kendi Yararınıza Kullanın* (M. Sağlam ve T. Tezcan, Çev). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Grandón, P., Jenaro, C. ve Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: Burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158(3), 335-343.
- Greenley, J. R. (1986). Social control and expressed emotion. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(1), 24-30.
- Grunberg, N. E. ve Straub, R. O. (1992). The role of gender and taste class in the effects of stress on eating. *Health Psychology*, 11(2), 97.
- Hansson, L., Middelboe, T., Merinder, L., Bjarnason, O., Bengtsson-Tops, A., Nilsson, L., ... ve Vinding, H. (1999). Predictors of subjective quality of life in schizophrenic patients living in the community. A Nordic multicentre study. *International Journal of Social Psychiatry*, 45(4), 247-258.

- Hanzawa, S., Bae, J. K., Tanaka, H., Bae, Y. J., Tanaka, G., Inadomi, H. ve Ohta, Y. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 64(4), 377-386.
- Hanzawa, S., Tanaka, G., Inadomi, H., Urata, M. ve Ohta, Y. (2008). Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 62(3), 256-263.
- Heinrichs, D. W., Hanlon, T. E. ve Carpenter Jr, W. T. (1984). The quality of life scale: an instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophrenia bulletin*, 10(3), 388-398.
- Hinshaw, S. P. (2005). The stigmatization of mental illness in children and parents: Developmental issues, family concerns, and research needs. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(7), 714-734.
- Hirai, M. ve Clum, G. A. (2000). Development, reliability, and validity of the beliefs toward mental illness scale. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(3), 221-236.
- Hoenig, J. ve Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International journal of social psychiatry*, 12(3), 165-176.
- Hoenig, J. ve Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International journal of social psychiatry*, 12(3), 165-176.
- Holahan, C. J. ve Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of personality and social psychology*, 52(5), 946.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352.
- Hooley, J. M. ve Gotlib, I. H. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied and Preventive Psychology*, 9(3), 135-151.
- Hupp, S. D., Reitman, D. ve Jewell, J. D. (2008). Cognitive behavioral theory. *Handbook of clinical psychology* (2. baskı) içinde (s. 263-287). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Ivancevich, J. M. ve Matteson, M. T. (1980) *Stress and work: A managerial perspective*. Glenview: Pearson Scott Foresman.
- Jackson, H. J., Smith, N. ve McGorry, P. (1990). Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: an exploratory study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(3), 243-249.

- Jang, K. L., Thordarson, D. S., Stein, M. B., Cohan, S. L. ve Taylor, S. (2007). Coping styles and personality: A biometric analysis. *Anxiety, Stress, & Coping*, 20(1), 17-24.
- Jenkins, J. H. ve Schumacher, J. G. (1999). Family burden of schizophrenia and depressive illness: specifying the effects of ethnicity, gender and social ecology. *The British Journal of Psychiatry*, 174(1), 31-38.
- Kaplan, H. I. ve Sadock, B. J. (1998). *Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry* (8<sup>th</sup> ed.). Baltimore, MD, ABD: Williams ve Wilkins Co.
- Karanci, A. N. ve Inandilar, H. (2002). Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(2), 80-88.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P. ve Nehra, R. (2013). Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian journal of psychiatry*, 6(5), 380-388.
- Katschnig, H. (2000). Schizophrenia and quality of life. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(407), 33-37.
- Kavanagh, D. J. (1992). Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 160(5), 601-620.
- Koeske, G. F., Kirk, S. A. ve Koeske, R. D. (1993). Coping with job stress: Which strategies work best?. *Journal of occupational and organizational psychology*, 66(4), 319-335.
- Kuipers, E., Bebbington, P. ve Barrowclough, B. (2005). Research on burden and coping strategies in families of people with mental disorders: problems and perspectives. *Families and mental disorders: From burden to empowerment* içinde (s.217-234). İngiltere: Wiley Publishers.
- Kuipers, L. (1992). Expressed emotion in 1991. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27(1), 1-3.
- Kuipers, L. (1992). Expressed emotion research in Europe. *British Journal of Clinical Psychology*, 31(4), 429-443.
- Kuipers, L. (1993). Family burden in schizophrenia: implications for services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(5), 207-210.
- Kurzban, R. ve Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological bulletin*, 127(2), 187.

- Lamb, H. R. ve Oliphant, E. (1978). Schizophrenia through the eyes of families. *Psychiatric Services*, 29(12), 803-806.
- Lazarus, R. S. (1991). Progress on a cognitive-motivational-relational theory of emotion. *American psychologist*, 46(8), 819-834.
- Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual review of psychology*, 44(1), 1-22.
- Lecavalier, L., Leone, S. ve Wiltz, J. (2006). The impact of behaviour problems on caregiver stress in young people with autism spectrum disorders. *Journal of Intellectual Disability Research*, 50(3), 172-183.
- Lefley, H. P. (1987a). The family's response to mental illness in a relative. *New directions for mental health services*, 1987(34), 3-21.
- Lefley, H. P. (1987b). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. *Psychiatric Services*, 38(10), 1063-1070.
- Lefley, H. P. (1989). Family burden and family stigma in major mental illness. *American Psychologist*, 44(3), 556-560.
- Lehman, A. F. (1983). The well-being of chronic mental patients: Assessing their quality of life. *Archives of general psychiatry*, 40(4), 369-373.
- Lehman, A. F. (1988). A quality of life interview for the chronically mentally ill. *Evaluation and program planning*, 11(1), 51-62.
- Levene, J. E., Lancee, W. J. ve Seeman, M. V. (1996). The perceived family burden scale: measurement and validation. *Schizophrenia research*, 22(2), 151-157.
- Lewis, J. M., Beavers, W. R., Gossett, J. T. ve Phillips, V. A. (1976). *No single thread: Psychological health in family systems*. Oxford, İngiltere: Brunner/Mazel.
- Link, B. G. (1987). Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations of rejection. *American Sociological Review*, 52(1), 96-112.
- Link, B. G. ve Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing stigma. *Annual review of Sociology*, 27(1), 363-385.
- Loukissa, D. A. (1995). Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. *Journal of advanced nursing*, 21(2), 248-255.
- Lowyck, B., De Hert, M., Peeters, E., Wampers, M., Gilis, P. ve Peuskens, J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 19(7), 395-401.

- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R. ve Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature reviews neuroscience*, 10(6), 434.
- Maeng, S. (2016). Factors of caregiver burden and quality of life in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 19(48), 197-197.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Held, T., Xavier, M., Guarneri, M. ve Maj, M. (2000). Family burden and coping strategies in schizophrenia: 1-year follow-up data from the BIOMED I study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 35(3), 109-115.
- Magliano, L., Fadden, G., Fiorillo, A., Malangone, C., Sorrentino, D., Robinson, A. ve Maj, M. (1999). Family burden and coping strategies in schizophrenia: are key relatives really different to other relatives?. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99(1), 10-15.
- Magliano, L., Fadden, G., Madianos, M., de Almeida, J. C., Held, T., Guarneri, M. ve Maj, M. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED I study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33(9), 405-412.
- Magliano, L., Fiorillo, A., De Rosa, C., Maj, M. ve National Mental Health Project Working Group. (2006). Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 60-63.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T. ve Palma-Crespo, A. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*, 4(1), 45.
- Martens, L. ve Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(3), 128-133.
- Martens, L. ve Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 36(3), 128-133.
- Maurin, J. T., ve Boyd, C. B. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99-107.

- McEwen, B. S. (1998). Protective and damaging effects of stress mediators. *New England journal of medicine*, 338(3), 171-179.
- McFarlane, W. R., Dixon, L., Lukens, E. ve Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *Journal of marital and family therapy*, 29(2), 223-245.
- Meise, U., Sulzenbacher, H., Kemmler, G., Schmid, R., Roessler, W. ve Guenther, V. (2000). "... not dangerous, but nevertheless frightening". A program against stigmatization of schizophrenia in schools. *Psychiatrische Praxis*, 27(7), 340-346.
- Meltzer, H. Y. (1985). Dopamine and negative symptoms in schizophrenia: critique of the type I-II hypothesis. *Controversies in schizophrenia: changes and constancies* (1. baskı) içinde (s. 110-136). New York: Guilford Press.
- Meltzer, H. Y., Burnett, S., Bastani, B. ve Ramirez, L. F. (1990). Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Psychiatric Services*, 41(8), 892-897.
- Miller, C. T. ve Kaiser, C. R. (2001). A theoretical perspective on coping with stigma. *Journal of social issues*, 57(1), 73-92.
- Mintz, L. I., Liberman, R. P., Miklowitz, D. J. ve Mintz, J. (1987). Expressed emotion: A call for partnership among relatives, patients, and professionals. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 227-235.
- Neuberg, S. L., Smith, D. M. ve Asher, T. (2000). Why people stigmatize: Toward a biocultural framework. *The social psychology of stigma*, 31-61.
- Nørholm, V. ve Bech, P. (2006). Quality of life in schizophrenic patients: association with depressive symptoms. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 32-37.
- O'Brien, T. B. ve DeLongis, A. (1997). Coping with chronic stress. *Coping with chronic stress*. (1. Baskı) içinde (s. 161-190). Boston: Springer.
- Özlü, A., Yıldız, M. ve Aker, T. (2010). Şizofreni hastalarına bakım verenlerde travma sonrası gelişim ve ilişkili etkenler *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(2), 89-94.
- Pearlin, L. I. (1991). The study of coping. *The social context of coping*. (1. baskı) içinde (s. 261-276). Boston: Springer.
- Penn, D. L., Guynan, K., Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P. ve Sullivan, M. (1994). Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best?. *Schizophrenia bulletin*, 20(3), 567-578.

- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Kaczynski, R., Swartz, M. S., Cañive, J. M. ve Lieberman, J. A. (2006). Special section on CATIE baseline data: components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatric services*, 57(8), 1117-1125.
- Pettigrew, T. F. ve Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 751-783.
- Pettigrew, T. F. ve Tropp, L. R. (2008). How does intergroup contact reduce prejudice? Meta-analytic tests of three mediators. *European Journal of Social Psychology*, 38, 922-934.
- Phares, E. J. (1988). *Introduction to Personality*. (2. baskı). Glenview: Pearson Scott Foresman.
- Phelan, J. C., Bromet, E. J. ve Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia bulletin*, 24(1), 115-126.
- Phillips, M. R., Pearson, V., Li, F., Xu, M. ve Yang, L. (2002). Stigma and expressed emotion: a study of people with schizophrenia and their family members in China. *The British Journal of Psychiatry*, 181(6), 488-493.
- Phlean, J. C., Bromet, E. J. ve Link, B. G. (1998). Psychiatric illness and family stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 24(1), 115-126.
- Piefke, M. ve Glienke, K. (2017). The effects of stress on prospective memory: A systematic review. *Psychology & Neuroscience*, 10(3), 345-362.
- Pinquart, M. ve Sörensen, S. (2003). Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: a meta-analysis. *Psychology and aging*, 18(2), 250-267.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W. ve Engel, R. R. (2015). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia: a meta-analysis. *Focus*, 2(1), 78-94.
- Polat, A., Üçok, A., Genç, A. ve Aksüt, D. (2000). *Ruhsal hastalığı olan kişilerin ailelerinde stigma*. (Poster). 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi Poster Bildirileri, Antalya.
- Potaszniak, H. ve Nelson, G. (1984). Stress and social support: The burden experienced by the family of a mentally ill person. *American Journal of Community Psychology*, 12(5), 589-607.
- Pratt, C. C., Schmall, V. L., Wright, S. ve Cleland, M. (1985). Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients. *Family relations*, 34(1), 27-33.

- Provencher, H. L. ve Mueser, K. T. (1997). Positive and negative symptom behaviors and caregiver burden in the relatives of persons with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 26(1), 71-80.
- Read, J. ve Dillon, J. (2013). The invention of 'schizophrenia': Kraepelin and Bleuler. *Models of madness*. (2. baskı) içinde (s. 46-59). London: Routledge.
- Reine, G., Lancon, C., Simeoni, M. C., Duplan, S. ve Auquier, P. (2003). Caregiver burden in relatives of persons with schizophrenia: an overview of measure instruments. *L'encéphale*, 29(2), 137-147.
- Ritsher, J. B., Otilingam, P. G. ve Grajales, M. (2003). Internalized stigma of mental illness: psychometric properties of a new measure. *Psychiatry research*, 121(1), 31-49.
- Rosenbloom, M. (2002). Chlorpromazine and the psychopharmacologic revolution. *JAMA*, 287(14), 1860-1861.
- Roth, S. ve Cohen, L. J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American psychologist*, 41(7), 813-819.
- Rüsch, N., Angermeyer, M. C. ve Corrigan, P. W. (2005). Mental illness stigma: concepts, consequences, and initiatives to reduce stigma. *European psychiatry*, 20(8), 529-539.
- Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Ögel, K. ve Tamar, D. (2001). Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 12(2), 99-110.
- Sağduyu, A., Aker, T., Özmen, E., Uğuz, Ş., Ögel, K. ve Tamar, D. (2003). Şizofrenisi olan hastaların yakınlarının şizofreniye yönelik tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 14(3), 203-212.
- Şahin, N. H. (2009). Stres nedir? Ne değildir? *Stresle başa çıkma yolları: olumlu bir yaklaşım*. (4. baskı) içinde (s. 1-15). Ankara: Türk psikologlar derneği yayınları.
- Şahin, N. H. ve Durak, A. (1995). Stresle baş etme tarzları ölçeği: Üniversite öğrencileri için uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 56-73.
- Şahin, N. H., Güler, M. ve Basım, H. N. (2009). A tipi kişilik örüntüsünde bilişsel ve duygusal zekânın stresle başa çıkma ve stres belirtileri ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3), 243-254.
- Santrock, J. W. (2015). *Yaşam boyu gelişim: Gelişim Psikolojisi: Life-span development*. (13. baskı). (G. Yüksel, Çev.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.



- Scazufca, M. ve Kuipers, E. (1996). Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia. *The British journal of psychiatry*, 168(5), 580-587.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K. ve Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1257-1264.
- Schene, A. H. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25(6), 289-297.
- Schnur, D. B., Friedman, S., Dorman, M. ve ark. (1986) Assessing the family environment of schizophrenic patients with multiple hospital admissions. *Hospital and Community Psychiatry*, 37(3), 249- 252.
- Schulz, R. ve Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Journal of Social Work Education*, 44(3), 105-113.
- Seaton, E. K., Upton, R., Gilbert, A. ve Volpe, V. (2014). A moderated mediation model: Racial discrimination, coping strategies, and racial identity among Black adolescents. *Child development*, 85(3), 882-890.
- Seeman, M. V. (1988). The family and schizophrenia. *Human Medicine*, 4(2), 96-100.
- Sellwood, W., Tarrrier, N., Quinn, J. ve Barrowclough, C. (2003). The family and compliance in schizophrenia: the influence of clinical variables, relatives' knowledge and expressed emotion. *Psychol Med*, 33(1), 91-6.
- Skantze, K., Malm, U. L. F., Dencker, S. J., May, P. R. ve Corrigan, P. (1992). Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic out-patients. *The British Journal of Psychiatry*, 161(6), 797-801.
- Skantze, K., Malm, U., Dencker, S. J. ve May, P. R. (1990). Quality of life in schizophrenia. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 44(1), 71-75.
- Smith, J., Birchwood, M., Cochrane, R. ve George, S. (1993). The needs of high and low expressed emotion families: a normative approach. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 28(1), 11-16.
- Snyder, S. H., Kety, S. S. ve Goldstein, M. J. (1982). What is schizophrenia?. *Schizophrenia Bulletin*, 8(4), 595-602.
- Somech, A. ve Drach-Zahavy, A. (2007). Strategies for coping with work-family conflict: The distinctive relationships of gender role ideology. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(1), 1-19.

- Soygür, H. (2003). Şizofreni ve yaşam niteliği. *Klinik Psikiyatri*, 6(Ek: 1), 9-14.
- Soygür, H. ve Özalp, E. (2005). Şizofreni ve damgalanma sorunu. *Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 1(12), 74-80.
- Soygür, H., Aybaş, M., Hınçal, G., ve Aydemir, Ç. (2000). Şizofreni hastaları için yaşam niteliği ölçeği: Güvenirlilik ve yapısal geçerlik çalışması. *Düşünen Adam, Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 13(4), 204-210.
- Spiegel, D. ve Wissler, T. (1986). Family environment as a predictor of psychiatric rehospitalization. *Am J Psychiatry*, 143(1), 56-60.
- Star, S. A. (1955, Kasım). *The public's ideas about mental illness*. Annual Meeting of the National Association for Mental Health, Indianapolis, ABD.
- Stueve, A., Vine, P. ve Struening, E. L. (1997). Perceived burden among caregivers of adults with serious mental illness: Comparison of Black, Hispanic, and White families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(2), 199-209.
- Suls, J. ve David, J. P. (1996). Coping and personality: Third time's the charm?. *Journal of Personality*, 64(4), 993-1005.
- Sungur, M. Z., Güner, P., Üstün, B., Soygür, H. ve Çetin, İ. (2008). Şizofrenide optimal tedavi: Randomize, kontrollü, uzunlamasına bir çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(1), 27-32
- Tabachnick, B. G. ve Fidell, L. S. (2007) *Using multivariate statistics* (5. baskı). Boston: Allyn & Bacon/Pearson Education.
- Taşkın, E. O., Şen, F. S., Aydemir, Ö., Demet, M. M., Özmen, E. ve İçelli, İ. (2002). Türkiye'de kırsal bir bölgede yaşayan halkın şizofreniye ilişkin tutumları. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(3), 205-214.
- Tel, H. ve Terakye, G. (2000). Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 1(3), 133-142.
- Tel, H., Saraç, B., Günaydın, Y., Medik, K. ve Doğan, S. (2010). Psikiyatrik hastalık tanıli hastaların primer bakım vericilerinin sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 1(3), 103-107.
- Thompson Jr, E. H., Futterman, A. M., Gallagher-Thompson, D., Rose, J. M. ve Lovett, S. B. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. *Journal of Gerontology*, 48(5), 245-254.

- Thompson, R. A. (2010). Feeling and understanding through the prism of relationships. *Child Development at the Intersection of Emotion and Cognition*. (1. baskı) içinde (s.79-95). Washington: American Psychological Association.
- Toseland, R. W., McCallion, P., Smith, T., Huck, S., Bourgeois, P. ve Garstka, T. A. (2001). Health education groups for caregivers in an HMO. *Journal of clinical psychology*, 57(4), 551-570.
- Tüzer, V., Kısa, C., Aydemir, Ç., Ak, E. ve Göka, E. (2010). Şizofreni hastaları ve yakınlarının öznel yaşam kalitesini yordayan faktörler: Bir izlem çalışması. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 47(4), 292-296.
- Tuzer, V., Zincir, S., Basterzi, A. D., Aydemir, C., Kısa, C. ve Goka, E. (2003). Sizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu disavurumunun değerlendirilmesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6(4), 198-203.
- Üçok, A. (2007). *Şizofreni Nedir?*, <https://www.e-psikiyatri.com/Sizofreni-nedir-706>.
- Vollrath, M., Torgersen, S. ve Alnæs, R. (1995). Personality as long-term predictor of coping. *Personality and individual differences*, 18(1), 117-125.
- Wadsworth, B. J. (1996). *Piaget's theory of cognitive and affective development: Foundations of constructivism* (5. baskı). New York: Longman.
- Webb, C., Pfeiffer, M., Mueser, K. T., Gladis, M., Mensch, E., DeGirolamo, J. ve Levinson, D. F. (1998). Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill: The role of coping style and social support. *Schizophrenia research*, 34(3), 169-180.
- Wheaton, B. (1997). The nature of chronic stress. *Coping with chronic stress*. (1. baskı) içinde (s. 43-73). Boston: Springer.
- Yurtsever, H. (2009). *Kişilik özelliklerinin stres düzeyine etkisi ve stresle başa çıkma yolları: Üniversite öğrencileri üzerine bir araştırma*. (Yayınlanmamış doktora tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Zabala, M. J., Macdonald, P. ve Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17(5), 338-349.

## EKLER

### EK 1: AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

**Şizofreni hastalarının yaşam nitelikleri, yakın aile üyelerinin psikopatolojiye yönelik inançları, stresle başa çıkma tarzları, algılanan aile yükleri ve duygu dışavurumları arasındaki ilişkilerin incelenmesi**

Sayın gönüllü,

Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Tezi kapsamında yürütmüş olduğum yukarıda adı yazılı araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmanın amacı şizofrenisi olan bireyler ile en çok vakit geçiren ve gerektiğinde ihtiyaçlarının çoğunu karşılama sorumluluğunu üstlenen yakın aile üyesinin bazı özellikleri ile şizofreniye sahip bireyin yaşam niteliği arasındaki ilişkileri incelemektir.

Araştırmaya katılma koşullarında şizofreniye sahip bireyler için en az 5 senedir kronik şizofreni hastası olmak, ilaç tedavisini hiç bırakmamış olmak, 25-55 yaş arasında olmak, zeka ile ilişkili ağır zihinsel bir hastalığa ek olarak bakım gerektiren ek bir tıbbi hastalığa sahip olmamak koşulları mevcuttur. Hasta yakınları ise en az beş senedir hasta ile birlikte yaşayan, her hafta hastayla vakit geçiren, zeka ile ilişkili veya ilişkili olmayan ağır zihinsel bir hastalığı olmayan bir aile bireyi olmalıdır.

Araştırmada hasta yakını konumundaki katılımcılar 4 adet ölçek dolduracaktır. Ölçekleri doldurmak toplam yarım saat ile kırk dakika arası bir süre alacaktır. Şizofrenisi olan bireylerle ise yaklaşık bir saatlik bir görüşme yapılacaktır.

Bu araştırmada yer almak tümüyle sizin isteğinize bağlıdır. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır.

Bilgilendirme metnini okudum, katılmayı kabul ediyorum.

Tarih:

Katılımcının adı/soyadı:

## EK 2: DEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

Adınız soyadınız:

Hastanızın adı soyadı:

Yaşınız:

Hastanızın yaşı:

Eğitim düzeyiniz: İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Lisansüstü

Hastanızın eğitim düzeyi: İlkokul  Ortaokul  Lise  Üniversite  Lisansüstü

Mesleğiniz:

Hastanızın mesleği:

Ailenizin toplam gelir düzeyi:

Hasta ile yakınlık dereceniz:

İlaç kullanımı: Düzenli  Kısmen Düzenli  Düzensiz

Hastalığın süresi:

İlaç dışında hasta psikoterapi alıyor mu: Evet  Hayır

Siz psikoterapi alıyor musunuz: Evet  Hayır

### EK 3: RUH HASTALIĞINA YÖNELİK İNANÇLAR ÖLÇEĞİ

#### RHYİÖ

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

#### Ölçek Değerlendirmesi:

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



0 1 2 3 4 5

	0 (-)	1	2	3	4	5 (+)
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						

	0 (-)	1	2	3	4	5 (+)
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						

	0 (-)	1	2	3	4	5 (+)
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						



	<b>0</b> (-)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b> (+)
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

## EK 4: STRESLE BAŞA ÇIKMA TARZLARI ÖLÇEĞİ

### SBÖ

Bu ölçek kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle baş etmek için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek bu sıkıntılarımızla başa çıkmak için genellikle neler yaptığınızı hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına işaret koyun.

Bir sıkıntım olduğunda...	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem				
2- İyimser olmaya çalışırım				
3- Bir mucize olmasını beklerim				
4- Olayları büyütmeyip üzerinde durmaya çalışırım				
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm				
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım				

	%0	%30	%70	%100
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissediyorum				
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım				
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem				
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendime bulurum				
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam				
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım				
13- İş olacağına varır diye düşünüyorum				
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunu için uğraşırım				
15- Problemin çözümü için adak adarım				
16- Herşeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum				
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım				
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım				

	%0	%30	%70	%100
19- Herşeyin istediğim gibi olmayacağına inanırım				
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım				
21- Mücadeleden vazgeçerim				
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm				
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım				
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim				
25- “Keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm				
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissedirim.				
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm				
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm				
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım.				
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır.				

## EK 5: ALGILANAN AİLE YÜKÜ ÖLÇEĞİ

A BÖLÜMÜ: İlk önce aşağıda verilen davranışların hasta yakınınızda olup olmadığını belirtiniz. Bunun için eğer verilen bir davranış yakınınızda gözlemliyorsanız A bölümündeki davranışların karşısına şu şekilde bir (X) işareti koyarak yanıtlayınız. Eğer bu davranış yakınınızda gözlemlemiyorsanız A bölümündeki davranışın karşısındaki yeri boş bırakınız. (A bölümü )

B BÖLÜMÜ: İkinci olarak yakınınızda gözlemlediğiniz davranışın son bir ay içinde sizi ne kadar rahatsız ettiğini B sütunundaki uygun seçeneklerden birinin içine (X) işareti koyarak belirtiniz. Eğer bu davranış yakınınızda gözlemlemiyorsanız B sütununu boş bırakınız. (B bölümü)

		<u>A BÖLÜMÜ</u> Bu davranış şu anda varsa (X) işareti koyun	<u>B BÖLÜMÜ</u> Bu davranışın sizi ne kadar rahatsız ettiğini (X) işareti koyarak belirtin				
			Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla	Bilmiyorum
1	Korkulu görünüyor						
2	Üzgün görünüyor						
3	Neşesiz görünüyor						
4	İlaçlarını almıyor						

			Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla	Bilmiyorum
5	Yardımlı reddediyor						
6	Yemeğini reddediyor						
7	Yüksek sesle konuşuyor						
8	Bağırıp çağırıyor						
9	Yataktan çıkmıyor						
10	Çok az konuşuyor						
11	Pasaklı görünüşü var						
12	Saçma sapan konuşuyor						
13	İntihar edecekmiş hissi veriyor						

			Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla	Bilmiyorum
14	Bir şeylerden şüphe etmiş görünüyor						
15	Küfür ediyor						
16	Şiddet kullanacakmış hissi veriyor						
17	Bir şeyleri /eşyaları fırlatıyor						
18	İnsanlara rahat vermiyor						
19	Başkalarını suçluyor						
20	Kendine zarar veriyor						
21	Olur olmaz gülüyor						

			Hiç	Biraz	Oldukça	Çok fazla	Bilmiyorum
22	İlaçlarını kafasına göre kullanıyor						
23	Dolanıp duruyor						
24	Çok fazla sigara içiyor						



## EK 6: DUYGU DIŞAVURUMU ÖLÇEĞİ

### DDÖ

**AÇIKLAMA:** Aşağıda yakını olduğunuz hasta ile aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumların size uygun olup olmadığını belirtmek üzere doğru ise (D)'nin üstünü, yanlış ise (Y)'nin üstünü işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

1.Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
2.Onun hasta olduğuna inanmıyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
3.Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
4.Benim için onun istekleri, diğer aile üyelerinin isteklerinden daha önemli.	<b>D</b>	<b>Y</b>
5.Onunla ilgili her şeyi, kendine ait özel meselelerini bile araştırıp öğrenmeye çalışıyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
6.Onun varlığı beni deli ediyor.	<b>D</b>	<b>Y</b>
7.Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye.	<b>D</b>	<b>Y</b>
8.Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
9.Ona sık sık öğüt veriyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
10.Onunla uyuşamıyoruz.	<b>D</b>	<b>Y</b>
11.Bıraktım artık ne hali varsa görsün.	<b>D</b>	<b>Y</b>
12.Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>

13.Ona kırılıyor, güceniyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
14.Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim.	<b>D</b>	<b>Y</b>
15.Onun üstüne titrerim.	<b>D</b>	<b>Y</b>
16.Onunla birlikteyken başka bir şeyle ilgilenmiyorum, ilgim sürekli onun üstünde oluyor.	<b>D</b>	<b>Y</b>
17.O benim hayatımı yaşamama engel oluyor.	<b>D</b>	<b>Y</b>
18.O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi hissediyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
19.Onun yaptığı işleri beğenmiyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
20.Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve ona bunu söylüyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
21.Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
22.Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
23.Onun her şeyiyle ben ilgileniyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
24. “Ondan ah bir kurtulsam!” diye düşündüğüm oluyor.	<b>D</b>	<b>Y</b>
25.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
26.Onun kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
27.Hastaneye yatması beni perişan ediyor,ondan ayrılmaya hiç dayanamıyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
28.Biz birbirimize benziyoruz.	<b>D</b>	<b>Y</b>
29.Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
30.Onunla iyi anlaşıyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>

31.Aklım fikrim hep onda başka hiç bir şey düşünemiyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
32.Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
33.Ondan uzak kalmak istiyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
34.Başıma bir sürü dert açıyor.	<b>D</b>	<b>Y</b>
35.O olmasa bütün işler yoluna girecek.	<b>D</b>	<b>Y</b>
36.Bir zorlukla karşılaştığımda bu zorlukla başa çıkabiliyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
37.Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor.	<b>D</b>	<b>Y</b>
38.Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmak için uğraşırım.	<b>D</b>	<b>Y</b>
39.Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla konuşmaya, sohbet etmeye çalışırım.	<b>D</b>	<b>Y</b>
40.Onun, hastalığını abarttığını düşünüyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>
41.Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum.	<b>D</b>	<b>Y</b>

## EK 7: ŞİZOFRENİ HASTALARI İÇİN YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ

### Şizofreni Hastaları İçin YAŞAM NİTELİĞİ ÖLÇEĞİ Değerlendirme Formu

Hastanın adı soyadı :

Tarih:

Görüşmecinin adı soyadı:

1-EVDEKİ İLİŞKİLER	0	1	2	3	4	5	6
2-ARKADAŞLIK İLİŞKİLERİ	0	1	2	3	4	5	6
3-TANIDIK EDİNEBİLME	0	1	2	3	4	5	6
4-SOSYAL AKTİVİTELER	0	1	2	3	4	5	6
5-SOSYAL BAĞLAR	0	1	2	3	4	5	6
6-GİRİŞKENLİK	0	1	2	3	4	5	6
7-TOPLUMDAN UZAKLAŞMA	0	1	2	3	4	5	6
8-KARŞI CİNSLE İLİŞKİLER	0	1	2	3	4	5	6
9-MESLEKİ ROLE UYUM	0	1	2	3	4	5	6
10-BAŞARI	0	1	2	3	4	5	6
11-POTANSİYELİNİ KULLANABİLME	0	1	2	3	4	5	6
12- MESLEKİ DOYUM	0	1	2	3	4	5	6
13-AMAÇ EDİNEBİLME	0	1	2	3	4	5	6
14-MOTİVASYON	0	1	2	3	4	5	6
15-ÇEVREYE İLĞİ	0	1	2	3	4	5	6

<b>16-ANHEDONİ</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>17-ZAMAN KULLANIMI</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>18-KİŞİSEL EŞYALAR</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>19-GÜNLÜK FAALİYETLER</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>20-EŞDUYUM</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>21-GÖRÜŞMECİ İLE ETKİLEŞİM</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>

<b>I-KİŞİLER ARASI İLİŞKİLER (1-8)</b>	: .....
<b>II-MESLEKİ ROL (9-12)</b>	: .....
<b>III-RUHSAL BULGULAR (13-17,-20-21)</b>	: .....
<b>IV-KİŞİSEL EŞYA/FAALİYET (18,19)</b>	: .....
<b>TOPLAM</b>	: .....

## 1-EVDE BİRLİKTE YAŞADIĞI KİŞİLERLE İLİŞKİLER

Bu madde, kişinin evde birlikte yaşadığı kişilerle/ailesiyle yakın ilişkilerini değerlendirmek üzere düzenlenmiştir. Yakın ilişkiler, karşılıklı bakım ve paylaşımı da içerir.

### ÖNERİLEN SORULAR

Evde birlikte yaşadığınız kişiler arasında özellikle yakın olduklarınız var mı?

Bu kişilere kişisel konularınızı açar mısınız?

Bu kişilerle ne sıklıkta konuşuyorsunuz?

Bu kişilerle olan ilişkilerinizi anlatır mısınız?

Birlikte neler yapıyorsunuz?

Evde bulunduğunuz zamanlarda vaktinizin çoğunu yalnız mı yoksa evdeki diğer kişilerle birlikte mi geçiriyorsunuz?

## DEĞERLENDİRME

0- Gerçek anlamda bir yakınlık yok

1-

2-Yalnızca seyrek olarak yakın etkileşim var

3-

4-Bir ölçüde istikrarlı sayılabilecek yakın etkileşimler var, ancak yoğunluğu ya da düzeyi düşük; veya düzensiz ve tutarsız olarak gerçekleşiyor

5-

6-Evde birlikte yaşadığı kişilerle olan yakın ilişkilere yeterli katılım gösteriyor

.....  
.....

9-Eğer kişi yalnız yaşıyorsa ve yakınında hiçbir aile üyesi yoksa, burayı işaretleyiniz

## 2-ARKADAŞLIK İLİŞKİLERİ

Bu madde kişinin evde birlikte yaşadığı kişiler ya da aile üyeleri **dışındaki** kişilerle kurduğu yakın ilişkileri değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Yakın ilişkiler karşılıklı bakım ve paylaşımı da içerir. Kişinin ruh sağlığı çalışanları ile kurduğu ilişkiler kapsam dışıdır.

## ÖNERİLEN SORULAR

Aileniz ya da birlikte yaşadığınız kişiler dışında özellikle yakın olduğunuz arkadaşlarınız var mı?

Bu kişilere kişisel konularınızı açar mısınız?

Kaç arkadaşınız var?

Bu kişilerle telefonla veya yüz yüze ne sıklıkta görüşüyorsunuz?

Arkadaşlarınızla olan ilişkilerinizi anlatır mısınız?

Arkadaşlarınız kişisel konularının sizinle konuşurlar mı?

## DEĞERLENDİRME

0-Gerçek anlamda yakın bir arkadaşlık ilişkisi yok

1-

2-Yalnızca seyrek olarak yakın ilişkiler var

3-

4-Bir ölçüde istikrarlı sayılabilecek yakın ilişkiler var, ancak yoğunluğu ya da düzeyi düşük; veya düzensiz ve tutarsız olarak gerçekleşiyor

5-

6-Birden fazla kişiyle yakın ilişkilere yeterli katılım var



### 3-TANIDIK EDİNEBİLME

Bu madde, bir önceki maddede söz edilen duygusal yatırım olmaksızın kişinin bir biçimde ilgi gösterdiği/hoşlandığı veya ortak faaliyet ve ilgi alanlarını paylaştığı kişilerle olan ilişkilerini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Evde birlikte yaşadığı kişiler ve ruh sağlığı çalışanları ile olan ilişkiler kapsam dışıdır.

#### ÖNERİLEN SORULAR

Yakın arkadaşlarınızdan başka, birlikte faaliyette bulunmaktan ya da çeşitli ilgi alanlarını paylaşmaktan hoşlandığınız kişiler var mı?

Kaç kişi var?

Bu kişilerle ne sıklıkta bir araya geliyorsunuz?

Birlikte neler yapıyorsunuz?

Üyesi olduğunuz bir kulüp veya dernek var mı? Düzenli olarak katıldığınız bir faaliyet alanınız var mı?

İş arkadaşlarınızla iş dışında temaslarınız oluyor mu? Örneğin, birlikte öğle yemeğine çıkar mısınız ya da iş çıkışı bir şeyler yapar mısınız?

## DEĞERLENDİRME

0-Gerçek anlamda bir tanıdıklık bağı kuramıyor

1-

2-Az sayıda kişiyle ve yalnızca seyrek olarak temas kurabiliyor

3-

4-Kurabildiği ve halen sürdürmekte olduğu bazı tanıdıklıklar olsa da, bu ilişkilerde paylaşılan etkinlikler oldukça sınırlı ve dar kapsamlı

5-

6-Yeterli düzeyde tanıdık edinebiliyor ve ilişkiyi sürdürüyor

## 4-SOSYAL AKTİVİTELER

Bu madde, eğlenmek, hoş vakit geçirmek amacıyla diğer insanlarla birlikte gerçekleştirilen faaliyetlere katılım düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. İş, okul gibi esas olarak başka amaçlara hizmet eden faaliyetler ve psikoterapi kapsam dışıdır.

## ÖNERİLEN SORULAR

Eğlenmek, hoş vakit geçirmek amacıyla, diğer insanlarla bir araya geliyor musunuz? Bu tür faaliyetlere ne sıklıkta katılıyorsunuz?

Bu faaliyetler hakkında biraz bilgi verir misiniz?

Düzenli olarak katıldığınız sosyal aktiviteler var mı?

## DEĞERLENDİRME

0-Gerçek anlamda bir sosyal aktivite yok

1-

2-Sosyal aktivitelere seyrek olarak katılım gösteriyor, ancak bu katılım düzenli bir tarzda değil ya da kişinin ailesi veya birlikte yaşadığı kişilerle sınırlı

3-

4- Sıklık veya çeşitlilik yönünden az olmakla birlikte, bazı düzenli faaliyetlere katılıyor

5-

6-Yeterli düzeyde sosyal aktivitede bulunuyor

## 5-SOSYAL BAĞLAR

Bu madde, kişiyle ilgilenen, onun esenliği için kaygı duyan ya da faaliyetleri hakkında bilgi sahibi olan insanlardan oluşan sosyal bağlarının ne düzeyde olduğunu değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Ruh sağlığı çalışanları ile kurulan sosyal bağlar kapsam dışıdır.

### ÖNERİLEN SORULAR

Sizinle ilgilenen, mutluluğunuzu ve sağlığınızı düşünen, esenliğiniz için kaygı duyan insanlar var mı?

Kaç kişi?

Bu kişiler bu ilgilerini nasıl ifade ediyorlar?

Hayatınızda önemli ve heyecan verici bir olay olsaydı, kiminle bağlantı kurardınız ya da kime haber verirdiniz?

Beslenme, ulaşım, günlük yaşamla ilgili pratik sorunlar gibi günlük konularda size duygusal olarak destek veren ya da yardımcı olan insanlar var mı?

Başınıza herhangi bir şey gelse, yardım için başvurabileceğiniz veya güvenebileceğiniz insanlar var mı?

## DEĞERLENDİRME

0-Gerçek anlamda bir sosyal bağ yok

1-

2-Hastanın sosyal bağları çok az sayıda ya da düzeydedir ve/veya yakın aile üyeleriyle sınırlıdır

3-

4-Sosyal bağları bir ölçüde mevcut olsa da, sayı veya düzey olarak az

5-

6-Hem nicelik hem nitelik yönünden yeterli düzeyde sosyal bağ mevcut

## 6-GİRİŞKENLİK

Bu madde kişinin toplumsal etkileşimlerini yönlendirmede aktif olma düzeyini değerlendirmek için hazırlanmıştır (etkileşimin türünü, düzeyini, kiminle olduğunu saptayınız).

### **ÖNERİLEN SORULAR**

İnsanlarla bir şeyler yapmak sözkonusu olduğunda, genellikle teklif sizden mi yoksa onlardan mı gelir?

Arkadaşlarınızla bir araya geldiğinizde ne yapılacağına kim karar verir?

Eğlenmek ya da hoş vakit geçirmek için bir fikriniz olduğunda, diğer insanları davet etmek zor geldiği için, bazen bu fırsatı kaçırdığınız oluyor mu?

İnsanları telefonla arar mısınız? İnsanları arayıp görüşme isteğiniz oluyor mu?

Eğlenmek, hoş vakit geçirmek istediğinizde, yalnız olmayı mı yoksa başkalarıyla birlikte olmayı mı tercih ediyorsunuz?

### **DEĞERLENDİRME**

0-Sosyal faaliyetlerin gerçekleşmesi hemen hemen tümüyle diğer insanların girişkenliği ile mümkün oluyor

1-

2-Kişi ara sıra girişkenlik davranışları gösterse de, genel olarak sosyal edilginliği nedeniyle sosyal yaşamında belirgin bir fakirleşme sözkonusu; veya girişkenliği sadece yakın aile üyeleriyle sınırlı

3-

4-Girişkenliği yeterli düzeyde olmasa da, bu durum kişinin sosyal aktiviteleri üzerinde çok az düzeyde olumsuz sonuçlara neden oluyor

5-

6-Yeterli düzeyde girişken

## 7-TOPLUMDAN UZAKLAŞMA

Bu madde, kişinin rahatsızlığı ya da ilgisizliğine bağlı olarak, sosyal etkileşimlerden aktif olarak kaçınma, uzaklaşma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

### ÖNERİLEN SORULAR

İnsanlarla ilişkide bulunmak sizin için rahatsız edici oluyor mu?

Başka insanlar size birlikte bir şeyler yapmayı teklif ettiklerinde reddettiğiniz oluyor mu? Böyle bir teklif gelse, reddeder miydiniz?

Yapacak hiç bir işiniz olmadığında dahi, bu tür teklifleri reddettiğiniz oluyor mu?

Sadece başka insanlarla ilişki kurmayı gerektiriyor diye, önemli işlerinizi yapmaktan kaçındığınız oluyor mu?

Telefonlara yanıt vermekten kaçındığınız oluyor mu?

Bu tür davranışlarınızın yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

İnsanlarla yalnızca istediğiniz birşeyi başarmada onların yardımına ihtiyaç duyduğunuz için mi ilişki kuruyorsunuz?

Yalnızlığı, evde tek başına kalmayı tercih ettiğiniz olur mu? Ne sıklıkta?

## DEĞERLENDİRME

0-Gerçek anlamda sosyal ilişkilerden aktif olarak kaçınıyor

1-

2-Kendi amaçları için çok az sosyal ilişki kurmakla birlikte, temel ihtiyaçlarını karşılayacak ölçüde sosyal temaslara giriyor; veya içe kapanma durumu sadece yakın aile üyeleri ile olan ilişkilerinde mevcut değil

3-

4-Bazı doyum verici ve eğlendirici sosyal uğraşları olsa da, bunlar kaçınmaya bağlı olarak azalmış durumda

5-

6-Toplumdan uzaklaşma eğilimi taşıdığını gösteren hiçbir bulgu yok

## 8-KARŞI CİNSLE İLİŞKİLER\*

Bu madde, kişinin karşı cinsinden olan kişilerle, olgun-yakın bir ilişki kurabilme ve doyum verici cinsel yaşam kapasitesini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

\*Bu maddenin yazılış mantığı, kişinin karşı cinse ilgi duyan bir tercihe sahip olduğunu varsaymaktadır. Kişinin sürekli ve tutarlı bir eşcinsel tercihinin açıkça saptandığı durumlarda, tarzınızı bu duruma uygun olarak düzenleyiniz ve aynı kapasiteleri kişinin durumuna uygun olarak değerlendiriniz.



## **ÖNERİLEN SORULAR**

### **BEKARLAR İÇİN;**

Katıldığınız toplumsal faaliyetlerde kadınlar da (erkekler de) oluyor mu?

Karşı cinsten kaçındığınız ya da onlarla ilişki kurmayı çok fazla rahatsız edici bulduğunuz oluyor mu?

Karşı cinsten birisi ile randevulaşıp buluştuğunuz oluyor mu?

Kız (erkek) arkadaşınız oldu mu? Kaç kişi? Ne düzeyde?

Bu ilişkiler hakkında biraz bilgi verebilir misiniz? Bu ilişki sizin için doyum verici miydi? Duygusal olarak bu ilişkiye ne ölçüde katıldığınızı düşünüyorsunuz?

Hiç aşık oldunuz mu?

Cinsel ilişkiniz oldu mu? İlişkinizin yeterince doyum verici olduğunu düşünüyor musunuz?

Karşı cinsten bir arkadaşınıza sarılmak, öpmek gibi sevginin bedensel ifadelerini gösterdiğiniz oluyor mu?

### **EVLİLER İÇİN;**

Evliliğiniz nasıl gidiyor?

Eşinizle neler paylaşıyorsunuz? Eşinizle neler konuşuyorsunuz?

Onunla kişisel duygu ve düşüncelerinizi paylaşıyor musunuz?

Kavga ettiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?

Eşinize sarılmak, öpmek gibi sevginin bedensel ifadelerini gösteriyor musunuz?

Cinsel yaşamınızı yeterince doyum verici buluyor musunuz?

Kendinizi, eşinize ne ölçüde yakın hissediyorsunuz?

## DEĞERLENDİRME

0-Karşı cinse karşı hiç bir ilgi yok veya aktif olarak kaçınma mevcut

1-

2-Karşı cinsle ancak aşağıdaki sınırlılıklar içinde olabilen temaslar mevcut;

- . duygusal katılım olmaksızın sadece bedensel rahatlama sağlayan cinsel aktivite
- . ilişkide ciddi ve sürekli kesintiler var
- . doyumsuzluk ve duygusal karmaşa egemen

3-

4-Tam olmasa da yakınlık ve duygusal yatırım içeren ilişkileri oluyor. Bu ilişkilerin doyum verici yanı ağır basıyor ve ilişkide bazı cinsel davranışlar ve sevginin bedensel ifadeleri mümkün olabiliyor

5-

6-Genellikle doyum verici ve duygusal yönden zengin, yakın ve uyumlu cinsel davranışlar gösteriyor

## 9-MESLEKİ ROLE UYUM

Bu madde, kişinin ne kadar iyi ya da ne kadar eksiksiz şekilde başarılı olduğuna bakılmaksızın, girişimde bulunduğu işteki rolüne uyum düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Evde çalışanlar (ev hanımları gibi) için, kişinin üstlendiği sorumlulukların, çalışan normal yeterlikte bir insanın üstlendiği sorumluluklarla karşılaştırıldığında tam gün bir işi ya da bir kısmını ne ölçüde yansıtıp yansıtmadığını düşününüz. Eğer değerlendirilen kişi işsiz ise, uygun iş arama aktivitesi için harcanan zamanı dikkate alınız.

## **ÖNERİLEN SORULAR**

Bir işiniz var mı?

Bu işte haftada kaç saat çalışıyorsunuz?

İşinize ek olarak okula gidiyor musunuz?

İşinizin dışında, çocuklarınıza bakmak veya ev işleri gibi ek sorumluluklar üstleniyor musunuz?

## **ÖĞRENCİLER İÇİN;**

Ne tür bir eğitim programına devam ediyorsunuz?

Kaç ders alıyorsunuz?

Okulda haftada kaç saatiniz geçiyor?

Okulun yanısıra çalışıyor musunuz? Okul dışında çocuk bakmak veya ev işleri gibi ek sorumluluklar üstleniyor musunuz?

## **EVDE ÇALIŞANLAR İÇİN;**

Evinizin ve ailenizin bakımına ne ölçüde katılıyorsunuz?

Evde üstlendiğiniz sorumluluklar nelerdir?

Çocuk yetiştiriyor musunuz?

Evdeki diğer kişiler bu konularda size ne ölçüde yardımcı oluyor?

## DEĞERLENDİRME

0-Gerçek anlamda bir mesleki rol uyumu yok

1-

2-Yarım günden az

3-

4-Yarım günden fazla, tam günden az

5-

6-Tam gün

## 10-BAŞARI

Bu madde, kişinin girişimde bulunmayı tercih ettiği belirli bir rolü yerine getirmedeki başarı ve başarıyla sona erdirmeye düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

## ÖNERİLEN SORULAR

Kişiye maaşı, maaş zamları, işinin zorlayıcılığı ve sorumluluğu, işverenden gelen övgü ve yergiler, iş arkadaşlarıyla olan etkileşimin yeterliliği, işine devamsızlık yapıp yapmadığı, terfiler veya iş kariyerinde bir gerileme olup olmadığı yönünde sorular sorunuz.

### ÖĞRENCİLER İÇİN;

Okulu, sınıfı, ders programının zorluğu, öğretmenlerden gelen övgü ve eleştiriler, sınıf arkadaşlarıyla olan etkileşiminin yeterliliği, okula devam durumu, verilen ev ödevlerine karşı tutumu, ve ders programının dışındaki aktiviteleri konusunda sorular sorunuz.

### EVDE ÇALIŞANLAR İÇİN;

Yemek pişirmek, alışveriş yapmak, bulaşık yıkamak, temizlik yapmak, toz almak, çamaşır yıkamak, evin bütçesini idare etmek, çocukların bakımı ve duygusal ihtiyaçlarını karşılamak gibi yapılması gereken görevlerin yeterli performansta yapılıp yapılmadığı konusunda sorular sorunuz. Bunlara ek olarak ev idaresi, çocuk yetiştirilmesi konularında, aile üyelerinden kişiye yönelik övgü ve eleştirilere ilişkin sorular da sorabilirsiniz.

## DEĞERLENDİRME

0-Tercih ettiği rolün işlevlerini yerine getirme girişiminde bulunamıyor veya girişimde bulursa da sürdüremeyecek kadar yetersiz bir performans gösteriyor

1-

2-Oldukça düşük bir başarı düzeyini güçlükle sürdürmeye ancak yetecek bir performans gösteriyor

3-

4-Genel olarak yeterli sayılabilecek başarı düzeyi

5-

6-Tercih ettiği rolün işlevlerini çok iyi bir biçimde yürütüyor; sürekli ve tutarlı bir başarı grafiği gösteriyor

## 11-POTANSİYELİNİ KULLANABİLME BECERİSİ

Bu madde, kişinin mesleki rolünde gerçekleştirdiği uyum ve başarının, sahip olduğu potansiyel ve fırsatlardan yararlanmayı ne ölçüde yansıttığını değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Kişinin yetenekleri, bedensel engelleri, eğitim düzeyi, ekonomik, toplumsal ve kültürel etkenleri göz önünde bulundurunuz. Kişinin potansiyeline değer biçmede, herhangi bir ruhsal hastalık ya da kişilik bozukluğunu doğrudan yansıtan sınırlılıkları dikkate almayınız.

## ÖNERİLEN SORULAR

Bu madde, çok yönlü bir karar sürecini gerektirmektedir. Kişinin yetenekleri ve elindeki fırsatları ortaya koymak için gerekli olan açılımları ve kolaylıkları sağlayacak herhangi bir soruyu sorabilirsiniz.

## DEĞERLENDİRME

0-Potansiyelini gerçekleştirmede hemen hemen tam bir başarısızlık

1-

2-Yeteneklerinin belirgin olarak altında kalan bir işte çalışıyor; veya işsiz ancak aktif olarak iş arıyor

3-

4- Kapasitesinin bir miktar altında bir işte çalışıyor

5-

6-Mesleki role uyumu ve başarısı, kişinin yetenekleri ve elindeki fırsatlarla orantılı

## 12-MESLEKİ DOYUM

Bu madde, kişinin seçtiği mesleki rolde gösterdiği performansı, işini yaparken ne ölçüde rahat ve sıkıntısız olduğunu ve bu işten doyum sağlama düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

## ÖNERİLEN SORULAR

İşinizi ya da okulunuzu seviyor musunuz?

Başka bir işle uğraşmayı tercih eder miydiniz?

Yaptığınız iş size haz veriyor mu? İşinizin yeterince doyum verici olduğunu düşünüyor musunuz?

İşiniz ya da okulunuz kendinizi iyi hissetmenizi sağlıyor mu?

İşinize istekle gidiyor musunuz?

## DEĞERLENDİRME

0-Yaygın bir mesleki doyumsuzluk ve mutsuzluk

1-

2-Tümüyle mesleki doyumsuzluk yaşamasa da seçtiği mesleki rol hiç bir olumlu haz duygusu sağlamıyor Can sıkıntısı eşlik ediyor

3-

4-Mesleki rolünde çok az hoşnutsuzluk duyuyor; ya da hoşnutsuzluğu yok fakat işinden aldığı zevk sınırlı

5-

6-Bazı yakınmaları olsa da, oldukça tutarlı ve düzenli bir mesleki doyum mevcut; yaptığı işten haz alıyor

\* Hasta hiç bir mesleki rol işlevi göstermiyorsa bu madde uygulanabilir değildir

### 13-AMAÇ EDİNEBİLME

Bu madde kişinin yaşamı için gerçekçi, bütünleşmiş amaçlar ortaya koyma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

#### ÖNERİLEN SORULAR

Sizin için yaşamı yaşanmaya değer kılan şey nedir?

Geleceğe ilişkin olarak düşündüğünüz oluyor mu?

Kendiniz için saptadığınız amaçlarınız var mı?

Önümüzdeki bir kaç ay yaşamınızın nasıl geçeceğini umuyorsunuz?

Önümüzdeki bir yıl için, özel yaşamınız ya da işinizle ilgili olarak ne tür planlarınız var?



## DEĞERLENDİRME

0-Hiç bir planı yok ya da planları varsa da bunlar garip, sanrısız veya büyük ölçüde gerçek dışı

1-

2-Geleceğe ilişkin planları var, ancak bunlar müphem, anlaşılmaz ve gerçeği ancak bir ölçüde yansıtır; planlar birbirleriyle bütünleştirilmesi bakımından yetersiz veya kişinin yaşamı için pek az önem taşıyor

3-

4-Yaklaşık bir yıllık bir zaman dilimi için gerçekçi ve açık seçik planları var, ancak bunlar uzun vadeli yaşam planına az derecede entegre edilebiliyor

5-

6-Hem kısa hem de uzun vadede gerçekçi, açık seçik ve bütünleştirilmiş planlar

## 14-MOTİVASYON

Bu madde, kişinin yeterli bir güdülenmeyle, amaca yönelik bir aktiviteyi ne ölçüde başlattığı yada sürdürebildiğini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır.

### ÖNERİLEN SORULAR

Amaçlarınızı ne ölçüde gerçekleştirebiliyorsunuz?

Son zamanlarda üzerinde çalıştığınız veya başarı ile tamamladığınız şeyler nelerdir?

Herhangi bir alanda yapmayı düşündüğünüz ancak bir yolunu bulamadığınız için yapamamış olduğunuz görevler/işler var mı?

Bunun gibi, sadece çözüm yolunu bulamadığımızdan ötürü bir işi yapamamış olma yaşantısının günlük aktivitelerinize zarar verdiği oldu mu?

Motivasyon düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?

Kendinizi gayretli, enerjik ve istekli hissediyor musunuz?

Tek düze-yavan bir yaşama saplanıp kalma eğiliminde olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Bazı şeyleri erteleme eğiliminde oldunuz mu?

Bazı şeyleri başarmak için kendinizi bunaltı içinde hissettiğiniz oldu mu?

## DEĞERLENDİRME

0-Motivasyon eksikliği nedeniyle temel günlük yaşamı belirgin olarak zarar görüyor

1-

2-Yaşamın sürdürülmesi için gerekli temel ihtiyaçlarını karşılayabiliyor, ancak herhangi bir alanda ilerleme, gelişme ya da başarı gösteremiyor

3-

4-Yaşamındaki günlük ihtiyaçları karşılayabiliyor ve bazı yeni başarılar sağlayabiliyor, ancak motivasyon eksikliği bazı alanlarda belirgin bir başarı kaybına neden oluyor

5-

6-Motivasyon eksikliği yok

## 15-ÇEVREYE İLĞİ

Bu madde, kişinin çevresiyle ilgili olma ve anlamadığı şeyleri sorma, araştırma düzeyini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Değerlendirme yapılırken sanrı ve varsanılar gibi psikozdan kaynaklanan durumlara karşı gösterilen ilgi, kapsam dışında tutulmalıdır. Ancak psikoza bağlı olarak gelişen düşüncelerle patolojik olarak ilgilenme halinin gerçek çevreye olan ilgiyi sınırlıyabileceğini göz önünde tutunuz.

## **ÖNERİLEN SORULAR**

Hakkında daha çok şey bilmek istediğiniz ya da daha iyi anlamak istediğiniz konular oluyor mu? Ne sıklıkta oluyor?

Bunlar ne tür konular?

Bir konuda daha fazla bilgi edinmek için çaba gösterdiğiniz oldu mu? Bunun için neler yapıyorsunuz? Girişim tarzınızla ilgili olarak bilgi verebilir misiniz?

Gazete okuyor musunuz?

Televizyon, radyo izliyor musunuz?

Güncel olaylar, haberler ya da sporla ilgili konulara, yayınlara ilgi duyuyor musunuz?

Çevrenizde olan bitenlere gösterdiğiniz ilgi açısından kendinizi nasıl değerlendiriyorsunuz?

## DEĞERLENDİRME

0-Yeni konular veya olaylara çok az merak ya da ilgi duyuyor

1-

2-Nadiren de olsa, çevreye merak/ilgi duyduğu oluyor, ancak bu merak kişinin düşünce ve hareket alanına tam olarak yansıyamıyor ve süreklilik göstermiyor

3-

4-Çevresine bir ölçüde ilgi gösteriyor, merak duyuyor, bunlar için zaman harcıyor ve bunlar hakkında bilgi sahibi olmak için gerçek anlamda bir çaba sarfediyor

5-

6-Bir çok konuya ilişkin merakı/ilgisi var ve bu konuların bir kısmı hakkında okuma, soru sorma, planlı gözlemler yapma gibi yöntemlerle bilgi edinmek için çaba gösteriyor

## 16-ANHEDONİ

Bu madde, kişinin haz alma, keyif alma kapasitesini değerlendirmek için hazırlanmıştır. Açık ve gözlenebilir bir depresif sendromun (örneğin ajitasyon, ağlama, belirgin aşâğılık ve değersizlik duyguları gibi) sonucu olarak görülen anhedoniye değerlendirme dışı tutunuz. Ancak depresyonla karışabilme olasılığı olan toplumdan uzaklaşma eğilimi, apati gibi tabloların eşlik ettiği anhedoni değerlendirilmeye alınmalıdır. Depresyonun varlığını araştırmak ve bunun haz alma kapasitesi üzerine olan etkilerini tayin edebilmek için gerekli tüm soruları sorunuz.

## ÖNERİLEN SORULAR

Eğlenebiliyor musunuz?

Yaptığınız bir şeyden gerçekten zevk aldığınız ya da doyum sağladığınız oluyor mu? Ne sıklıkta?

Bir çok kişi için eğlenceli gibi görünen şeylerden zevk almakta bir sıkıntınız oluyor mu? Başka insanlarla bu açıdan kendinizi karşılaştırdığınızda arada bir fark görüyor musunuz?

Günün önemli bir bölümünü can sıkıntısı içinde ya da çevrenize ilgisiz kalarak geçirdiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?

## DEĞERLENDİRME

0-Haz alma yaşantısı hemen hemen tümüyle yetersiz

1-

2-Seyrek olarak sınırlı ölçüde haz alma yaşantıları oluyor, ancak yetersiz düzeyde

3-

4-Düzeyi ve yoğunluğu düşük olmakla birlikte düzenli sayılabilecek haz yaşantıları oluyor

5-

6- Anhedoni yok. Olsa da bu, kişide o dönemde eşzamanlı olarak bulunan anksiyete ve depresyon ile izah edilebiliyor

## 17-ZAMAN KULLANIMI

Bu madde kişinin zamanını nasıl geçirdiğini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Gün boyu uyumak, yatakta uzanmak, hiç bir şey yapmadan bir yerde oturmak veya programı izlemediği halde televizyonun karşısında oturmak gibi davranışlar, belirli bir amaca dönük olmayan ve eylemsiz bir biçimde geçirilen zaman kullanımına örnek olarak verilebilir.

### ÖNERİLEN SORULAR

Vaktinizin çoğunu hiç bir şey yapmadan, sadece bir yerde oturarak veya yatakta kalarak geçirdiğiniz oluyor mu?

Vaktinizin çoğunu televizyon seyrederek veya müzik dinliyerek geçirdiğiniz oluyor mu? O sırada televizyondaki programa ya da dinlediğiniz müziğe gerçekten kendinizi verebiliyor musunuz? Yapacak daha iyi bir şeyiniz olmadığı için mi bunları yaptığınızı düşünüyorsunuz?

Vaktinizin çoğunu uyuyarak geçirdiğiniz oluyor mu? Ne sıklıkta?

Zamanınızı nasıl değerlendiriyorsunuz?

Zamanı boşa harcama eğilimi taşıdığınız oluyor mu?

## DEĞERLENDİRME

0-Günlerinin büyük bölümünü amaçsız ve eylemsiz geçiriyor

1-

2-Günlerinin hemen hemen yarısını amaçsız ve eylemsiz geçiriyor

3-

4-Günlerinin yarısından azını amaçsız ve eylemsiz olarak geçiriyor

5-

6-Dinlenmek için gerekli olan normal sürenin dışında hiç bir aşırı amaçsız ve eylemsiz zaman dilimi yaşamıyor

## 18-GÜNLÜK KULLANIMDAKİ KİŞİSEL EŞYALAR

Bu madde, kişinin günlük kullanımda belirli eşyalara sahip olmasını yaşadığımız kültürel ortama katılımın temel gereksinimlerinden biri olduğunu kabul etmektedir.



## ÖNERİLEN SORULAR

Bu maddeyi değerlendirebilmek için aşağıda sıralanan 12 eşyanın herbiri hakkında sorular sorunuz.

Aşağıda sıralanan şeyleri üzerinizde taşıyor musunuz?

- 1-cüzdan/çanta
- 2-anahtarlar
- 3-ehliyet/kimlik
- 4-kol saati
- 5-para/kredi kartı
- 6-sigorta ya da sosyal güvenlik kartı

Yanınızda ya da evinizde aşağıdaki eşyaları bulundurur musunuz?

- 1-Yaşadığımız şehir ya da bölgenin haritası
- 2-kendinize ait çalar saat
- 3-tarak/saç fırçası
- 4-gecelik/pijama
- 5-Otobüs kartı/bilet
- 6-Jeton/telefon kartı/posta pulu

## DEĞERLENDİRME

0-Günlük kullanıma ait hiç bir kişisel eşya yok (0 eşya)

1-

2-Günlük kullanıma ait kişisel eşyaların büyük kısmı yok (3-4 eşya)

3-

4-Orta düzeyde eksiklik (7-8 eşya)

5-

6-Az miktarda eksiklik var ya da hiç bir eksiklik yok (11-12 eşya)

## 19-GÜNLÜK FAALİYETLER

Bu madde, kişinin günboyu belirli faaliyetlerle meşgul olmasının, yaşadığımız kültürel ortama katılımın temel gereksinimlerinden biri olduğunu kabul etmektedir.

## ÖNERİLEN SORULAR

Bu maddeyi değerlendirebilmek için aşağıda sıralanan 12 faaliyetin herbiri hakkında sorular sorunuz. Geçtiğimiz iki hafta içinde aşağıdaki faaliyetlerin hangilerini gerçekleştirdiniz?

- 1-gazete okuma
- 2-fatura ödeme
- 3-mektup yazma
- 4-sinemaya/tiyatroya gitme
- 5-otomobil kullanma veya tek başına bir toplu taşıma aracına binme
- 6-gıda alışverişi
- 7-gıda dışında alışveriş
- 8-lokantada yemek yemek
- 9-kitap/kaset vb. alışverişi
- 10-toplantıya katılma
- 11-spor faaliyetine katılma
- 12-parka ya da eğlence yerlerine gitme

## DEĞERLENDİRME

0-Hemen hemen hiç bir günlük faaliyet yok (0 faaliyet)

1-

2-Günlük faaliyetlerin büyük kısmı eksik (3-4 faaliyet)

3-

4-Orta düzeyde eksiklik (7-8 faaliyet)

5-

6- Az miktarda eksiklik var ya da hiç eksiklik yok (11-12 faaliyet)

## 20-EŞ DUYUM

Bu madde, kişinin, karşısındaki diğer kişinin varlığına, bakış açısına ve duygusal durumuna saygı gösterme, dikkate alma, önem ve değer verme yetisini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Bu değerlendirme, kişinin diğer insanlarla olan etkileşimlerini tanımlamasından ve bu etkileşimleri nasıl gördüğünden yola çıkarak yapılır.

## ÖNERİLEN SORULAR

Yakın olduğunuz veya birlikte çok zaman geçirdiğiniz bir kişiyi düşünün.

Onunla ilgili olarak sizi neler sinirlendirir veya canınızı sıkır, kızdırır?

Yaptığınız hangi şeyler onu sevindirir, hoşnut eder?

Onu üzüntülü, sıkıntılı gördüğünüzde nasıl bir tepkide bulunursunuz?

Onunla bir tartışmaya girseniz ya da fikir ayrılığınız olsa, bu durumu nasıl çözümlersiniz?

Genellikle başka insanların duygularına karşı duyarlı olduğunuzu düşünüyor musunuz?

Başka insanların neler hissettikleri sizi ilgilendirir mi? Bu sizi nasıl etkiler?

## DEĞERLENDİRME

0-eşduyum yetisi yok

1-

2-Eşduyum yetisi, kendi benmerkezci bakış açısı nedeniyle büyük ölçüde bozuk

3-

4-Karşısındaki insanların bakış açılarını ve duygularını dikkate alabiliyor, ancak kendi dünyasına dalma eğiliminde

5-

6- Çoğunlukla karşısındaki kişinin durumunu kendiliğinden dikkate alabiliyor; onun duygusal tepkilerini sezebiliyor ve bu bilgiyi kendi tepkilerini, davranışlarını düzenlemede kullanabiliyor

## 21-GÖRÜŞMECİ İLE DUYGUSAL ETKİLEŞİM VE İŞBİRLİĞİ

Bu madde kişinin aşağıdaki yetilerini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır:

- Görüşmeci ile görüşme yapabilme ve sürdürebilme
- Görüşmeciye duygusal olarak bağlantının sürdüğünü hissettirebilme
- Görüşmeciye karşılıklı ilişkide katılımcı bir rol üstlendiğini gösterebilme
- Görüşmenin gerçek bir alışveriş ilişkisi tarzında geçmesi

Bu maddenin değerlendirilmesi, tüm görüşmeyi temel alan kapsamlı bir kararı gerektirir.

## DEĞERLENDİRME

0-Görüşmeci, kişinin görüşmek istememesi ve çok az tepki vermesiyle, kendisine gerçek anlamda önem verilmediğini hiseder

1-

2-Görüşmeye çok sınırlı bir katılım

3-

4-Görüşmeye katılımda sınırlılıklar var ve düzenli değil

5-

6-İstikrarlı ve iyi bir görüşme