

T.C.

**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN BAKIM
VERİCİSİNİN DUYGU DIŞAVURUMUNUN, RUHSAL
HASTALIK İNANCININ VE BAŞETME BİÇİMİNİN
İNCELENMESİ**

Raziye GÜNGÖR UĞUZ

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

İSTANBUL, 2019

T.C.

**İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ
ENSTİTÜSÜ**

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**BİPOLAR BOZUKLUĞU OLAN HASTALARIN BAKIM
VERİCİSİNİN DUYGU DIŞAVURUMUNUN, RUHSAL
HASTALIK İNANCININ VE BAŞETME BİÇİMİNİN
İNCELENMESİ**

Raziye GÜNGÖR UĞUZ

162038032

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM

İSTANBUL, 2019

TEZ ONAY FORMU

T.C
İSTANBUL OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I


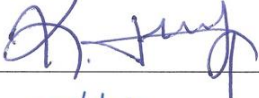

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Raziye GÜNGÖR UĞUZ
Danışman : Prof.Dr. Nazmiye YILDIRIM

Tez Savunma Tarihi : 08.08.2019
Tez Savunma Saati :12.00

Tez Konusu : "Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Vericisinin Duygu Dışavurumunun, Ruhsal Hastalık İnancının ve Başetme Biçiminin İncelenmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABULÜ 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL/ RED/ DÜZELTME)	İMZA
Prof.Dr. Nazmiye YILDIRIM (Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi)	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi Özlem YAZICI	KABUL	
YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATİ (KABUL/ RED/ DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi İlknur ÇALIŞKAN		

ÖZET

Bu çalışma, bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericisinin duygu dışavurum düzeyini, biçimini ve oranını belirlemek, duygu dışavurum düzeyini, biçimini, duygu dışavurumunun düşük ve yüksek olmasını etkileyen faktörleri değerlendirmek, bakım vericilerin duygu dışavurumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançları ve başatme biçimleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılmıştır.

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki çalışmanın evrenini Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi erkek ve kadın akut psikiyatri servisinde 07.11.2017-07.02.2018 tarihleri arasında yatan, bipolar bozukluk tanımlı hastaların birincil ilişkide olduğu 74 bakım vericisi oluşturmuştur. Çalışmaya katılan bakım vericilerden veriler; hastanın ve bakım vericinin sosyodemografik ve diğer özelliklerini içeren yarı yapılandırılmış görüşme formu, Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği (DDÖ), Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ), Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) ile elde edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde, sayı-yüzdeler hesaplamaları, Kruskal-Wallis, Ki-Kare testi, Man Whitney U testi ve korelasyon testi kullanılmıştır.

Bakım vericilerin toplam duygu dışavurum puan ortalaması $19,89 \pm 6,76$, “aşırı duygusal düşkünlük” alt boyut puan ortalaması $8,94 \pm 3,42$, eleştirel/ düşmanlı” alt boyut puan ortalaması $8,87 \pm 4,34$ olarak saptanmıştır. Bakım vericilerinin %58,1’inin duygu dışavurumu yüksek, %41,9’unun duygu dışavurumu düşük olarak bulunmuştur. Bakım vericilerin toplam duygu dışavurumu ve “eleştirel/düşmanlı” oluş alt ölçeği ile ruhsal hastalıklara inançlar toplam puanı ve alt ölçekleri arasında orta düzeyde pozitif anlamlı ilişki saptanmıştır ($p < 0,001$). Yüksek duygu dışavurum grubundaki bakım vericilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p \leq 0,002$). Duygu dışavurumları düşük olanların şakaya vurma ($p < 0,001$), plan yapma ($p = 0,007$) baş etme biçimi, duygu dışavurumu yüksek olanların geri durma ($p = 0,02$) ve kabullenme ($p < 0,001$) baş etme biçimi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca çocuğu olmayan, kardeş sayısı az olan hastaların bakım vericilerinin duygu dışavurum puanının daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Eğitimi lise düzeyinde olan hastaların bakım vericilerinin ve giderlerine göre geliri daha az olan bakım vericilerin “eleştirel/düşmanlı” oluş alt boyut puan ortalamalarında

anlamli fark saptanmifftir ($p<0,05$). Bakim vericinin gorduğu destek ile “eleftirel/dufmancıl” oluf alt olceği arasında negatif yonde, zayıf düzeyde anlamli iliffti belirlenmifftir ($p=0,01$). Hastalara ve bakım vericilere ait diğer ozelliklerin duygu dıftavurumun yuksek ya da duftik olmasında etkili olmadığı saptanmifftir ($p<0,05$).

Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericisinin yarından daha fazlasının yuksek duygu dıftavurum düzeyine sahip olduğu sonucuna varılmıftır. Bakım vericilerin duygu dıfta vurum düzeyini hastaların ve bakım vericilerinin sosyodemografik, sağlık-hastalık durumu ozelliklerinden daha çok bakım vericilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının ve kullandıkları bazı baftetme yöntemlerinin etkilediği ortaya çıkmıftır. Bakım vericilerin ekonomik durumunun ve algıladığı desteğin de önemli olduğu görölmüftür.

Anahtar kelimeler: Duygu dıftavurumu, Bakım verici, Ruhsal hastalığa inanç, Baftetme biçimi, Sosyal destek, Ekonomik durum.

ABSTRACT

INVESTIGATION OF THE EMOTION EXPRESSION, MENTAL DISEASES BELIEF AND COPING STYLE in CAREGIVER of PATIENTS WITH BIPOLAR DISORDER

The aim of this study was to determine the rate and form, level of emotion expression of caregiver in patients with bipolar disorder; to evaluate the factors affecting low and high emotion expression, the level and form of emotion expression; to investigate the relationship between caregivers' expression of emotion and their beliefs and coping styles.

Descriptive and sectional universe of the study, Prof. Dr. Mazhar Osman Bakirköy Mental and Neurological Diseases Training and Research Hospital consisted of 74 caregivers who were hospitalized in the male and female acute psychiatry service between 07.11.2017-07.02.2018, with the primary relationship of bipolar disorder patients. Data from caregivers participating in the study; Sociodemographic and other characteristics of the patient and the caregiver were obtained through the semi-structured interview form, the Expressed Affective Scale (DDS), the Mental Beliefs Scale (MRS), and the Coping Attitude Rating Scale (COPE). Number-percentage calculations, Kruskal-Wallis, Chi-Square test, Man Whitney U test and correlation test were used to evaluate the data.

Total expressed emotion scores of caregivers were found to be 19.89 ± 6.76 , mean emotional sub-dimension score of 8.94 ± 3.42 , and mean of critical / hostile subdimension score of 8.87 ± 4.34 . It was found that 58.1% of the caregivers had high expressed emotion and 41.9% of them had low expressed emotion. A moderate positive correlation was found between the total expressed emotion and critical / hostile subscale of the caregivers and total scores and subscales of beliefs in mental illness ($p < 0,001$). It was found that the total score average and subscale mean scores of the caregivers in the high expressed emotion group were significantly higher than the beliefs scale for mental illness ($p \leq 0,002$). It was found that the mean scores of humor ($p < 0,001$), planning ($p = 0,007$), coping style with low expressed emotion and distance ($p = 0,02$), acceptance ($p < 0,001$), coping style scores of those with high expressed emotion were significantly higher. In addition, it was found that the caregivers' expressed emotion

scores were higher in patients without children and having fewer siblings. Significant differences were found in the mean scores of critical / hostile sub-dimensions of caregivers and caregivers with lower incomes compared to the caregivers and expenditures of high school students ($p < 0,05$). A negative and weakly significant relationship was found between the caregiver's support and the critical / hostile subscale ($p = 0,01$) Other characteristics of patients and caregivers were not effective in high or low expressed emotion. It was concluded that more than half of caregivers in patients with bipolar disorder had a high level of expressed emotion. It was found that caregivers' level of expressed emotion was affected by the caregivers' beliefs about mental illness and some coping methods used by the caregivers rather than the sociodemographic, health-illness characteristics of the patients and caregivers. The economic situation and perceived support of caregivers was also important.

Key words: Expressed emotion, Caregiver, Belief in mental illness, Coping style, Social support, Economic status.

ÖNSÖZ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum bu çalışmayı, değerli bilgi ve katkılarıyla yöneten; hem tezimin hem de yaşamımın her aşamasında benden yardımlarını, desteğini, sabrını ve bilgisini esirgemeyen, yorulduğumuzda cesaretlendiren, gece gündüz bizimle sürekli irtibat halinde olan, gerek annelik gerek akademik bilgisini benimle paylaşan, değerli hocam Sayın Prof. Dr. Nazmiye YILDIRIM' a en derin saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca maddi ve manevi hayatımın her döneminde yanımda olan eşim Yunus UĞUZ'a, çocuğuma bakarak destek olan ablam Teslime İPEK'e, bulamadığım yabancı kaynaklara ulaşmamı sağlayan abim Veli GÜNGÖR'e, yüksek lisans eğitim sürecini hem eğlenerek, hemde öğrenerek birlikte bitirdiğimiz arkadaşım Yunus BAĞRIYANIK'a, bana SPSS kullanmayı öğreten değerli arkadaşım Ruhsar BAĞRIYANIK'a, her zaman olduğu gibi tez sürecinde de yanımda olan arkadaşlarım Günnihal ÖZTÜRK ve Gülten GÜLEŞEN'e, gece gündüz beni uyanık tutarak çalışmama destek veren kızım Sare UĞUZ'a sonsuz teşekkürler ederim.

Beni sevgi ve emekleri ile büyütüp bilgileri ile donatan, hakları ödeyemeyeceğim kadar çok olan sevgili anne ve babama çok teşekkür ederim.

Raziye GÜNGÖR UĞUZ

BEYAN

Bu çalışmamın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Raziye GÜNGÖR UĞUZ



İÇİNDEKİLER

SAYFA NO

TEZ ONAYI	i
ÖZET	ii
ABSTRACT	iv
ÖNSÖZ	vi
BEYAN.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xvi
1.GİRİŞ.....	1
1.1.Araştırmanın Soruları.....	3
2.GENEL BİLGİLER	6
2.1. Bipolar Bozukluk.....	6
2.1.1. Bipolar Bozukluk Tarihçesi.....	7
2.1.2. Bipolar Bozukluk Epidemiyolojisi.....	8
2.1.3. Bipolar Bozukluk Etiyolojisi.....	10
2.1.3.1. Biyolojik Faktörler.....	10
2.1.3.2. Genetik Faktörler.....	11
2.1.3.3. Psikososyal Faktörler.....	12
2.1.4. Bipolar Bozukluk Belirtileri ve Tanısı.....	13
2.1.5. Bipolar Bozukluk Tedavisi.....	15
2.2. Bipolar Bozukluğu Olan Aile Üyesi İle Yaşamın Bakım Verici Üzerine Etkileri	15
2.3. Duygu Dışavurumu.....	17
2.3.1. Duygu Dışavurumunun Tanımı ve Değerlendirilmesi.....	17
2.3.2. Duygu Dışavurumunun Tarihçesi.....	19
2.3.3. Duygu Dışavurumunun Aile Üzerindeki Etkileri.....	21
2.3.4. Duygu Dışavurumunun Hastalar Üzerindeki Etkileri.....	23
2.4. Bakım Vericilerin Psikiyatrik Bozukluklarla İlgili İnançları	24
2.5. Bakım Vericilerin Başetme Biçimleri	25

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	28
3.1.Araştırmanın Tipi.....	28
3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı.....	28
3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	28
3.4.Verilerin Toplanması.....	28
3.5.Verilerin Toplama Araçları.....	29
3.6.Verilerin İstatiksel Analizi.....	32
3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenabilirliği.....	32
3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri.....	32
4. BULGULAR.....	33
5. TARTIŞMA	79
6. SONUÇ ve ÖNERİLER	94
KAYNAKLAR.....	99
EKLER	121
Ek-1:Etik Kurul Onayı	121
Ek-2: Kurum İzni.....	122
Ek-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	123
Ek-4:Tanıttıcı Bilgi Formu.....	124
Ek-5: Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği (DDÖ).....	127
Ek-6: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ)	129
Ek-7: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)	130
ÖZGEÇMİŞ.....	133

TABLolar LİSTESİ

	SAYFA NO
Tablo 1: Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	33
Tablo 2. Hastanın Klinik Özelliklerinin Dağılımı.....	34
Tablo 3. Tıp Dışı Yardım Arama Davranışının Dağılımı.....	35
Tablo 4. Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı.....	36
Tablo 5. Bakım Vericilerin Sağlık Durumunun Dağılımı.....	37
Tablo 6. Bakım Vericilerin Hasta İle Geçirdiği Süreler Hakkında Bazı Veriler.....	38
Tablo 7. Bakım Vericiler Hakkında Diğer Veriler	38
Tablo 8a. Bakım Vericilerin Toplam Duygu Dışavurum Düzeyleri ve Alt Ölçeklerin Ortalamaları	39
Tablo 8b. Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeylerinin Dağılımı.....	39
Tablo 9a. Hastanın Yaşı İle Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	40
Tablo 9b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Yaş Ortalamaları	40
Tablo 10a. Hastanın Cinsiyetine Göre Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	41
Tablo 10b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Cinsiyetine Göre Dağılımı	41
Tablo 11a. Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	42
Tablo 11b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	43

Tablo 12a. Hastaların Medeni Durumuna Göre Bakım Vericilerin	
Duygu Dışavurum Düzeyleri	43
Tablo 12b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin,	
Bakım Verdikleri Hastanın Medeni Durumuna Göre Dağılımı	44
Tablo 13a. Hastaların Çocuk Sahibi Olmaları İle Bakım Verenlerin	
Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	44
Tablo 13b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin,	
Bakım Verdikleri Hastanın Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı	
.....	45
Tablo 14a. Hastaların Kardeş Sayısı İle Bakım Vericilerin Duygu	
Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	45
Tablo 14b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin	
Hastaların Kardeş Sayısı ile İlişkisi.....	46
Tablo 15a. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Bakım Vericilerin	
Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	46
Tablo 15b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin,	
Bakım Verdikleri Hastanın Çalışma Durumuna Göre Dağılımı	47
Tablo 16a. Hastanın Bipolar Bozukluğunun Tipine Göre Bakım Verenlerin	
Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	47
Tablo 16b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin,	
Bakım Verdikleri Hastanın Bipolar Bozukluğunun Tipine Göre Dağılımı	
.....	48
Tablo 17a. Hastaların Hastalık Süresi İle Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum	
Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	48
Tablo 17b. Bakım Vericilerin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine	
Göre Hastaların Hastalık Süresi Puan Ortalamaları.....	49
Tablo 18a. Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı İle Bakım Vericilerin Duygu	
Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	49

Tablo 18b. Bakım Vericilerin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine Göre Hastaların Hastaneye Yatış Sayısının Puan Ortalamaları.....	50
Tablo 19a. Hastaların Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Durumu ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	50
Tablo 19b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Son Bir Yılda Hastaneye Yatırılma Durumuna Göre Dağılımı.....	51
Tablo 20a: Hastaların Tedaviye Uyumları İle Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri	51
Tablo 20b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Tedaviye Uyumlara Göre Dağılımı	52
Tablo 21a. Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezini (TRSM) Kullanımına Göre Bakım Vericilerinin Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	52
Tablo 21b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezini Kullanımına Göre Dağılımı	53
Tablo 22a. Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyi.....	53
Tablo 22b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Tıp Dışı Yardım Arama Davranışına Göre Dağılımı.....	54
Tablo 23a. Bakım Vericilerin Yaşı İle Duygu Dışavurum İlişkisi	54
Tablo 23b. Bakım Vericilerin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine Göre Bakım Vericilerin Yaş Ortalamaları.....	55
Tablo 24a. Bakım Vericilerin Cinsiyetine Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	55
Tablo 24b. Bakım Vericilerin Cinsiyetine Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı	56
Tablo 25a. Bakım Vericilerin Eğitim Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	56
Tablo 25b. Bakım Vericilerin Eğitim Durumuna Göre Duygu Dışavurumu	

Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı	57
Tablo 26a. Bakım Vericilerin Medeni Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	57
Tablo 26b: Bakım Vericilerin Medeni Durumuna Göre Duygu Dışavurumu	
Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı	58
Tablo 27a: Bakım Vericilerin Çalışma Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri	58
Tablo 27b. Bakım Vericilerin Çalışma Durumuna Göre Duygu Dışavurumu	
Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı	59
Tablo 28a: Bakım Vericilerin Ekonomik Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri	59
Tablo 28b: Bakım Vericilerin Ekonomik Durumuna Göre Duygu Dışavurumu	
Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı	60
Tablo 29a. Bakım Vericilerin Sağlık Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri	61
Tablo 29b: Bakım Vericilerin Sağlık Durumuna Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı	61
Tablo 30a. Kronik Fiziksel Bir Hastalığı Olan ve Olmayan Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	62
Tablo 30b. Bakım Vericilerin Kronik Fiziksel Bir Hastalık Varlığına Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı	62
Tablo 31a. Bakım Vericilerin Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	63
Tablo 31b. Bakım Vericilerin Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı	63
Tablo 32a. Bakım Vericilerinin Ailesinde Bipolar Bozukluğu Olan Hasta Dışında Bakım Gerektiren Birinin Var Olması/Olmaması Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri	64

Tablo 32b. Bakım Vericilerin Ailesinde Bipolar Bozukluğu Olan Hasta Dışında Bakım Gerektiren Birinin Var Olması/Olmaması Durumuna Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı.....	65
Tablo 33a. Bakım Vericilerin Yakınlık Derecesine Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	65
Tablo 33b. Bakım Vericilerin Yakınlık Derecesine Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı	66
Tablo 34a. Bakım Vericilerin Hasta İle Birlikte Yaşama, 24 Saatte Zaman Geçirme, Tedavisiyle İlgilenme Süresi İle Duygu Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	67
Tablo 34b. :Bakım Vericilerin Hasta İle Birlikte Yaşama, 24 Saatte Zaman Geçirme, Tedavisiyle İlgilenme Sürelerinin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine Göre Dağılımı	68
Tablo 35a. Bakım Vericilerin Hastalık Bilgisinin Yeterliliğine Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	69
Tablo 35b. Bakım Vericilerin Hastalık Bilgisinin Yeterliliğine Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı	70
Tablo 36a. Hastaya Bakım Verirken Diğer Aile Bireylerinin Desteği İle Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları Arasındaki İlişki	70
Tablo 36b. Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olmasına Göre Aileden Aldığı Destek Düzeyi	71
Tablo 37a. Bakım Vericilerin Sosyal Çevreden Aldığı Desteğe Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri.....	71
Tablo 37b. Bakım Vericinin Algıladığı Sosyal Desteğe Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı	72
Tablo 38a. Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç (RHYİ) Düzeyleri Arasındaki ilişki.....	72
Tablo 38b. Bakım Vericilerin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç (RHYİ) Puan Ortalamaları.....	73

Tablo 39a. Bakım Vericilerin Başetme Biçimleri ve Duygu Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	74
Tablo 39b. Bakım Vericilerin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine Göre Baş Etme Biçimi Puan Ortalamaları.....	76



KISALTMALAR LİSTESİ

Ark: Arkadaşları

BTABB: Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk

DD: Duygu Dışavurumu

DSM-III: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı üçüncü baskı

DSM-III-R: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı üçüncü baskı, düzeltilmiş

DSM-IV: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı dördüncü baskı

DSM-IV-TR: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı metin düzeltmesi

DSM V: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı beşinci baskı

Min: Minimum

Maks: Maksimum

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

SPSS: Statistical Package for Social Sciences – Sosyal Bilimler için İstatistik Paket Programı

WHO: Dünya Sağlık Örgütü

%: Yüzde

n: Sayı

Ort: Ortalama

Ss: Standart sapma

TRSM: Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

1. GİRİŞ

Bipolar Bozukluk yaygın, ciddi ve tekrarlayıcı bir hastalık olup yüksek morbidite, mortalite ve özürlülük oranlarıyla seyretmektedir (1). Bipolar bozukluğu olan hastalardaki duygu durum, davranış ve enerjilerindeki önemli değişiklikler aileleri için ciddi stres kaynağı olmaktadır (2). Ülkemizde yapılan bir çalışmada bipolar bozukluk tanısı konmuş bireylerin %22'sinin ekonomik problemler ve işsizlik yaşadığı saptanmıştır (3). Bipolar bozukluk tanısı konan hastalarda işsizlik oranının yüksek olduğu diğer çalışmalarda da bildirilmiştir (4-6). Ayrıca büyük bir kısmı hayatları boyunca evlenemez ve yaklaşık %10'u adli olaylara karışır (4). Hastaların boşanma sıklığı sağlıklı kontrollerden 2.5 kat daha yüksektir (5,6). Bipolar bozukluk genellikle toplumun iş gücünü oluşturan genç-orta yaş grubunda yaygındır ve iş gücü kaybına bağlı olarak topluma getirdiği mali yük de yüksektir (7).

Bipolar bozukluğu olan hastaların hem aile içindeki ilişkilerinde, hem de sosyal ilişkilerinde sorunların yaşandığı bildirilmektedir (7). Sosyal işlevselliğin azalması bakım verenlerde de büyük sorunlara yol açabilmekte ve hastanın iyilik halinin devamı bakımından olumsuz etki yaratabilmektedir (8-11). Yapılan bir çalışmada ailenin iletişim alanındaki işlev bozukluğu ile hastaların kişilerarası ilişkiler, sosyal etkinlikler, hobiler ve özerklik alanlarındaki işlev bozukluğunun ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca ailede roller ve davranış kontrolü ile hastaların kişilerarası ilişkiler alanındaki işlev bozukluğunun birbiriyle ilişkili olduğu saptanmıştır (12). Bu tür değişiklikler bipolar bozukluğu olan hastaların aile üyelerini önemli ölçüde etkilemektedir. Ayrıca, aile fertlerinin gösterdiği davranış da hem hastayı hem de hastalık süresini etkilemektedir (2). Bu çift yönlü ilişki, bir kısır döngü yaratabilmektedir.

Bipolar bozukluk aileyi önemli ölçüde etkileyen, hastayı ve aileyi birlikte ele almayı gerektiren bir hastalıktır. Ayrıca hastaların büyük bir yüzdesinde, kalıtımın rol oynadığını düşündürecek şekilde, aile öyküsü pozitifdir (7). Son zamanlarda ise ailenin prognoza olan etkisi, etyopatogenezdaki etkisinden daha çok dikkat çekmektedir. Ailedeki etmenlerin çoğu, duygu dışavurumu kapsamında incelenmektedir (13).

Duygu dışavurumu (DDV), ev ortamının duygusal atmosferini yansıtan bir kavramdır. Bipolar bozukluğu olan hastanın ciddi duygusal değişimleri ile birlikte aile üyelerinin de yaşadığı korku, endişe, şaşkınlık, utanç, suçluluk duyguları, hayal kırıklıkları, yas süreci vb. yönetilmesi zor hale gelebilmektedir. Bu duyguların yüksek düzeyde yaşanmasının ve aile içinde sergilenme biçiminin, genel olarak ailenin tutumunun kronik psikiyatrik bozuklukların seyrinde önemli olduğu üzerinde durulmaktadır (14-16). DDV, hastanın hakkında ailesinden ya da başka bireylerden yapılan eleştiri cümlelerinin sayıları, hastaya uygulanan aşırı ilgi veya fedakârlık tutumları, hastaya karşı yapılan düşmanca davranışların var olup olmadığını gösteren, ailenin genel tutumlarının ölçüsüdür (17). Operasyonel olarak DDV kavramı; eleştirici olma, hostilite ve aşırı koruyuculuğu kollayıcılığı kapsar. Eleştirici oluş, bir kişinin davranışını ya da karakteristiklerini beğenmeme ya da onaylamama olarak tamamlanır. Hostilite hasta reddedildiğinde ya da global eleştirici dışavurum varlığında ortaya çıkar. Aşırı koruyucu/kollayıcı olma; aşırı koruma, kendini adama, hastayla aşırı identifikasyon ve duygusal üzüntüyü kapsar (18,19). Dışavurulan duygulanım ölçeği de bu alt boyutları kapsamaktadır (20). Ayrıca akrabaların gösterdikleri eleştirel, düşmanlı veya duygusal olarak aşırı müdahaleci (emotional overinvolvement) tutumların düzeylerine göre DDV yüksek ve düşük olarak da değerlendirilmektedir (21).

DDV'nun daha çok şizofreni tanısı konan hastaların birincil bakım vericilerinde araştırıldığı görülmektedir. Ülkemizde bipolar bozukluk tanılı hastalarda ve bakım vericilerinde yapılan bir çalışmada DDV toplam puan ortalaması $17,3\pm 8$, eleştirel-düşmanlı oluş alt ölçek puan ortalaması $10,2\pm 6,1$, aşırı ilgi koruyucu kollayıcı oluş alt ölçek puan ortalaması $7,0\pm 3,4$ olarak tespit etmiştir (14). Bu çalışmada bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinin toplam DDV puan ortalamasının, Arslantaş'ın (2012) şizofreni hastalarının bakım vericilerinde yaptığı çalışmada elde edilen bakım vericilerin duygu dışavurumu puanı ortalamasından ($15,90\pm 6,10$) daha yüksek olduğu görülmektedir (22). Tüzer ve ark. (2003) şizofreni hastalarının birinci derecede bakım verenlerin duygu dışavurumu eleştirel/düşmanlı oluş alt ölçeği ortalama puanını $10,5\pm 3,5$, aşırı düşkün koruyucu kollayıcı olma alt ölçeği ortalama puanını $8,8\pm 1,1$ olduğunu saptamıştır (23). Bu sonuçlara göre DDV biçiminin Kocabıyık (2005)'in çalışmasında belirlenen oranlarla benzer olduğu anlaşılmaktadır (14). Şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yapılan diğer çalışmalarda yüksek DDV

oranının %27,7-%44 arasında değiştiği (24-26) görülmektedir ancak bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verilerinin yüksek DD oranına ilişkin bir bilgiye ulaşılamamıştır.

Bakım vericilerin yüksek DDV'nu etkileyen faktörlere ilişkin elde edilen verilere göre; cinsiyet, kültürel özellikler, hastalığa yönelik algı, başetme biçimi dikkati çekmektedir (27,28). Diğer çalışmalarda yüksek DDV'nun hastalığın seyrinde önemli rolü olduğu, relaps, hastaneye yatış sayısı ve farmakolojik tedaviye uyumu da olumsuz etkilediği bildirilmektedir (14,19,23,29,30). Bu bilgiler ışığında DDV düzeyi yüksek ve düşük olan bakım vericiler arasındaki farkı incelemeye yönelik yapılacak çalışmaların hem hastalara, hem de ailelere yardımcı olmak için ipuçları sağlayabileceği düşünülmüştür.

Bu araştırmanın birinci amacı, bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericisinin duygu dışavurum düzeyini, biçimini (eleştirici-düşmancıl, aşırı duygusal düşkünlük) ve yüksek duygu dışavurum oranını belirlemektir. İkinci amacı, duygu dışavurum düzeyini, biçimini, duygu dışavurumunun düşük ve yüksek olmasını etkileyen faktörleri (hasta ve bakım vericiyle ilgili özellikler) değerlendirmektir. Çalışmanın nc amacı, bakım vericilerin duygu dışavurumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançları ve başetme biçimleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

1.1.Araştırmanın Soruları

- Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericisinin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Yüksek ve düşük duygu dışavurumuna sahip gruplar arasında hastanın yaş ortalaması farklıdır.
- Bipolar bozukluğu olan kadın hastaların bakım vericilerinin yüksek duygu dışavurum oranı erkek hastaların bakım vericilerinden daha fazladır.
- Eğitim seviyesi yüksek olan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Evli olan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı diğerlerine göre daha fazladır.
- ocuğu olan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır.

- Kardeş sayısı fazla olan hastaların bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeyi daha düşüktür.
- Çalışan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Bipolar bozukluğun tipine göre bakım vericilerin duygu dışavurum oranında fark vardır.
- Daha uzun süredir bipolar bozukluk ile yaşayan hastaların bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeyi daha düşüktür.
- Hastaneye yatış sayısı fazla olan hastaların bakım vericilerinin duygu dışavurum oranı yatış sayısı az olanlara göre yüksektir.
- Son bir yılda hastaneye yatırılan hastaların bakım vericilerinin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Tedavilerine uyum sağlayan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alan hastaların bakım vericilerinin almayan hastaların bakım vericilerine göre düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Tıp dışı yardım arama davranışında bulunan bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Yüksek ve düşük duygu dışavurumuna sahip gruplar arasında bakım vericinin yaş ortalaması farklıdır.
- Kadın bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranı erkelere göre daha fazladır.
- Eğitim seviyesi yüksek olan bakım vericilerin düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Evli olan bakım vericilerin düşük duygu dışavurum oranını bekâr ve boşanmış/dul olanlara göre daha fazladır.
- Çalışan bakım vericilerin düşük duygu dışavurum oranı çalışmayanlara göre daha fazladır.
- Ekonomik geliri giderlerine göre daha düşük olan bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Sağlık durumunu iyi olarak bildiren bakım vericilerin düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır.

- Kronik hastalığı olan bakım vericilerin olmayan bakım vericilere göre yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Psikiyatrik bozukluğu olan bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Ailesinde bakım gerektiren başka bir üyeye sahip bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Bipolar bozukluğu olan hasta ile akrabalık bağı yüksek olan bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Yüksek duygu dışavuruma sahip bakım vericilerin bipolar bozukluğu olan hasta ile birlikte geçirdiği süre ortalaması daha yüksektir.
- Bipolar bozukluğu hakkında bilgi eksikliği olan bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır.
- Yüksek duygu dışavuruma sahip bakım vericilerin aileden aldığı destek puanı ortalaması daha yüksektir.
- Sosyal desteği olmadığını bildiren bakım vericilerin yüksek duygu dışavurumu daha fazladır.
- Yüksek duygu dışavurum grubundaki bakım vericilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları daha yüksektir.
- Yüksek ve düşük duygu dışavurumu sergileyen bakım vericilerin başetme biçimleri arasında fark vardır.
- Bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyi ile ruhsal hastalıklara inançlar ve başetme biçimi arasında anlamlı ilişki vardır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Bipolar Bozukluk

Duygulanma, mutsuzluk, kızgınlık, nefret, panik endişe gibi reflekslerin yaşanması durumudur. Bireyin uyaranlara, olaylara, fikirlere duygusal refleks ile katılabilmesidir. Duygudurum ise bireyin belirli bir süre içerisinde sevinçli, coşkulu, üzgün veya kederli bir duygulanım içinde olmasıdır. Duygudurum kendi sınırları içerisinde hareketlilik gösterir. Sevinç, mutsuzluk, kızgınlık, kin, nefret, keder, endişe doğal duygulanımlardır. Bu duygulanımların fazlalaştığı veya uygunsuz reflekslerin uzun süre yaşanması duygulanım bozukluğunu düşündürür. Bireyin sinirleneceği, mutlu olacağı, üzüleceği zamanlarda bunlara uygunsuz tepkiler vermesi, aşırı fazla tepki vermesi ya da tamamen tepkisiz kalması duygulanım bozukluğuna işaret eder. Bütün ruhsal hastalıklarda duygulanım az ya da çok etkilenir. Ama duygu durum bozukluklarının ana belirtisinde duygulanım ve duygudurum aynı ölçüde etkilenir (31).

Bipolar Bozukluk ya da İki Uçlu Bozukluk, düzensiz aralıklarla tekrarlayan manik, depresif ya da her ikisini de kapsayan karma dönemlerle karakterize ve bu dönemler arasında bireyin bazen eşik altı belirtiler gösterdiği bazen de hiçbir belirtinin bulunmadığı 'sağlıklı' dönemlerin olduğu süreğen gidişli bir duygudurum bozukluğudur (32).

Hastaların ömür boyu yaşadığı hastalık dönemlerinin çoğunu depresif, daha az kısmı ise hipomanik ya da manik dönemler oluşturur. Bu üç dönemin ortak yanı hastanın duygudurumunda normalden farklı özelliklerin varlığıdır. İsteksizlik, haz alamama, üzüntü, mutsuzluk depresif dönemde görülürken, aşırı neşeli, ani öfkelenme manik epizotta görülür. Hipomani ise manik belirtilerin daha kısa ve daha hafif gözlenmesini ifade eder (33).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından bütün hastalıklar içerisinde yeti yitimine sebep olan ilk on hastalık içinde altıncı sırada bipolar bozukluk yer alır (34).

2.1.1.Bipolar Bozukluk Tarihçesi

Duygudurum bozukluğu çok eski tarihten beri bilinen, yaklaşık 2500 yıldan beri en çok görülen hastalıklar arasında yer almaktadır (35). Melankoli kelimesinin kökeni 'siyah safra' kelimelerinden gelmektedir. Hipokrat zamanında (M.Ö 5.yy) umutsuzluk, enerjisizlik, hüznün, sinirlilik gibi negatif duyguların birlikte görüldüğü klinik durumu ifade etmek için kullanılmıştır. Aynı zaman dilimlerinde, vücuttaki safra miktarındaki artışa bağlı oluşan coşku halini belirtmek için mani kelimesi kullanılmıştır. Melankolideki gibi bir köken kesinliği olmasa da eski Yunancadaki 'Ania' ya da 'Manos' kelimelerinden türemiş olacağı düşünülmektedir (36,37). Tarihte ilk defa mani ve melankoli kavramlarını Hipokrat kullanmıştır. Melankoliyi ağır depresyon olarak tanımlamış ve bunu 'kara safra' ya bağlamıştır. En iyi ruhsal depresyon tanımlarından birini de orta çağda yaşamış olan İbn-i Sina yapmış ve ilginç vaka örnekleri göstermiştir. Milattan sonra birinci yüzyılda mani ve melankoli tanımlarını aynı hastalığın farklı durumları olarak göstermiş ve bugünkü bipolar bozukluk tanımının temelini Aretaeus atmıştır (38,39).

Baillarger ve Falret 1854 yılında iki hafta ara ile aynı klinik özellikleri iki değişik isimle; "bifazik ruhsal hastalık" ve "döngüsel ruhsal hastalık" olarak Fransız tıp akademik kuruluna sunmuşlardır (40,41). Bilinen klinik tablo aslında periyodik olarak mani ve depresyon dönemlerinin aynı hastada ortaya çıkmasıdır. Oral'ın bildirdiğine göre; 1862'de Griesenger mani ve depresyonun tek bir hastalığın parçası olduğunu ifade etmiştir. Siklotiminin tanımını Kahlbaum 1882'de yapmış, Kraepelin 1895'de siklotimi tanımından yola çıkarak günümüz bipolar çeşitlerini birçok değişik klinik görünümü ile 'manik depresif psikoz' olarak adlandırmıştır (42).

1924'te 'affektif hastalık' tanımını ilk defa Bleuler kullanmıştır. Bozukluğun tekrarlayıcı olan türleri 1962'de monopolar ve bipolar olarak ayrılmıştır. Monopolar yerine 1966 yılında 'unipolar' tanımı kullanılmıştır (31). Bipolar 1 ve Bipolar 2 şeklinde iki alt gruba ayrılması 1976'da Dunner tarafından önerilmiştir (43).

DSM-III'de major depresyon ve bipolar bozukluk affektif bozukluklar içinde iki farklı hastalık olarak tanımlanmış, DSM III-R'de ise affektif bozukluklar tanımı, daha kapsamlı ve genel bir durumu ifade etmesi için duygudurum bozuklukları olarak ismi değiştirilmiştir. Bipolar bozukluğa DSM-IV ve DSM-IV-R'de duygudurum bozuklukları içinde yer verilmiş, DSM-5'te bipolar ve ilişkili bozukluklar olarak ele alınmıştır (44).

2.1.2.Bipolar Bozukluk Epidemiyolojisi

Yaşam boyu frekansı %0,45- 5,5 arasında, yıllık frekansı ise %0,37-1,3 arasında değişen bipolar bozukluk topluluklar arasında değişiklik göstermez ve ortalama %2-3 oranında görülmektedir (45). Son zamanlardaki yayınlara göre; bipolar yelpaze bozuklukları (bipolar I, bipolar II, siklotimi ve başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk da dâhil edildiğinde), rutin klinik şartlarında hasta olarak değerlendirilen ve tedaviye ihtiyaç duyup, tedaviden yarar sağlayan toplulukta dahil bu oran %6,4'e kadar artmaktadır (46). Bipolar bozukluğun gözden kaçabilecek kadar hafif biçimlerinin olmasından dolayı kesin oran verilemediğinden yıllık frekansı %1'in altında olarak bildirilmiştir (47).

Bipolar bozukluk başlangıç yaşı genellikle erkeklerde 18, kadınlarda 20'dir. Ergenlikten önce bipolar bozukluk nadir görülmektedir. Hastalığın başlama yaşı 20'li yaşların ortasında daha çok görülse de, hastalığın ilk belirtileri 15-19 yaşlarında görüldüğü tahmin edilmektedir. Hastalığın ikinci atağı 20-24 yaş aralığında görülmektedir. Belirtilerin ortaya çıktığı zaman ile hastaneye yatış süresi arasında en az 5-10 yıllık ara bulunmaktadır (48).

Hastaların %20-30'unda ilk belirtiler 21 yaşından önce meydana gelirken, %10 oranında 50 yaş ve üzerinde ortaya çıktığı da belirtilmiştir. Hastaların ortalama üçte birinde erken yaşta (18 yaşından önce) başlayabilmektedir (49). Bipolar hastalığının ülkemizde başlangıç yaşı ortalaması 23.8 ile 27.7 yıl arasında değişiklik gösterdiği yapılan araştırmalarca saptanmıştır (50). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki son araştırmalarda hem bipolar bozukluk 1, hem bipolar bozukluk 2 için hastalığın başlangıç yaşının gittikçe düştüğü bildirilmiştir (51).

Hastalığa genetik yatkınlığı olan kadınların erken doğum yapması hastalığın başlamasını tetikleyebilmektedir. Lohusalık süresinde depresyon yaşayan kadınlarda bipolar bozukluk tanısı oranı ciddi anlamda yüksektir bundan dolayı doğum sonu dönemde bipolar bozukluk tanısı yönünden dikkatli olunmalıdır (52).

Cinsiyet faktörü hastalığın gidişatı üzerinde etkilidir fakat kadın ve erkeklerde ömür boyu yaygınlığı benzerlik göstermektedir. Maninin erkeklerdeki başlangıç yaşı 24,4, kadınlarda ise 24,8 olarak bulunmuştur (49). Bipolar 1 ve 2 diye ayrılan bozuklukta, bipolar 1 bozukluğunun kadın ve erkeklerde görülme frekansında çok fark olmamasına rağmen, bipolar 2 bozukluğunun kadınlarda rastlanma oranı daha yüksektir (53). Verilerin kesin olmaması ile birlikte mani ve depresyon oranlarına bakıldığında bipolar bozukluk erkeklerde en çok manik dönem ile kadınlarda ise en çok bir major depresif dönem ile başladığı bildirilmiştir (54).

Bipolar bozukluk uzun zamandır sosyoekonomik düzeyi yüksek olan kişilerde daha fazla görüldüğü düşünülmüştür. Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda sosyoekonomik düzeyi düşük ülkelerde bipolar bozukluk frekansının düşük olduğu görülmüştür (55).

Bipolar bozukluk boşanmış ya da eşi ile birlikte yaşamayan kişilerde daha sık görüldüğü bildirilmiş, bu da hastanın işlevselliğinin bozulması ile açıklanmıştır (43). Bazı çalışmalarda ise hastalığın bekârlarda daha çok görüldüğü belirtilmektedir (56).

Mevsimplere göre hastalık incelendiğinde, hastaların üçte biri yaz aylarında mani, bahar aylarında depresyon dönemlerinde olduğu gözlemlenmiştir. Coğrafi konuma göre kuzey yarım küre için, Ekvatora yaklaştıkça mani oranlarının arttığı, uzaklaştıkça ise depresyon oranlarının arttığı görüşü vardır. Doğudan batıya doğru artma eğilimi gösteren hastalık, sosyokültürel ve metodolojik değişikliklerle açıklanmaktadır (48).

2.1.3. Bipolar Bozukluk Etiyolojisi

Bipolar bozukluğun etiolojisi tam olarak bilinmemektedir. Fakat kalıtım, çevre, biyolojik ve ruhsal etkenler ile etkileşimde olduğu düşünülmektedir. Bipolar bozukluğu olan hastalar üzerinde yapılan incelemelerde sosyokültürel özelliklerin hastalığın ilerlemesinin ilk aşamasında meydana gelen depresif ve manik epizotların ortaya çıkışını etkilediği belirlenmiştir. Ancak hastalığın süresi arttıkça kişilerin sosyal ya da ruhsal unsurların etkisi olmadan da kendiliğinden meydana geldiği bilinmektedir.

Manik ve depresif dönemlerde biyolojik etkenlerin daha egemen olduğu ve çocukluk zamanlarında yaşanan travmatik olayların da kalıcı etkiler oluşturduğu düşünülmektedir (31).

2.1.3.1. Biyolojik Faktörler

Duygudurum bozukluğu olan hastalarla yapılan çok sayıda araştırmada bu kişilerde biyolojik anormallikler olduğu ifade edilmiştir. Eskiden bu hastalıkların etiyojisine yönelik araştırmaların çoğunda monoamin nörotransmitterler olan dopamin, norepinefrin, serotonin ve histamin incelenmekteydi. Fakat yeni yapılan araştırmalarda nörotransmitter sistem ile birlikte nörodavranışsal sistemler, nöral devreler ve daha karmaşık nöroregulasyon mekanizmaları da araştırılmaya başlanmıştır (47).

Mani oluşumunda daha çok noradrenerjik aktivasyondan ve "Noradrenerjik-kolinerjik" sistemler arasındaki denge bozukluğundan, kolinerjik yetersizlikten bahsedilmektedir (57). L-triptofan (serotonin öncüsü), yüksek miktarda kişiye verildiğinde mani tablosuna benzer durumlar meydana çıkmaktadır (37,58). Serotonin iştah artışı, libido, beden ısısı, uyku ve uyanıklık gibi fonksiyonları ciddi anlamda düzenleme görevine sahiptir. Adrenalin ve dopaminin oluşturduğu saldırgan davranışların sınırlandırılmasında serotonin etkili bir biçimde görev alır (37).

Dopaminin, vücuttaki miktarı manide artar iken depresyonda azalmış olduğu bildirilmiştir. Birçok çalışmada Parkinson gibi dopamin miktarını azaltan hastalıkların ya da ilaçların depresif şikâyetler ortaya çıkarttığı belirtilmiştir. Bipolar bozuklukta beyin omurilik sıvısında dopamin metabolitlerinin arttığı saptanmıştır (47).

Serebral korteks içerisinde düzensiz bir şekilde yayılmış olan nöronlarda bulunan asetilkolinin öncülü kolin maddesi depresif hastaların bir kısmında normal düzeyinden farklı bir seviyede olduğu gözlenmiştir. Depresyon ve manide kolinerjik agonist ve antagonist ilaçlar farklı etkilere neden olabilmektedir. Kolinerjik agonist ilaçlar depresyon belirtilerine sebep olup mani belirtilerini azaltabilirler (47,59).

GABA (G-Aminobutirik asit); monoamin yollarında inhibitör etkisi vardır. Depresif hastaların bazılarının beyin omurilik sıvısı, plazma ve beyin GABA seviyelerinde düşüklük saptanmıştır (47,59).

Ön hipofizden büyüme hormonu salgılanmaktadır. Büyüme hormonunu somatostatin inhibe etmektedir. Manide beyin omurilik sıvısında somatostatin seviyesinin artmış olduğu, depresyonda ise somatostatin seviyesinin azalmış olduğu saptanmıştır (47,59).

2.1.3.2.Genetik Faktörler

Aile üzerinde yapılan çalışmalar bir hastalığın kalıtsal olup olmadığına bakar. Farklı aileler, ikiz çocuklar ve evlat edinme üzerindeki çalışmalar duygudurum bozukluklarının kalıtsal özelliğini kanıtlamıştır. Verilerde bulunan bilgilere göre anne ya da babanın birinde duygudurum bozukluğu var ise; çocukta %10-25 arasında duygudurum bozukluğu riski olduğu saptanmıştır. Hem anne hem babada duygudurum bozukluğu var ise çocuktaki risk %50'lere çıkmaktadır (47,60).

Duygudurum bozukluğu olan hastaların akrabalarında şizoaffektif bozukluk ve şizofreni gibi psikiyatrik rahatsızlıklar daha fazladır (61). Bipolar bozukluk hastalarının akrabaları travmaya maruz kaldığında, intihar girişimi ve düşüncesi bakımından riskli oldukları yapılan araştırmalarca belirlenmiştir (62).

Bipolar tip 1 ile yapılan ikiz araştırmalarında monozigot kardeşler arası gen konkordansının hastalık için tek yumurta ikizlerinde yaklaşık %40, çift yumurta ikizlerinde ise yaklaşık %5 olduğu saptanmıştır (63). Unipolar depresyon dahil edildiğinde monozigotlarda oran %67 ile %90, dizigotlarda ise %19 ile %23'e yükselmektedir. Monozigot ikizlerde konkordans oranının %100 olmaması psiko-sosyal etiyolojik etkenlerin de önemli olduğunu göstermektedir. İkiz kardeşlerde yapılan çalışmada hem hasta olan kardeş, hem hasta olmayan kardeş takip edildiğinde bu ikiz kardeşlerin çocuklarında bipolar bozukluğun ortaya çıkma riski eşit bulunmuştur (64).

Mani ile ilgili ilk genetik çalışma Uluşahin'in (2004) ifadesine göre 1969 yılında yapılmıştır (65). 25 yıl kadar önce X kromozomu ve Amishlerdeki 11. Kromozom üzerinde çalışılırken daha sonra 5,18 gibi kromozomlarda devam etmiş, bilhassa 18p'deki bir kısmın hastalığın kliniğinden ciddi oranda sorumlu olabileceğini bildiren çalışmalar mevcuttur (65).

Bir genom çalışmasında, intihar girişiminde bulunmuş olan bipolar bozukluk hastaları ile 2p25 bölgesiyle ilişki saptanmıştır (66). Farklı bir çalışmada ise asit

fosfataz 1 geni ile intihar girişim tipi arasında ilişki bulunmuştur (67). MAPK1 ve CREB1 genlerinin de intihar girişimiyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür (68).

Birçok umut veren çalışma olsa da yinelenen araştırmalarda tutarlı verilere ulaşılamamıştır. 2013 yılında geniş bir genom ilişkilendirme-bağlantı çalışması yapılmış ve buna göre herhangi bir gen veya gen bölümünün hastalığın oluşmasında tek başına önemli rol almadığını ortaya çıkarmıştır (69).

2.1.3.3.Psikososyal Faktörler

Bipolar bozukluk tanısı konan hastalarla yapılan araştırmalarda özellikle psikolojik unsurlardan karakter yapısına önem verilmiştir. Bir takım çalışmalar sonucunda bulunan bazı kişilik özelliklerinin bipolar bozukluğa eğilimi arttırdığı belirtilmiştir. Bu özelliklerden bir tanesi nevrotik kişiliktir. Nevrotik kişiliği olan bireylerin daha öfkeli, depresif, suçluluk hissiyatının daha fazla olması gibi nedenlerden dolayı negatif duygudurumları ve bilişsel yetileri taşıdığı bildirilmiştir (31).

Hastalardaki potansiyel risk faktörlerini belirlemek için hasta ve hasta olmayan bireyler ile karşılaştırmalı kesitsel ya da retrospektif araştırmalar yapılmıştır. Bu araştırmalar neticesinde çevresel faktörler, bilişsel stiller ve gelişimsel özelliklerin bipolar bozuklukla ilişkili bulunmuştur (70). Psikososyal stresin epizotları arttırdığı görülmüştür. Erken çocukluk döneminde anne yoksunluğu, anne ve babadan uzun zaman ayrı kalma gibi sebeplerle bebeklikte yaşanan depresyonun ileri yaşlar için bipolar bozukluğa yatkınlığı önemli derecede arttırdığı bildirilmektedir (31). Yapılan çalışmalarda bipolar bozukluğu olan çocuk ve ergenler, kontrol grubuna göre daha çok olumsuz olaylara maruz kaldığı görülmüştür (71). Çocukluk dönemlerinde maruz kalınan travmatik olayların, sömürü ve ihmalkarlık gibi olumsuz faktörlerin ilerleyen yıllarda bireylerde duygudurum bozukluğu görülme olasılığını arttırdığı yapılan çalışmalarda tespit edilmiştir (72). Bipolar bozukluk tanısı almış olan kişilerin çocukluğunda istismar edildiği ve ihmalkarlığa uğradıkları belirlenmiştir (72).

Psikodinamik kuramlar duygu durum bozuklukları ile alakalı depresyonu daha fazla açıklamaya çalışır. Mani ise altta yatan depresyona karşı bir savunma olarak görülür. Melaine Klein'e göre mani başka insanları idealize etme, agresyon ve kaybolmuş sevgi nesnesine yönelik savunmadan oluşur (48).

Hastaların sosyoekonomik düzeyleri ile bipolar bozukluk arasındaki ilişkiyi incelemek için yapılan çalışmalarda, yüksek sosyoekonomik seviyeye sahip olan bireylerde bipolar bozukluğun daha yaygın olduğu görülmüştür (73). Bu araştırmaların tam aksini destekleyen çalışmalar da bulunmaktadır (74).

2.1.4. Bipolar Bozukluk Belirtileri ve Tanısı

DSM-V'e göre duygudurum dönemleri; mani, hipomani ve majör depresyondan oluşmaktadır. Mani döneminde taşkın, çabuk kızan, olağandışı duygudurum ve amaca yönelik hareketlilikte, içsel güçte sürekli bir artış görülmektedir. En az bir hafta benlik saygısında abartılı artış, kibirlenme, uyku gereksiniminde azalma, konuşmalarında artış, fikir uçuşmaları, dikkat dağınıklığı, psikomotor ajitasyon ve zarar verici etkinliklere aşırı katılma semptomlarından en az üçü bulunmalıdır (44). Aşırı neşe, coşku ve en çok öfke akut maniyeye egemendir fakat oldukça değişkendir. Yüksek sesle gülmeler iritabiliteden öfkeye, üzüntüye ve ağlamalara kadar değişebilir. Coşkusuna ve hareketliliğine kısıtlama getirmeye çalışıldığında çok çabuk kızar, saldırganlaşabilir ve engellenme eşikleri düşüktür. Bilinç açık, yönelimleri tam, bellek ve algılamaları yerindedir. Dikkat dağınıklığı ve delüzyon/sanrı/hezeyan da fazla oranda görülmektedir (75-77).

Psikotik olan manilerde sanrılar görülebilir. Sanrılar duygudurumla uyumlu olarak büyüklük, üstünlük belirten sesler duyma biçiminde olabilir. Hızlı düşüncelerinden dolayı düşünceleri parçalanır, sürekli ve hızlı konuşurlar, konularında tutarsızlık gözlenir. Çok fazla fikir uçuşması yaşamalarından dolayı konuşmaları karışık ve anlamsız olabilir. Aralıksız yüksek ses ve vurgulu konuşma ayırıcı bulgulardandır. Konuşmalarına hiç ara vermeyen hasta bir konuşmacıdan diğerine döner, hiç kimse olmasa bile kendi kendine konuşur. Düşünce içeriği çoğunlukla benlik kabarmasını yansıtır. Büyüklük düşünceleri zaman geçtikçe sanrılara dönüşür. İçgörü sınırlanmış durumdadır (75-77).

Psikomotor aktivite çokça fazladır, cinsel ilgi artmıştır, süperego denetimi azalmıştır, dürtülerini kontrol edemez ve zevki erteleyemezler. Sorumsuzluk, aşırı para harcama yaygın olarak görülür. Akut mani dönemindeki hastalar kendi isteklerini başkalarına yaptırmak için dolandırıcılığa sık sık başvururlar ve istedikleri gibi olmadığında sorumluluğu başka birine yüklerler. Az uyudukları halde yorgun olmazlar,

tüm gün enerjileri hiç azalmaz. Duygu durumları yüksek olduğundan parlak renkli, dikkat çeken, görkemli ve aşırı açık kıyafetler giyebilirler. Makyajda ve takı takmada aşırı artış gözlenir (75-77).

Hipomani döneminde; en az dört gün süren taşkınlık, iritabilite ve yükselme gibi duygudurum değişikliği (DSM-IV) görülmektedir. Bu değişiklik topluma veya hastanın kendisine zarar verecek kadar ağır değildir. Bu dönemde hastanın hastaneye yatma ihtiyacı olmayabilir. Psikotik özelliklerin varlığı söz konusu olduğunda tanım olarak mani dönemidir (44). Duygu durumu neşeli ve abartılıdır. İstedikleri yapılmadığında çok hızlı aşırı tepki verebilir, benlik ve yetenek algıları yüksektir, fikirleri hızlı ifade eder, motor aktivitede artış gösterir. Kendisinden çok başkaları ile ilgilenir, konuşur fakat arkadaş olacak kadar içten değildir. Uygunsuz ve yüksek sesle güler, libido artmıştır (75).

DSM-V'e göre bipolar bozukluk bipolar I ve bipolar II olarak ikiye ayrılmıştır. Bipolar I 'in tanı kriterlerinde “en az bir mani, öncesinde ya da sonrasında hipomani veya majör depresyon dönemi yaşanması” bulunmaktadır. Bipolar bozukluk II de ise “mani dönemi yaşanmadan, en az bir hipomani ve en az bir majör depresyon yaşanması ve dönemler arasında bireylerin işlevselliğinin etkilenmemesi” bulunmaktadır (44).

DSM-V'e göre majör depresif dönem, depresif duygudurum veya tüm aktivitelere karşı kayıtsız kalma, zevk alamamanın en az on beş gün sürmesidir. İştah azalması, kilo kaybı, uyku ve psikomotor aktivitede değişiklik olması, enerjide azalma, değersiz olduğunu düşünme, suçluluk duygusunda artma, karar vermede zorluk yaşama, tekrarlayan intihar düşünceleri ve girişimleri gibi belirtilerin en az dört tanesini içermelidir (44). Bu dönemde duygulanımda derin üzüntü ve iç acısı görülür, çok sık ve çok çabuk ağlarlar. Ağır çökkünlükte sabah bunaltısı ciddi bir belirtisidir. Dikkat azalması, aşırı üzüntü ve sıkıntıdan dolayı unutkanlık çok gözlenir. Algıda herhangi bir değişiklik olmaz, bazı hastalarda depersonalizasyon, derealizasyon belirtileri görülebilir. Düşünce hızı yavaş, düşünce içeriği pişmanlık ve gelecek endişesi ile doludur. Öz saygıda azalma görülür. Suçluluk hissi ve değersizlik cezalandırılma kaygılarına yol açar. Ölüm isteği ve intihar düşünceleri gelişir. Hipokondriyak uğraşlar ve bedensel yakınmalar görülür (77).

2.1.5.Bipolar Bozukluk Tedavisi

Bipolar bozuklukta hastalığın kontrolü amacıyla sürekli ilaç tedavisi gerekmektedir. İlaç ile birlikte psikososyal müdahaleler ve psikoterapiler de kullanılır. Kullanılan ilaçlar ile psikoterapi bipolar bozukluğu olan hastaların %75–80 normal bir hayat sürmelerini sağlamaktadır (78). Tedavinin genel amacı epizotların şiddetini ve sıklığını kontrol edebilmek, olumsuz psikososyal sonuçları önleyip, eşlik eden morbidite ve mortaliteyi azaltmak, epizotlar arası işlevselliği düzeltmek ve artırmak, tedavi sürecinde oluşabilecek relapsları önlemektir (49,79-82).

Bipolar bozukluğun tedavisi hastaya ve hastanın yaşadığı koşullara göre değişiklik gösterir. Sadece duygudurum düzenleyici ya da ikinci kuşak antipsikotiklerle beraber kombine ilaç tedavisi kullanılabilir. Yeni atakların engellenmesi için koruyucu tedavi uygulanır. Tedavide en fazla kullanılan ilaçlar, lityum, valproat, lamotrijin ve olanzapindir. 1970'lerde lityum tedavisi ile intiharı önlemede önemli bir adım atılmıştır (83,84). Elektrokonvülsif tedavi ise psikotik nitelikte, yoğun intihar düşüncesi olan depresif hastalarda, hamilelerde ya da ilaç tedavisinden fayda görmeyen dirençli hastalarda kullanılabilir (85).

Bipolar bozuklukta ilaç tedavisi ile beraber bilişsel terapi, kişilerarası sosyal ilişki terapisi, davranış terapisi, psikoanalitik yönelimli terapi ve aile terapileride kullanılır. Bu terapilerle hastanın iç görü kazanması hedeflenir ve işlevselliğini, ilaç uyumunu arttırması beklenir (77,86).

2.2. Bipolar Bozukluğu Olan Aile Üyesi İle Yaşamının Bakım Verici Üzerine Etkileri

Kronik psikiyatrik bozukluklar kişilerde bilişsel zarar ile beraber, yeti yitimine, sosyal ve ekonomik kayıplara sebep olur. Hastalar gerek ailesine gerek topluma karşı sorumluluklarını yerine getiremez, devamlı olarak ailesinden destek ve bakım almak mecburiyetinde kalır (87). Kronik psikiyatrik bozukluk tanısı olan bireyle aynı evi paylaşan, hastaya duygusal fiziksel ve maddi olarak destek veren, hastanın düzenli sağlık kontrollerini yaptıran, ulaşım, alışveriş, yıkanma beslenme, giyinme gibi ihtiyaçlarını karşılayan, ev işlerinde ona yardımcı olan ve hastanın para yönetimini sağlamasına yardımcı olan kişiler “bakım verici” olarak tanımlanmaktadır (88).

Bakım sunarken sorumluluklar arttıkça bakım verme – alma ilişkisinde sorunlar oluşmaya başlar. Bakım verenin yaşamı tek taraflı, bağımlı, yoğun, yorucu bir döneme dönüşebilmektedir. Ailede bakım vermek kronik bir hal aldığından bakım verenlerin iş ve aile hayatlarında, sosyal yaşantılarındaki istemlerle birleştiğinde bakım veren yüküne neden olmaktadır (89). Bakım verirken yaşanan fiziksel, sosyal, ruhsal veya finansal etkiler bakım veren yükü olarak adlandırılır (90). Bipolar bozukluğun ailesel bir yüke neden olduğu çalışmalarda belirlenmiştir (3,91).

Bakım vermek bakım verenlerin hayatları için etkisi çok uzun ve zarar verici boyutta olabilmektedir. Bakım vermenin meydana getirdiği ihtiyaçlar, bireyin diğer rolleri ile bakım verme rolü arasında çatışmaya sebep olmaktadır. Sosyal aktiviteler, aile ve sosyal ilişkiler, rutin aile işleri, iş hayatındaki değişimler ve hastalığın getirdiği ekonomik etkiler hastalığın nesnel yükü olarak tanımlanmaktadır (92,93).

Uzun zaman devam eden bakım verme sağlık, sosyoekonomik ve psikolojik durum gibi alanlar ile yaşam kalitesini etkilemektedir. Psikiyatrik bozukluğun bakım verenlerinin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkilediği, hastalığın ruhsal ve fiziksel olarak yük olduğu birçok yayında bildirilmiştir (94-96). Yapılan çalışmalara göre psikiyatrik bozukluklara sahip bireylerin ailelerinin sağlıklarının bozulma riski yüksektir. Depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziki sağlıkta bozulma, sosyal izolasyon, ekonomik problemler bakım verenin yaşadığı yük nedeniyle oluşmaktadır (94,97,98). Larsen'in yaptığı çalışmada bakım verenlerin %60.6'sı bakım vermek zorunda olduğundan kendisine zaman ayıramadığını, %78.8'inin yorgun hissettiği, %84.9'unun bakım verdiği kişi ile iletişim problemleri olduğunu, %56.9'unun ekonomik sıkıntı içerisinde olduğunu ifade etmiştir (99). Doornbos (1997) çalışmasında bakım vericilerin öfke, depresyon, çaresizlik ve hayal kırıklığı gibi duygular hissedebileceğini belirtmiştir. Bir çalışmada ayrıca, bipolar bozukluğu olan kişinin ailelerinin, ilgi gösterme, problem çözme, genel işlevler konusunda yetersiz olduğu saptanmıştır (97). Ailelerin para ile ilgili, yasal, evlilik, iş, ev ve hastalıklarla ilgili problemlerinin de olduğu belirtilmiştir (100-103). Bakım verenin iyilik durumunun hastalığın seyrini olumlu etkilediği bilindiğinden (104), bakım verenin yaşam kalitesi hasta ve hastalığın seyri açısından önem taşımaktadır (105). Bipolar bozukluk tanısı almış hastaların bakım vericilerinin yaşam kalitesi daha düşük olma yönündedir ve hastanın yaşam kalitesi bakım verenin yaşam kalitesi ile ilgilidir (106-107).

Bipolar bozukluk tanılı hastaların manik dönemleri genellikle hastanede yatmayı gerektirir ve bu durum kişisel ilişkileri, kariyerleri ve finansal bağımsızlık bakımından kötü sonuçlar oluşturabilmekte ve hastanın kendisine veya bakım verene karşı yüksek agresyon riskine sebep olmaktadır. Bakım verenlere büyük problem oluşturan bir durum da sosyal işlevselliğin azalmasıdır ve bu durum hastanın iyilik halinin sürekliliği açısından olumsuz etki yaratabilir (8-11). Bakım veren kişilerin yüzde ellisinden fazlası maddi veya manevi desteğe ihtiyaç duyduğunu belirtmiştir. Hastaların yarıya yakınının bir işe düzenli devam edememesi sebebiyle kendi tedavi ve bakım masraflarını karşılayamamaları söz konusudur. Bu durum hem ailenin gelir kaynağını azaltmakta hem de giderleri artırmaktadır (3). Gümüş'ün şizofreni ailelerinde yaptığı bir çalışmada ailelerin bakım verirken hastalığın sebeplerini ve tedavisi ile alakalı genel bilgileri, şizofreninin belirtileri ile başetme, stresle başetme, iletişim kurma, hastaya aktivite zamanı oluşturma, sorun çözme ve hastaların yasal hakları konularındaki bilgilere ihtiyaç duydukları bulunmuştur (108).

2.4.Duygu Dışavurumu

2.4.1. Duygu Dışavurumu Tanımı ve Değerlendirilmesi

Duygu Dışavurumu (DDV) 'Expressed Emotion (EE)' kavramı ilk olarak Brown ve arkadaşları (1972) tarafından ortaya atılmıştır. DDV, ev ortamında duygusal atmosferi yansıtan bir kavram olarak tanımlanmıştır. Brown DDV'nu "evde birisi hakkında eleştirilerde bulunulması (eleştirinin niteliği ve ses tonunun yüksekliğine göre karar verilmesi), hastaya karşı düşmanlığın varlığı ya da yokluğu ve bunun derecesi, doyumсузлук, hastaya karşı yakınlığın-sıcaklığın değerlendirilmesi, akrabaların hastayla ilişkilerinde aşırı fedakârlık, müdahalecilik göstermeleri ve kendilerinin iç dünyalarını hastaninkinden ayıramama" şeklinde tanımlamıştır (17).

Sonraki yıllarda duygu dışavurum kavramı anlaşılmaya ve tanımlanmaya devam edilmiştir. Vaughn ve Leff (1976), duygu dışavurumunu "şizofreni tanısı almış aile fertlerinin patolojik davranışlarına karşı meydana çıkan tavır, tutum ve başa çıkmaya yönelik davranışlar" olarak tanımlamıştır (109). Bland ise (1982) "hastaların yakınlarından gelen ve hastalığın gidişine etki ettiği düşünülen, eleştiricilik, düşmanlık, aşırı ilgi-müdahale etme ve sıcaklık şeklinde bileşenleri olan dışa vuran duygulanımlardır" şeklinde tanımlamıştır (110). Duygu dışavurumunu Kazarian (1992)

“bir üyesinde psikiyatrik rahatsızlığı olan ailelerde, yakınların o üyeye karşı duygusal tutum ve davranışlarıdır” şeklinde açıklamıştır (111).

Kuipers çalışmalarında duygu dışavurumunu ölçerek aile atmosferini değerlendirip güvenilir ve geçerli tahminler meydana çıkartılabileceğini hatta duygu dışavurumunun hayatın kan basıncı olarak da görülebileceğini vurgulamıştır (112). Duygu dışavurumu ailenin oluşturduğu duygusal platformun kalitesinin indeksi olarak görülmüş ve duygu dışavurum düzeyi ile hasta ve bakım veren arasındaki ilişkinin kalitesini belirlediği açıklanmıştır (113,114). Kişiler arası ilişkiyi ölçen duygu dışavurumu hem ailenin hem de hastaların ilişkilerindeki davranış kalitesini, hastanın işlevselliğini yordayabildiği düşünülmüştür (115).

Duygu dışavurum kavramı; eleştirici olma, düşmancıl (hostilite) yaklaşım ve aşırı koyucu davranış gösterme, gösterme davranışlarıyla açıklanmıştır. **Eleştirici oluş**, kişinin davranışlarını veya karakterini beğenmeme, tasdik etmeme ve eleştirel bir ses tonu ile rencide edici söz ve fikirlerdir. Duygu dışavurumunun alt boyutu olan eleştirel tutum, ses tonu veya konuşma içeriği ile belli edilen hasta hakkında yapılan olumsuz yorumlar, negatif ilişki tarzı, hastanın varlığından aşırı rahatsızlık duyma davranışı olarak tanımlanır (116). Ev işlerine dahil olmamak, sabahları erken uyanamamak gibi sıkıntılardan dolayı hastayı suçlayarak eleştirmek bu tutuma örnek teşkil edebilir. **Hostilite (düşmancıl yaklaşım)** ise hasta kısıtlandığında ya da toplumsal eleştirici dışavurum oluştuğunda ortaya çıkar, örneğin “keşke ölseydi” gibi. **Aşırı koruyucu/kollayıcı olma**; hastaya karşı aşırı kendini adama, onu aşırı koruma, aşırı bir şekilde kendisini hastanın yerine koyma ve üzüntüyü içerir. Hasta yakını aşırı derecede endişe duymaktadır. Hasta öncesinden daha az yetenekli, çok kırılğan ve duyarlı olarak algılanır, yetişkin bireyselleşme ve ayrılma sürecinin tam tersi ile sonuçlanır (18,19). Duygusal aşırı düşkünlük ve kollayıcı alt boyutunda bakım verici, hastaya karşı olması gerekenden fazla fedakârlık yapar, hastaya karşı aşırı duygusal tepkiler verir, kendini hastaya adanmış gibi davranır, her olayın kendi hatasından kaynaklandığını düşünür ve hasta bireye acıyarak yaklaşır onun her ihtiyacını kendisi karşılamak ister kendi ihtiyaçlarını göz ardı eden davranışlarda bulunur (117).

DDV hasta ile kan bağı olan kişilerin eleştirel, düşmancıl veya duygusal olarak aşırı müdahaleci davranışlarının seviyelerine göre yüksek DDV ve düşük DDV olmak üzere iki ayrı kategoriye de ayrılır (21). DDV yüksek olan ailelerin çok konuşup, az

dinledikleri, aşırı müdahaleci ve suçlayıcı oldukları, tepkilerinin abartılı olduğu, hastanın rol yaptığından şüphe duydukları, bu ortamlarda yaşayan hastaların da yaşam olaylarına tek başına çözüm bulma yetilerinin zayıf bulunduğu, DDV düşük olan ailelerin ise; daha toleranslı, yardımsever, ilgili, duyarlı, kabullenici, serinkanlı özellikler taşıdığı bilinmektedir (19,109,118,119).

Duygu dışavurumunu ölçmek farklı ölçekler kullanılmaktadır. Uzun süren ölçek olan Camberwell Aile Görüşmesi (CAG) yerine daha kısa olan ölçekler klinik ortamda daha sık kullanılmaktadır. Aile ortamının duygusal boyutunu belirlemek amacı ile klinisyenler için kullanımı en kolay olan Beş Dakika Konuşma Ölçeğidir (BDKÖ). Aile üyesi ile beş dakikalık görüşme esnasında konuşmanın ilk cümlesi hasta hakkında olumsuz yorum/eleştiride bulunursa ya da bir veya birden fazla eleştirel yorumda bulunursa yüksek duygu dışavurum olarak değerlendirilmektedir. Konuşma yapan aile üyesinin hasta hakkında bir veya birden fazla olumlu cümleler kurması, geçmişe yönelik kendini aşırı suçlayıcı ifadelerde bulunması aşırı duygusal düşkünlüğü göstermekte ve yüksek duygu dışavurum olarak değerlendirilmektedir. Beş dakikalık görüşme de Camberwell aile görüşmesi gibi yüksek duygu dışavurumunu belirleyebilmekte fakat düşük duygu dışavurumu olan aileleri belirleyememektedir (120).

2.4.2.Duygu Dışavurumunun Tarihsel Gelişim

1958 yılında Brown, Carstairs ve Topping duygu dışavurumu konusunda ilk araştırmayı yapmışlardır. Retrospektif olan bu araştırma üçte ikisinin şizofreni tanısı almış olan 229 erkek hasta ile yapılmıştır. Brown araştırmasında hastaların taburculuk sonrası girmiş olduğu ortamın hastaların toplum içindeki başarısı veya başarısızlığı ile ilişkili olduğunu belirlemiştir. Pansiyonda ve evlerinde kardeşleri ile birlikte yaşayan hastalar taburcu olduktan sonra daha iyi yaşam sürmekte fakat büyük otellere yerleştirilmiş olanlar ve ailesi yanında yaşayanlar ise kötü yaşam sürmektedir. Araştırmada hastaların akrabaları ile yüz yüze geçirdikleri süre ne kadar uzun sürer ise nüks riskinin o kadar arttığı bulunmuştur. Ayrıca hastanın veya hasta yakınının işte çalışması sebebiyle daha az yüz yüze görüşmelerinin relaps riskini belirgin derecede düşürdüğü belirlenmiştir (121).

1959 yılında başlayıp 1962 yılına kadar devam eden Brown ve arkadaşlarının 129 şizofreni tanısı almış olan erkek hasta ile yaptığı prospektif çalışmada, hastalar ve anahtar akrabası ile taburculuk sırasında, taburculuktan bir hafta sonra ve bir yıl sonra tekrar görüşme yapılmıştır. Bunun sonucunda duygu dışavurumu düşmancıl/baskın oluş ve yüksek duygu dışavurumu ve düşük duygu dışavurumu gösterenler akrabalar olarak iki ayrı kategoriye ayrılmıştır. 1 yıl sonra yüksek DDV olan akrabaları ile yaşayan şizofreni hastalarının düşük DDV olan akrabaları ile yaşayan hastalara göre daha fazla relaps gösterdiği bulunmuştur. Yüksek duygu dışavurumunda %56 nüks oranı, düşük duygu dışavurumunda %21 nüks oranı saptanmıştır (121).

1966 yılında Brown ve arkadaşları hastalara yönlendirilen duyguları daha güvenilir ve geçerli bir şekilde değerlendirebilmek için Camberwell Aile Görüşmesi (CAG) geliştirir fakat bu görüşme üç saat sürdüğü için 1976 yılında Vaughn ve Leff bir saat gibi kısa bir süreye indirgerler ve bu yeni formu Brown ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmayı aynen yinelemekte kullanırlar. Yeni oluşturulan bu duygu dışavurum formu ile Brown'un çalışmasına çok yakın sonuçlar ortaya çıkar (109,121).

1958 yılından 1980'li yıllara kadar duygu dışavurumu konusunda çok fazla gelişmeler olmuştur. Yapılan araştırmalar sonucunda aile ve hasta arasındaki etkileşimlerin duygusal komponentinin ehemmiyeti açığa çıkmıştır. Kuipers, 1979 yılında yayınlanan gözden geçirme yazısında DDV'nun, hastaya yönelen aşırı koruyuculuğun-kollayıcılığın-ilginin-müdahaleciliğın ve eleştirel ifadelerin güvenilir değerlendirmesine dayanan çok özel bir ölçüt olduğu sonucuna varmıştır (122).

DDV'ü ilk çalışmada erkek şizofreni hastalarının ailesi ile yakın ilişkide olduğu ortama dönmesinin her zaman iyi sonuçlar oluşturmayacağı sonucuna varılmıştır. İkinci çalışmada yüksek düzeyde koruyucu/kollayıcı terimi kullanılmıştır. Vaughn ve Leff, üçüncü çalışmasında duygu dışavurumu terimini kullanmış ve bu kavrama olan ilgi artmaya başlamıştır (122).

Son 15-20 yılda DDV'un yapısı ayrıntılı olarak çalışılmıştır. Duygu dışavurumu ve nüks ilişkisi ilk başta şizofreni hastalarında meydana çıkartılmış olmasına rağmen unipolar depresyon, yeme bozuklukları, iki uçlu mizaç bozukluklarında duygu dışavurumuna dair kanıtlar tespit edilmiştir. Bazı fiziksel hastalıklarda (diabetes mellitus ve demans) da kullanılmıştır. Bu araştırmalara göre

duygu dışavurumu sadece şizofreni ile ilgili bir yordayıcı değil genel bir yordayıcıdır ve DDV modifiye edilebilen bir kavramdır (122).

2.4.3.Duygu Dışavurumunun Aile Üzerindeki Etkileri

Yüksek duygu dışavurumu hem hastanın hem de ailesinin katıldığı olumsuz, belki zorlayıcı iletişim biçimlerini gösteren bir olgudur (123). Hastanın kullandığı ilaçların, hastaları hasta yakınlarının stresine karşı koruyamadığı düşünülmektedir (17). Özütek (2005)'in çalışmasında, yüksek duygu dışavurumuna sahip aile üyelerinin roller ve genel işlevler alanında bozulma saptanmıştır (12). Kuşçu ve ark. (2005) yaptığı çalışmada yüksek duygu dışavurumuna sahip hasta yakınlarında umutsuz ve olumsuz gelecek algısı ifadelerinin anlamlı derecede ilişkili olduğunu saptamıştır (124). Scazufca'nın yaptığı çalışmada yüksek DDV olan ailelerde düşük DDV olan ailelere göre daha fazla aile yükü olduğunu belirtmiştir. Duygu dışavurumu ve aile yükünün hastanın gösterdiği klinik durumdan çok hastanın durumunun akrabaları tarafından değerlendirilmesine bağlı değişkenler olduğunu destekleyen sonuçlar saptamıştır (114).

DDV'ü yüksek olan aileler ile düşük ailelerde psikolojik belirtinin görülme riski karşılaştırıldığında, yüksek duygu dışavurumlu ailelerde düşük duygu dışavurumlu ailelere oranla psikolojik belirtilerin beş kat fazla olduğu bulunmuştur (125). 35 şizofreni tanılı hasta yakını üzerinde yapılan araştırmada, yüksek DDV'ü olan akrabaların düşük DDV olan akrabalara göre hastanın davranışları hakkında daha fazla kontrol uyguladıkları ve aile arasındaki iletişimin veya hastaya ait faktörlerin de DDV tutumlarını etkilediği belirtilmiştir (126). 2010 yılında Tayvan'da yapılan bir çalışmada lise öğrencilerine yansıtılan yüksek DDV davranışlarının direkt olarak depresyon, indirekt olarak da anti sosyal davranışları arttırdığı saptanmıştır (127). Anneler ve sağlıklı çocukları ile yapılan bir çalışmada duygu dışavurumu alt boyutu eleştirelilik bakımından yüksek annelerin çocuklarında uzun vadede depresyon geliştirme riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur (128). Sağlıklı örneklem ile yapılan çalışmalara bakıldığında yüksek duygu dışavurumunun çocuk ve ergen psikolojik belirtiselliği ile çeşitli şekillerde ilişkili olduğu ve bu ilişkinin genellikle olumsuz yönde olduğu görülmektedir (128-132).

Carra ve ark. (2012) yüksek DDV grubunda eğitim düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğunu bulmuşlar, bunu, yüksek eğitim düzeyinin daha geniş sosyal alan

sağlayarak hasta ile yakınının daha az birlikte zaman geçirmelerini ve hastaya karşı daha az eleştirel ya da koruyucu olmalarını sağlaması ile açıklamışlardır (133). Arslantaş ve ark. eğitim düzeyi düşük hastalarda daha yüksek DDV düzeyi bildirmişler, ilkokul ve altında eğitim düzeyi olan hastalarda ailenin nesnel yük algısının daha yüksek olduğunu belirtmişlerdir (22). Bipolar ergenlerin anne-babasinda yapılan incelemede, hastalığın ciddiyeti ve işlevselliğinin yüksek DDV ile alakalı olmadığı, çocukluk çağında erkeklerin ebeveynlerinin kızların ebeveynlerine oranla daha az eleştirel tutum sergilediği belirlenmiştir (134). Ergenler üzerinde yapılan çalışmalarda, yüksek duygu dışavurumlu ailelerde ergenlerin içselleştirilmiş, dışsallaştırılmış belirtilerinin daha fazla olduğu bulunmuştur (128,129,131,135,136). Literatürde cinsiyet ve kültürel etkenlerin yüksek duygu dışavurumuna olan etkisine önem verilmiştir (27).

Duygu dışavurumun yüksekliğini etkileyen faktörler içerisinde hastanın ailesinin hastalığa, ilaca bakış açısı ve tutumları yer almaktadır (137). Diğer etmenler; aile, kültürel fark, hastalığa ve hastaya yönelik tutum, görevler, toplum yapısı olarak bilinmektedir. Bular hastalığın seyrini ve hastayı etkilemektedir (138). Araştırmalarda bakım vericilerin karakter özellikleri, yükü, anksiyetesi, depresyon düzeyi, psikolojik stresi ile duygu dışavurum seviyesinin ilişkili olduğu saptanmıştır. Eleştirel tutumlar bakım vericinin benlik saygısının düşük ve kaçma başetme yöntemini kullanmasıyla alakalıdır (13). Farklı bir araştırmada bipolar bozukluk belirtilerinin değişkenliğine ve hastalığın algılanışına önem verilmiştir. Epizot sırasında DDV düşük olan akrabaların DDV yüksek olan akrabalara göre, epizottan sonraki dönemde hastanın hastalık belirtilerinin ve olumsuz tutumlarının kontrol altına alınabileceğine daha çok inandıkları saptanmıştır (139).

2.4.4.Duygu Dışavurumunun Hasta Üzerindeki Etkileri

1960'lı yılların sonlarından itibaren şizofreni hastalarının ailelerindeki dışa vuran duygu durumu birçok araştırmanın ilgi odağı olmuştur. Dışa vuran duygu durumu yüksek olan ailelerle birlikte yaşayan şizofreni hastalarında, relapsların ve tekrar hastaneye yatış oranlarının belirgin oranda arttığı yapılan araştırmalarla tespit edilmiştir (19,109,118,119). Ailelerin yüksek duygu dışavurumu göstermeleri hastaların diğer hasta popülasyonuna göre daha fazla alevlenme dönemi yaşamalarına yol açabilmektedir (19,30). Bipolar bozukluğun gidişatı ve aile faktörleri açısından yapılan incelemelerde, taburculuk sonrası hastanın gittiği ailenin duygulanımı, hastalığın

gidişatını ve sosyal fonksiyonlarını uzun dönemde yordayabildiği ve yüksek DDV’u olan ailelerde relaps oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir (29).

Yirmibir bipolar afektif ve şizoafektif bozukluğu olan hastalar ile dokuz aylık izlem çalışması yapılmış ve yüksek DDV’u olan akrabaları ile beraber yaşayan hastaların görüşmeden önceki üç yıllık zamanda ve görüşmeden sonraki takipte düşük DDV’u olan akrabaları ile yaşayan hastalara göre tedaviye daha kötü yanıt verdikleri tespit edilmiştir. Şizofreni tanılı hastaların düşük DDV’u olan akrabalarıyla yaşamaları iki yıldan daha fazla profilaktik tedaviden yarar sağladığı ve ailelere sosyal müdahalenin hem ailedeki DDV’u hem de hastadaki nüks oranını düşürdüğü saptanmıştır. Çalışmalarda üç yıldır lityum kullanan ve lityuma yanıt veren hastalarda koruyuculuğun daima tam olmadığı gözlenmiş ve duygu dışavurumu düzeyinin lityuma olan cevabı etkileyebileceğini gösteren bulgular elde edilmiştir (140). Japonya’da yapılan bir çalışmada 32 iki uçlu mizaç bozukluğu hastası dokuz ay boyunca izlenmiş ve yüksek DDV’u olan grubun relaps riski %83,3, düşük DDV’u olan grubun relaps riski ise %19,2 olarak bulunmuştur. İki yıl süren şizofreni hastaları ile olan çalışmada ise yüksek DDV’u olan grubun relaps riski %71, düşük DDV’u olan grubun relaps riski %37 olarak tespit edilmiştir (141,142). Ülkemizde yaşayan bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericileriyle yapılan bir çalışmada, yüksek DDV’a maruz kalan hastaların relaps ve hastaneye yatış sayısının daha fazla olduğu, ilaç tedavisine uyumunun daha kötü olduğu saptanmıştır (14).

Brown ve arkadaşlarının başlangıç gözlemlerinden sonraki yaklaşık 40 yıl içinde yüksek DDV’lu aile çevresiyle ilişkinin, relaps için artmış bir risk oluşturduğu konusunda fikir birliğine varılmış gibi görünmektedir (143). Brown 1962’de yayınladığı makalesinde duygusal yanıtları değerlendirmenin nüks üzerinde etkisi olan beş maddeden bahsetmiştir. Bu maddeleri bakım verenin hastaya karşı *duygu dışavurumu*, bakım verenin *hastaya karşı düşmanlığı*, bakım verenin *hastaya karşı dominant ve emir verici davranışları*, hastadan bakım verenlere karşı duygu dışavurumu, hastadan bakım verenlere ve aile fertlerine karşı düşmanlık olarak açıklamıştır (144).

Çalışmalarda eleştirel-düşmanlık duygu dışavurumunun nüksü en fazla arttırdığı, duygusal aşırı ilgilenmenin eleştirelilik kadar sık görülen bir bulgu olmadığı ve nüksü daha az öngördüğü bildirilmiştir (17). Barrowclough ve Tarrrier (1990) eleştirel-düşmanlık duygu dışavurumunun yüksek olduğu ailelerde şizofreni hastalarının sosyal

işlevselliğinin düşük olduğu belirtilmiştir (145). Cutting ve ark. da özellikle eleştirel-düşmancıl duygu dışavurumunun hastalar tarafından açık bir şekilde algılandığını ve bu nedenle de stres oluşturduğunu öne sürmüşlerdir (146). Alvarez-Jimenez ve ark., ilk psikotik atakta yüksek eleştirel/düşmancıl duygu dışavurumu düzeyinin ailenin hastayı hastalığının sebebi olarak görme ve sorunu anlama yetersizliğine bağlı bir tepki olduğuna işaret etmişlerdir (147). Ülkemizde yapılan bir çalışmada Karancı ve İnandılar, toplumumuzda aşırı ilgi koruyucu-kollayıcı puanlarının daha yüksek olduğunu ve bunun geleneksel kültürle ilişkili olduğunu bildirmişlerdir (148). Yüksek aşırı ilgi koruyucu-kollayıcı puanı nüksü arttırırken, orta derecede aşırı ilgi koruyucu-kollayıcı puanının nükslere karşı koruyucu olabileceği bildirilmiştir (149) (150). Geleneksel kültürlerde ailelerin hastalığın nedenini daha fazla dışsal etmenlere bağladıkları ve hastayı daha az suçladıkları saptanmıştır (151,152). Tüzer ve ark. (2003)'nın 32 şizofreni tanılı hasta ve hasta aileleri ile yürüttükleri çalışmada aile ortamının psikopatolojinin şiddetini etkileyebileceği belirtilmiş ve hastalığın seyrini olumlu yönde değiştirebilmek için aile ortamını düzeltmeye yönelik müdahalelerin gerekebileceği sonucuna varılmıştır (23). Ebrinç ve ark. (2001) 42 hasta ve yakınlarıyla yaptığı çalışmada düşük duygu dışavurumuna sahip ailelerdeki şizofreni hastalarının aileden algıladıkları sosyal desteğin daha fazla olduğunu bildirmişlerdir (153).

2.4. Bakım Vericilerin Psikiyatrik Bozukluklarla İlgili İnançları

Psikiyatrik bozukluk tanısı almış olan hastaların ve yakınlarının hastalığa yönelik inanç, tutum ve damgalamaları ile alakalı araştırmalara bakıldığında; depresyonlu bireylere karşı tutumların olumlu olduğu (154), gündüz hastanesi gibi birimlere gelmeyen daha çok evinde duran hastaların psikiyatrik bozukluklarda içselleştirilmiş damgalanmayı daha fazla yaşadığı ve benlik saygısında düşüş olduğu (155), psikiyatri kliniğine başvuran hastaların damgalayıcı tutumlara karşı kaygısının yaygın olduğu (156), toplumun ve şizofreni tanılı hastanın yakınlarının hastalarını 'saldırgan' olarak betimlediği saptanmıştır (157,158). Psikiyatri polikliniğine başvuran ve ruhsal hasta olan birisiyle evlenmeyi düşünebileceğini ifade edenlerin sayısının oldukça az olduğu (156), epilepsiye ilişkin sosyal damgalanmanın, hasta ailesinin hastayla ilişkileri ve hastanın hareketleri konusunda karar vermesini etkileyen çok güçlü bir etmen olduğu belirtilmiştir (159).

Hasta yakınlarının ruhsal hastalıklara yönelik tutumlarını, hasta yakınının eğitim seviyesi, hastanın hastalığını akraba ya da çevresindeki kişilerin öğrenmiş olmasının

etkilediği (160), hastanın varlığından utanç duyma, hasta ile iletişime geçen kişilerin hastanın tehlikeli olduğunu düşünmeleri etkilemektedir (161). Toplumda liderlik görevi olan kişilerin ruhsal hastalıklara karşı olumsuz inanç ve tutumları önemlidir. Din görevlileri sosyal çevrede şizofreni tanısı almış olan hastalarına daha olumlu bir tutumda bulunurken, özel hayatlarında bu hastalardan rahatsız oldukları saptanmıştır (162). Çoğu psikiyatrik bozukluklar ergenlik döneminde belirti gösterdiğinden ergenlerin ruhsal hastalıklara inanç ve tutumları da önemli olmaktadır ve yapılan çalışmada ergenlerin ruhsal hastalıklara karşı olumsuz tutumda olduğu, hasta ile aralarına mesafe koyduğu belirtilmiştir (163).

Sosyodemografik değişkenler (yaş, cinsiyet, eğitim gibi), hastalık konusunda bilgi, hasta kişilerle kişisel deneyimin olması, ruhsal hastalık etiketi, hastalık psikopatolojisi, hastanın özellikleri de ruhsal hasta ve hastalıklarına yönelik inançlar üzerinde etkilidir (164).

2.5. Bakım Vericilerin Başetme Biçimleri

1970’li yıllarda stres yaşayan herkesin hastalanmadığı görülerek farklı bir değişken aranmış ve ‘başa çıkma’ kavramı ortaya çıkmıştır. Başa çıkma (coping) tanımı, insanların hayatlarına devam ederken karşılaştıkları problemlerle mücadele etme tarzları olarak ifade edilebilir. Lazarus ve Folkman başa çıkmanın dinamik bir süreç olduğunu ve kişi ile çevresi arasındaki stresli etkileşimler sırasında oluştuğunu belirtmişlerdir (165). Evrensel bir kavram olan baş etme tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi değişik etkenler ile değişiklik gösterebilir, kişiye özgü bir nitelik taşır (166). Son zamanlarda meydana gelen savaş, deprem terör gibi zorlayıcı olaylar arttığından dolayı başa çıkma ile ilgili araştırmalar da artmıştır ve insanların bu olaylara farklı farklı tepkiler verdiği belirtilmiştir. Başa çıkmanın en yaygın tanımı “stres oluşturan durumlar karşısında bireyin iç ve dış taleplerini yönetmek için kullandığı düşünce ve davranışlar” olarak kabul edilmiştir (167).

Başetme stratejileri literatürde çeşitli şekillerde ayrılmıştır. Başetme biçimlerini işlevsel olan ve olmayan tutumlar olarak ikiye ayrılabilir. Strese neden olan durum soruna çözüm aramama gibi yöntemler işlevsel olmayan tutumu; çözüm odaklı davranışlarda bulunma, destek arama gibi yöntemler işlevsel tutumu işaret eder (168). COPE ile “Duygusal odaklı” ve “sorun odaklı” baş etme stratejilerine “işlevsel olmayan” stratejiler de eklenmiştir. Genel olarak sorun odaklı başa çıkmanın, duygu odaklı başa çıkmaya göre

ruh sağlığı ile olumlu ilişkisinin daha gcl olduğu çeşitli araştırmalarda desteklense de bazı araştırmalarda tersi sonuçlara rastlanmaktadır. Özetle, hiçbir başa çıkma örüntüsü özünde iyi ya da kötü değildir, ancak durumun gerektirdiği başa çıkma ile kişinin kullandığı başa çıkmanın uygunluğuna bağlı olarak, iyi ya da kötü sonuçlara neden olmaktadır. En uygun başa çıkma dağarcığı, hem duygu hem sorun odaklı başa çıkma örüntülerinin birleşiminden oluşmaktadır. Ancak birey karşılaştığı durumda duygusal dengesini yeniden sağlamak için duygu odaklı başa çıkma tutumlarını kullanır ve sorun odaklı başa çıkma tutumlarını kullanmazsa ortaya olumsuz sonuçlar çıkacaktır (169,170).

Başka bir sınıflandırmada ise başa çıkma tutumları aktif ve pasif olan tutumlar olarak ikiye ayrılmıştır. Sorunlu durumun değiştirilmesini veya ortadan kaldırılmasını amaçlayan davranışsal ya da psikolojik stratejiler, aktif tutumlardır. Pasif tutumlar ise sorunlu durumdan uzaklaşmaya neden olurlar. Uyuma yönelik olan ve olmayan tutumlar ayrımı da baş etme tutumlarının bir başka sınıflandırma biçimidir. Psikiyatrik hastalıklar ile stres oluşturan durumlar arasındaki ilişkinin merkezinde uyuma yönelik olmayan (maladaptif) baş etme tutumlarının olduğu vurgulanmaktadır. Duygusal gerilimi azaltmaya yönelik stratejilerin uyuma yönelik ya da aktif başa çıkma tutumlarından çok kullanılması psikopatolojik belirtilerin ortaya çıkmasında ve sürmesinde önemli bir etkindir. Bu ifadeden de anlaşılacağı üzere kişinin sorunlu bir durum karşısında kullandığı baş etme tutumu, tedavi hedeflerinin belirlenmesinde ve tedavinin etkinliğinin takip edilmesinde yol göstericidir (168). Ailelerin baş etmesinde sosyal destek kaynakları önem taşımaktadır. Sosyal destek gruplarının kullanılması yararlıdır (171).

Bazı çalışmalarda doğrudan bakım vericinin DDV ve başetme biçimi araştırılmıştır. Daha çok şizofreni hasta yakınlarından oluşan sonuçlar tutarlı bulunmamıştır (27,120,172). Wasserman ve ark. (2013)'nın yaptığı araştırmada şizofreni hastalarının yakınları ile çalışılmıştır. Çalışmada adaptif duygusal odaklı başetme yönteminin daha az kullanımının yüksek DDV'nu öngördüğü tespit edilmiştir. Hastalığın yapısını kabullenmek ve buna adapte olmakta daha az esnek olan akrabaların, hastayı eleştirme ve duygusal anlamda aşırı ilgi gösterme davranışına daha yatkın olduğu bildirilmiştir. Dini yöntemleri kullanarak başetme çabaları gösteren ailelerde hoşgörü, sabır, kabul, anlayış, sevgi ve sıcaklık davranışları gözlenir, bu durum diğer akraba veya çevrenin eleştirilerini ve aşırı katılımını azaltır. Aile fertlerinin

hastalığı kabullenme ve pozitif yorumlamayı teşvik eden etkinliklerin, duygu durumunu düşürebileceği ve relaps riskini azaltabileceği bildirilmiştir (27).

Hasta ve ailesinin hastalık ile etkin bir biçimde baş edebilmesinde hemşirelerin büyük rolü vardır. Hemşire ailenin problemlerini anlayıp ona göre baş edebilme kaynaklarını bulmada aileye danışmanlık yapabilmelidir (101,173). Hastaların veya riskli grupların kültürleri, aile içi iletişimleri, çevreleri psikiyatri hemşireleri tarafınca incelenmeli ve buna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Hasta kadar ailesinin de aynı bakış açısı ile değerlendirilmesi gerekir.



3.GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın bu bölümünde araştırmanın şekli, yapıldığı yer ve özellikleri, araştırmanın evreni ve örnekleme, verilerin toplanması, değerlendirilmesi hakkında bilgiler verilmektedir.

3.1.Araştırmanın Tipi

Bu araştırma kesitsel, tanımlayıcı ve ilişki arayıcı bir tiptedir.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zamanı

Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesinde, 07.11.2017-07.02.2018 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3.Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırma Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi erkek ve kadın akut psikiyatri servisinde yatan, bipolar bozukluk tanısı konan hastaların birlikte yaşadığı, birincil ilişkide olduğu bakım vericileri ile yapılmıştır. Örnekleme 11.09.2017-11.12.2017 tarihleri arasında servise yatan Bipolar Bozukluk tanılı hastaların, aşağıdaki kriterleri karşılayan 74 bakım verici dahil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- Bipolar bozukluk tanısı ile tedavisi ve takibi sürdürülen hastanın birincil yakın ilişkide olduğu bakım vericisi olması
- Hastanın en az 6 ay önce bipolar bozukluk tanısı almış olması
- Bakım vericinin en az bir yıldır hasta ile aynı evde yaşıyor olması
- 18 yaşından büyük olması
- Okur-yazar olması
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- Bipolar bozukluk tanısıyla birlikte başka bir (komorbid) psikiyatrik bozukluğunun olması

- Hastanın madde kullanımı öyküsünün olması

3.4. Verilerin Toplanması

Okan Üniversitesi Etik Kurulu'nun onayından **(EK-1)** sonra, Prof. Dr. Mazhar Osman Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne çalışma izni **(EK-2)** almak için başvuru yapılmıştır. Çalışma izni alınmasından itibaren 3 ay içerisinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi akut psikiyatri servisine yatan örneklem kriterlerine uyan bipolar bozukluk tanısı konulmuş hastaların bakım vericilerine ulaşılmıştır. Öncelikle bakım vericilere araştırmanın amacı ve önemi açıklanarak çalışmaya katılmak isteyip istemedikleri sorulmuştur. Katılmayı kabul eden bakım vericilerin katılmayı kabul ettiklerine dair onamları yazılı **(EK-3)** olarak alınmıştır. Anket formları katılımcıların uygun oldukları zaman dilimlerinde yüz yüze görüşme yöntemi ile uygulanmış ve her bir görüşme yaklaşık 40-50 dakika sürmüştür.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmaya katılan bakım vericilerden veriler; hastanın ve bakım vericinin sosyodemografik ve diğer özelliklerini içeren Tanıtıcı Bilgi Formu **(EK-4)**, Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği (DDÖ) **(EK-5)**, Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHİÖ) **(EK-6)**, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE) **(EK-7)** ile toplanmıştır.

Tanıtıcı Bilgi Formu: Hastaların ve hasta yakınının bilgileri, duygu dışavurumunu etkileyebilecek değişkenlere dair soruları içermiştir. Hastanın sosyodemografik (*yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, kardeş sayısı, medeni durumu, çocuk varlığı, mesleği, çalışma durumu, ekonomik durumu, sosyal güvencesi, yaşadığı yer, kimlerle birlikte yaşadığı, destek sistemleri*) ve klinik (*hastanede bulunma nedeni, yatış sayısı, psikiyatrik tanısı, hastalık süresi, tedaviye uyumu ve toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alıp almadığı*) özelliklerine ilişkin sorulara yer verilmiştir. Çalışmaya katılacak bakım vericinin sosyodemografik ve diğer özellikleri (*yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, medeni durumu, çocuk varlığı, mesleği, çalışma durumu, ekonomik durumu, hastayla yakınlık derecesi, birlikte yaşadığı, gün içinde birlikte geçirdiği ve hastayla ilgilendiği süre, hastalık hakkında bilgi düzeyi, sağlık durumu, hastalık öz-geçmişi, ailede psikiyatrik bozukluğu olan veya bakım gerektiren başka birinin varlığı, destek sistemleri*) hakkında bilgileri içeren bir formdur.

Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği (DDÖ): Hasta yakınlarının duygu dışavurum biçimini ve düzeyini belirleyen, Berksun (1992) (195) tarafından geliştirilmiş, 41 maddeden oluşan bir ölçektir. Maddeler hazırlanırken, kendi toplumsal ve kültürel özelliklerimizin dikkate alınmış olması ölçeğin güçlü yanlarından. 29 madde eleştirel/düşmanlık oluşu (ED), 12 madde aşırı ilgi- koruyucu kollayıcı/müdahaleci olmayı (AİKK) göstermektedir. “Doğru (1)-Yanlış (0)” şeklinde cevaplandırılan ve 0-1 arası derecelendirilen ölçekte puanlar yükseldikçe duygu dışavurum düzeyi yükselmektedir. Toplam puan 0-41 arasında, ED puanı 0-29, AİKK puanı 0-12 arasındadır. Kuder Richardson güvenilirlik katsayısı değeri ölçeğin tümü için 0,89’tur. AİKK alt ölçeği için Kuder Richardson güvenilirlik katsayısı 0,82; ED alt ölçeği için 0,92’dir (195). Son yıllarda yapılan bir çalışmada ölçeğin AİKK alt ölçeği için Cronbach alfa değeri 0,65; ED alt ölçeği için Cronbach alfa değeri 0,75, ölçeğin tümü için Cronbach alfa değeri 0,70 bulunmuştur (175). Mevcut araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0,80’dır. AİKK alt ölçeği için Cronbach alfa değeri 0,66; ED alt ölçeği için Cronbach alfa değeri 0,80’dır.

Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ): Hirai ve Clum (Hirai M,2000) tarafından geliştirilmiş olan ve Türkiye’deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bilge ve Çam (2008) tarafından yapılmıştır (176). RHYİÖ 21 maddeden oluşmaktadır. 6’lı Likert tipi bir ölçek olup, Tamamen katılmıyorum: 0, Çoğunlukla katılmıyorum: 1, Kısmen katılmıyorum: 2, Kısmen katılıyorum: 3, Çoğunlukla katılıyorum: 4, Tamamen katılıyorum: 5 şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek üç alt ölçekten oluşmaktadır.

“Tehlikeli alt ölçeği”, ruhsal hastalıkların ve hastaların tehlikeli olduğundan bahseder. Alt ölçek 1., 2., 3., 4., 5., 6., 7., 13. maddeleri içermektedir.

“Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği”, ruhsal hastalıkların kişilerarası ilişkiyi etkileme ve buna bağlı çaresizlik durumlarından bahseder. Bireyin özellikle duygusal etkilenmesinden dolayı, ruhsal hastalıklı bireylerle kişilerarası ilişki sürecinde kendini engellemesini ve çaresizlik yaşadığını ifade eder. Alt ölçek 8, 9, 10, 11, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21.maddeleri içermektedir.

“Utanma alt ölçeği”, ruhsal hastalığa yönelik bireylerin utanma duygusu yaşadığını ifade eder. Alt ölçek 12. ve 15. maddeleri içermektedir.

Ölçeğin toplam cronbach alfa katsayısı 0,82, alt ölçekler ise Çaresizlik ve Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği 0,80, Tehlikeli alt ölçeği 0,71 ve Utanma alt ölçeği ,69'dur. Ölçek hem toplam puan, hem de alt ölçek puanları üzerinden yorumlanmakta olup, ölçek ve alt ölçeklerden alınan yüksek puan olumsuz inancı ifade etmektedir. Ölçekteki ifadeler ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inançları içermektedir. Bu nedenle, ölçekten elde edilen puan ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inanç düzeyini göstermektedir. Mevcut araştırmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,91'dir. Alt ölçekler için "Çaresizlik" ve "Kişilerarası İlişkilerde Bozulma alt ölçeği" 0,89'dur, "Tehlikeli alt ölçeği" 0,27'dir ve "Utanma alt ölçeği" 0,86'dır.

Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE): Carver, Schneier ve Weintraub (168) tarafından geliştirilen, Ağargün ve arkadaşları (2005) tarafından (197) Türkçe güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılan, 60 maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek dördümlü Likert biçiminde cevaplandırılmaktadır (1. Asla böyle bir şey yapmam-4. Çoğunlukla böyle yaparım). On beş başa çıkma tutumu ya da alt ölçekten oluşmuştur. Bu alt boyutlar şunlardır; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel gelişme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkâr, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı, kabullenme, diğer meşguliyetleri bastırma, plan yapma. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir ve dörder maddeden oluşmaktadır. Alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapmayı sağlar. Ölçeğin toplam iç tutarlılık katsayısı 0.79 olarak bulunmuştur. On beş alt ölçeğe ilişkin ölçeğin toplam puanlarıyla korelasyon katsayıları 0.29 ile 0.76 arasında değişmektedir (177).

Mevcut araştırmada ölçeğin cronbach alfa değeri 0,80'dir. Alt ölçekler için pozitif yeniden yorumlama ve gelişme cronbach alfa değeri 0,71'dir, zihinsel gelişme cronbach alfa değeri 0,35'dir, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma cronbach alfa değeri 0,38'dir, yararlı sosyal destek kullanımı cronbach alfa değeri 0,68'dir, aktif başa çıkma cronbach alfa değeri 0,50'dir, inkâr cronbach alfa değeri 0,61'dir, dini olarak başa çıkma cronbach alfa değeri 0,76'dır, şakaya vurma cronbach alfa değeri 0,65'dir, davranışsal olarak boş verme cronbach alfa değeri 0,58'dir, geri durma cronbach alfa değeri 0,34'dür, duygusal sosyal destek kullanımı cronbach alfa değeri

0,50'dir, madde kullanımı cronbach alfa değeri 0,60'dır, kabullenme cronbach alfa değeri 0,64'dür, diğer meşguliyetleri bastırma cronbach alfa değeri -0,05'dir, plan yapma cronbach alfa değeri 0,12'dir. Elde edilen cronbach alfa değerlerine göre diğer meşguliyetleri bastırma alt ölçeği değerlendirmeye alınmamıştır.

3.6.Verilerin İstatiksel Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 21.0 paket programı, tanımlayıcı istatistik olarak, veri tipine göre sayı ve yüzdeler veya ortalama \pm standart sapma kullanılmıştır. Sayısal değişkenlere ilişkin testler yapılmadan önce parametrik test varsayımlarının sağlanıp sağlanmadığı incelenmiştir. Duygu dışavurumu ile ruhsal hastalık inancı ve başetme ölçeğinin alt boyutları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile belirlenmiştir. Hastaya ve bakım vericiye ait özelliklerin yüksek ve düşük duygu dışavurumuna etkisi Mann Whitney U testi veya Kruskal-Wallis testi ile tespit edilmiştir. Yüksek ve düşük duygu dışavurumu etkileyen faktörler ki-kare testi kullanılarak belirlenmiştir. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p<0.05$ olarak alınmıştır.

3.7.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Araştırmanın yalnızca bir hastanede yürütülmüş olması araştırmanın sınırlılıklarından biridir. Ayrıca katılımcıların verdiği cevaplar kendi kendini değerlendirme ölçekleri ile toplanmıştır. Bu da diğer bir sınırlılıktır.

3.8.Araştırmanın Etik İlkeleri

Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve 21.06.2017 tarihinde Etik Kurul onayı alınmıştır. Etik kurul onayı alındıktan sonra Prof. Dr. Mazhar Osman Eğitim ve Araştırma hastanesine çalışma izni almak üzere başvurulmuştur. Veri toplama işlemi öncesinde, araştırma kapsamına alınan bakım verenlere araştırma ile ilgili bilgi verilmiş, çalışmaya istekli ve gönüllü olan bakım verenlerin onamları alınmıştır.

4.BULGULAR

Bu bölümde, önce bakım vericileri ile görüşülen, bipolar bozukluğu olan hastaların demografik ve klinik özelliklerine ait bulgulara yer verilmiştir. Sonra, bakım vericisinin demografik, sağlık durumu gibi bilgilerin ardından duyu dışavurumlarına, ruhsal hastalık inançlarına ve baş etme biçimlerine yönelik toplanan verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 1. Hastaların Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=74)

Sosyo-Demografik Özellikler	n	Ort.± SS	Min-Maks	Medyan	
Yaş	74	34,43±15,33	18-82	30,00	
Hastanın Çocuk Sayısı	74	0,93±1,70	0-10	0,00	
	Gruplar			n	%
Cinsiyet	Kadın			31	41,9
	Erkek			43	58,1
Eğitim Durumu	Okur-Yazar veya İlkokul			17	23,0
	Ortaokul			11	14,9
	Lise			26	35,1
	Üniversite veya Lisansüstü			20	27,0
Kardeş Sayısı	Kardeşi Yok			3	4,1
	Bir Kardeş			9	12,2
	İki Kardeş			20	27,0
	Üç Kardeş			21	28,4
	Dört ve Üzeri Kardeş			21	28,4
Medeni Durum	Bekâr			44	59,5
	Evlî			20	27,0
	Dul, Ayrı Yaşıyor, Boşanmış			10	13,5
Çocuk	Hayır			48	64,9
	Evet			26	35,1
Mesleği	İşsiz			16	21,6
	Öğrenci			11	14,9
	Ev Hanımı			11	14,9
	Meslek Sahibi			12	16,2
	Vasıfsız İşçi			26	32,4
Çalışma Durumu	Çalışmıyor			55	74,3
	Çalışıyor			19	25,7
Ekonomik Durumu	Gelir Giderden Az			50	67,6
	Gelir Gidere Eşit			20	27,0
	Gelir Giderken Çok			4	5,4
Sosyal Güvencesi	Yok			9	12,2
	SGK			56	75,7
	Özel, Yeşil Kart, Bağ-Kur			9	12,2
Yaşadığı Yer	İl			39	52,7
	İlçe			28	37,8
	Köy			7	9,5
Birlikte Yaşadığı Kişiler	Anne-Baba			36	48,6
	Eş-Çocuk			25	33,8
	Diğer Aile Bireyleri (Amca, Dayı, Hala, Teyze, Kardeş, Arkadaş)			13	17,6
Toplam				74	100,0

Bakım vericileri ile görüşülen hastaların sosyo-demografik özellikleri Tablo 1’de yer almaktadır. Hastaların yaş ortalaması 34,43±15,33 (18-82) olarak bulunmuştur. Hastaların %58,1’i erkektir, %35,1’i lise mezunudur. Hastaların %59,5’inin bekâr, %27’sinin evli ve %64,9’unun çocuğunun olmadığı belirlenmiştir. Hastalarının çocuk sayının ortalaması 0,93±1,70 (0-10)’dir. Hastaların üçte biri (%32,4) vasıf gerektirmeyen işlerde çalışmakta olup, %74,3’ü çalışmamaktadır. Hastaların %67,6’sının gelirinin giderinden az olduğu ifade edilmiştir. Hastaların %75,7’sinin SGK’dan yararlanmakta olduğu ve %12,2’sinin sosyal güvencesinin olmadığı belirlenmiştir. Hastaların %52,7’sinin il de, %48,6’sinin anne ve babası ile birlikte, %33,8’inin de eşi ve çocukları ile yaşadığı bulunmuştur.

Tablo 2. Hastanın Klinik Özelliklerinin Dağılımı

Klinik Özellikler	n	Ort.± SS	Min.-Maks.	Medyan
Hastalık Süresi	74	4,55±3,71	1,00-17,00	3,00
Psikiyatri Yatış Sayısı	74	2,55±1,20	0,00-4,00	3,00
Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Sayısı	74	0,55±0,92	0,00-4,00	0,00
			Gruplar	n
Hastalık Tanısı			Bipolar Bozukluk I	31
			Bipolar Bozukluk II	35
			Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk (BTABB)	8
Hastanede Bulanma Nedeni			Hastalık Belirtisi	27
			Atak Dönemi	16
			Davranış Değişikliği	15
			Psikolojik Bunalım-Sinir Krizi	11
			Cevap Yok	5
Son Bir Yılda Daha Önce Hastaneye Yatma Durumu			Hayır	51
			Evet	23
İlaçlarını Düzenli Kullanıyor Mu?			Hayır	44
			Evet	30
Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)’nde Hizmet Alma Durumu			Hayır	60
			Evet	12
			Bazen	2
Tıp Dışı Yöntemlere Başvurma Durumu			Hayır	60
			Evet	14
Toplam				74
				100

Tablo 2’de hastaların klinik özelliklerine yer verilmiştir. Hastaların %41,9’u Bipolar Bozukluk Tip I, %47,3’ü Bipolar Bozukluk Tip II, %10,8’i ise Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk (BTABB) tanısı almıştır. Hastalık sürelerinin ortalaması 4,55±3,71 (1-17) yıl olarak bulunmuştur. Bu süreçte psikiyatri servisinde ortalama 2,55±1,20 (0-4) kere yatarak tedavi görmüştür. Hastaların %31,1’i son bir yıl içerisinde hastaneye yatmış olup, yatış sayısının ortalaması 0,55±0,92 (0-4)’dir. Mevcut yatışına ilişkin hasta yakınlarının ifadelerine göre hastaların %20,3’ü davranışlarındaki değişiklikler sebebi ile %21,6’sının atak dönemine girmiş olmasından dolayı, %14,9’unun psikolojik bunalıma girmesi ya da sinir krizi geçirmesinden, %36,5’inin hastalık belirtilerinin artması nedeni ile hastaneye yatışı yapılmıştır. Hastaların %40,5’inin ilaçlarını düzenli kullandığı, %16,2’sinin TRSM’ne devam ettiği, hasta yakınlarının %18,9’unun tıp dışı yardıma başvurduğu bildirilmiştir.

Tablo 3. Tıp Dışı Yardım Arama Davranışının Dağılımı (N=74)

Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı	n	%
Yardım Almayan	60	81,1
Muska	5	6,8
Din Hocası	4	5,4
Büyücü hoca	2	2,7
Kurşun Dökme	2	2,7
Şifalı Otlar	1	1,4
Toplam	74	100

Tablo 3’te hastaların tedavi için başvurdukları tıp dışı yollara yer verilmiştir. Hasta yakınlarının %81,1’i tıp dışı yardıma başvurmaz iken, %6,8’i muska, %5,4’ü din hocaları, %2,7’si büyücü hocalar, %2,7’si kurşun dökme ve %1,4’ü ise şifalı otlarla tıbbi olmayan yollara başvurduklarını ifade etmiştir.

Tablo 4. Bakım Vericilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N=74)

	N	Ort.±SS	Min.-Maks.	Medyan
Yaş	74	38,63±11,95	18-70	39,00
Bakım verenin çocuk sayısı	74	1,55±1,50	0-5	2,00
Değişken			n	%
Cinsiyet	Kadın		43	58,1
	Erkek		31	41,9
Eğitim Durumu	Okur-Yazar veya İlkokul		13	17,6
	Ortaokul		16	21,6
	Lise		23	31,1
	Üniversite veya Lisansüstü		22	29,7
Medeni Durum	Bekâr		22	29,7
	Evli		45	60,8
	Dul, Boşanmış		7	9,5
Çocuk Varlığı	Yok		31	4,9
	Var		43	58,1
Mesleği	İşsiz		4	5,4
	Öğrenci		7	9,5
	Ev Hanımı		16	21,6
	Meslek Sahibi		18	24,3
	Vasıfsız İşçi		29	39,2
Çalışma Durumu	Çalışmıyor		26	35,1
	Çalışıyor		48	64,9
Ekonomik Durumu	Gelir Giderden Az		24	32,4
	Gelir Gidere Eşit		48	64,9
	Gelir Giderken Çok		2	2,7
Hasta İle Yakınlık Derecesi	Annesi		16	21,6
	Babası		12	16,2
	Eş/Sevgili		7	9,5
	Çocuğu		16	21,6
	Kardeşi		17	23
	Diğer (Hala, Teyze, Kuzen, Nene)		6	8,1
Toplam			74	100

Tablo 4’de bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım vericilerinin sosyo-demografik özellikleri yer almaktadır. Bakım vericilerin yaş ortalaması 38,63±11,95 (18-75)’dir. Bakım vericilerin %58,1’i kadın olup, %60,8’i evli ve %58,1’inin çocuğu vardır. Çocuk sayısı ortalamasının 1,55±1,50 (0-5) olduğu belirlenmiştir. Eğitim durumları; %31,1’i lise, %21,6’sı ortaokul, %29,7’si lisans veya lisansüstü, %17,6’sının

ilkokul mezunlarından veya okuma yazma bilenlerden oluşmaktadır. Bakım vericilerin %64,9'u çalışmakta olup, %39,2'sinin vasıf gerektirmeyen işlerde çalıştığı ve %64,9'unun ekonomik gelirinin giderine eşit olduğu belirlenmiştir. Bakım vericilerin %21,6'sının hastanın annesi, %16,2'sinin hastanın babası, %21,6'sının hastanın çocuğu, %23'ünün hastanın kardeşi, %9,5'inin hastanın eşi ya da sevgilisi, %8,1'inin ise hastanın diğer aile bireyleri olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Bakım Vericilerin Sağlık Durumunun Dağılımı (N=74)

Bakım Vericilerin Sağlık Durumu	Gruplar	n	%
Sağlık Durumuyla İlgili Algısı	Çok Kötü	2	2,7
	Kötü	7	9,5
	Orta	22	29,7
	İyi	34	45,9
	Çok İyi	9	12,2
Kronik Hastalık Varlığı	Yok	60	81,1
	Var	14	18,9
Psikiyatrik Tanı Varlığı	Yok	70	94,6
	Var	4	5,4
Profesyonel Psikolojik Yardım Alma Durumu	Yok	71	95,9
	Var	3	4,1
Ailenin Psikiyatrik SoyGeçmiş Özellikleri	Yok	62	83,8
	Var	12	16,2
Toplam		74	100

Tablo 5'te bakım vericilerin sağlık durumları hakkındaki bilgiler verilmiştir. Bakım verici katılımcılara "kendi sağlık durumlarının nasıl olduğu sorulduğunda" %45,9'u sağlığının iyi derecede olduğunu, %9,5'i ise sağlığının kötü durumda olduğunu ifade etmiştir. Bakım vericilerin %18,9'unun kronik fiziksel bir rahatsızlığı, %5,4'ünün psikiyatrik bir bozukluğu mevcuttur ve %4,1'i profesyonel psikolojik yardım aldığını bildirmiştir. Bakım vericilerin aile öykülerine bakıldığında %16,2'sinin psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu görülmüştür.

Tablo 6. Bakım Vericilerin Hasta İle Geçirdiği Süreler Hakkında Bazı Veriler

Bakım Vericilerin Hasta İle Geçirdiği Süreler	n	Ort.±SS	Min.-Maks.	Medyan
Hasta İle Birlikte Yaşama Süresi (Yıl)	74	15,52±9,41	1,00-35,00	18,00
Hasta İle 24 Saatte Geçirilen Zaman	74	9,45±5,62	2,00-24,00	8,00
Tedavisi İle İlgilenme Süresi	74	4,32±3,70	0,70-21,00	3,00

Tablo 6’da bakım vericilerin hasta ile geçirmiş olduğu zamanlar hakkındaki bilgiler verilmiştir. Bakım vericilerin hasta ile yaşama süresinin ortalaması 15,52±9,41 (1-35) yıldır. Bakım vericilerin hastası ile günlük ortalama 9,45±5,62 (2-24) saat zaman geçirmekte olduğu belirlenmiştir. Bakım vericiler hastanın tedavisi ile ortalama 4,32±3,70 (7 ay-21 yıl) yıl ilgilenmiştir.

Tablo 7. Bakım Vericiler Hakkında Diğer Veriler

Bipolar Bozukluk Hakkında Bilgi Düzeyi	n	%
Tamamıyla Yeterli	3	4,1
Yeterli	11	14,9
Ne Yeterli Ne Yetersiz	29	39,2
Yetersiz	22	29,7
Hiç Yok	9	12,2
Ailede Bakım Gerektiren Başka Biri		
Yok	62	83,8
Var	12	16,2
Sosyal Çevreden Gördüğü Destek		
Hayır	59	79,7
Evet	15	20,3
Atak Döneminde Bakım Vericiye Yardım Eden Kişi		
Aile (Anne, Baba)	37	50,0
Eş	14	18,9
Kardeşler	12	16,2
Diğer Aile Bireyi	7	9,5
Hiç Kimse	4	5,4
	Ort.± SS	Medyan
Hastaya Bakım Verirken Diğer Aile Bireylerinin Desteği (0-10)	4,14±2,90	4,00

Tablo 7’de bakım vericilerin bipolar bozukluk hastalığı hakkındaki bilgi düzeyleri verilmiştir. Bakım vericilerin %4,1’inin hastalık hakkında bilgisinin tamamıyla yeterli olduğu, %14,9’unun yeterli bilgiye sahip olduğu,%39,2’sinin ne yeterli ne yetersiz seviyede bilgi sahibi olduğu, %29,7’sinin yetersiz bilgiye sahip

olduğu ve %12,2'sinin ise hastalık hakkında hiçbir bilgisinin olmadığı belirlenmiştir. Bakım vericilerin %16,2'sinin ailesinde yaşlı, çocuk, hasta gibi bipolar bozukluk tanımlı hastadan başka bakım gerektiren birinin olduğu anlaşılmıştır. Hastaya bakım verirken aile dışında sosyal çevrenizden destek görüyor musunuz sorusuna bakım vericilerin %79,7'si “hayır” cevabını verdiği, atak döneminde bakım vericiye en fazla (%50) anne, babanın yardım ettiği, yine de aile üyelerinin bakım vericiye verdiği desteğin 0-10 arasında puan ortalamasının $4,14 \pm 2,90$ olduğu belirlenmiştir.

Bakım vericilerin duygu dışı vurum düzeyleri Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ) aracılığıyla hem alt boyutları ve toplam puan üzerinden, hem de elde edilen toplam puanın ortalamasının altında ise düşük, üstünde ise yüksek olarak değerlendirilmiştir. Bu nedenle her iki durumu tabloda gösterirken DDÖ toplam, alt ölçeklerle yapılan analiz sonuçları “a” ve DDÖ-düşük, yüksek biçiminde yapılan analiz sonuçları “b” harfi ile gösterilmiştir.

Tablo 8a. Bakım Vericilerin Toplam Duygu Dışavurum Düzeyleri ve Alt Ölçeklerin Ortalamaları

Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu	n	Ort.	SS	Min.-Maks.
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	74	8,94	3,42	1-14
DDÖ-Eleştirel/Düşmancıl Alt Boyutu	74	8,87	4,34	1-17
Toplam Duygu Dışavurum Ölçeği (DDÖ)	74	19,89	6,76	2-30

Tablo 8a'da bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeyleri toplam ve alt ölçek sonuçları gösterilmiştir. Buna göre “aşırı duygusal düşkünlük” alt ölçeğinin ortalaması $8,94 \pm 3,42$, “eleştirel/düşmancıl oluş” alt ölçeğinin ortalaması $8,87 \pm 4,34$, toplam duygu dışavurum ölçek puanları ortalaması $19,89 \pm 6,76$ olarak bulunmuştur.

Tablo 8b. Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeylerinin Dağılımı

Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu	n	%
DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	41,9
DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	58,1
Toplam	74	100,0

Tablo 8b’de görüldüğü gibi duygu dışavurum düzeyleri düşük ve yüksek olarak sınıflandırıldığında, bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinin %58,1’inin duygu dışavurumu yüksek, %41,9’unun duygu dışavurumu düşük olarak bulunmuştur. Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericisinin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmıştır.

Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeylerine Hastaların Özellikleriyle İlgili Faktörlerin Etkisi

Tablo 9a. Hastanın Yaşı İle Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki

Hastanın Yaşı	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu		
	DDÖ-Toplam	DDÖ-Aşırı Duygusal/Düşkünlük Alt Boyutu	DDÖ-Eleştirel/Düşmanlık Alt Boyutu
r	-,136	-0,038	-0,157
p	,249	0,747	0,182
n	74	74	74

Tablo 9a’da hastanın yaşı ile bakım vericisinin duygu dışavurum puanı arasında ilişki gösterilmiştir. Spearman’s rho korelasyon analizine göre hastanın yaşı ile duygu dışavurumu toplam ve alt ölçek puanı arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Yaş Ortalamaları

Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu	n	Hastaların Yaş Ort. \pm SS	U	z	p
DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	37,90 \pm 18,13	549,500	-1,283	0,199
DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	31,93 \pm 12,58			

Tablo 9b’de duygu dışavurumu düşük veya yüksek olan bakım vericilerin, bakım verdikleri hastaların yaş ortalamaları arasındaki fark gösterilmiştir. Mann Whitney U testi sonucunda da bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerine göre hastaların yaş ortalamasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Yüksek ve düşük duygu dışavurumuna sahip gruplar arasında hastanın yaş ortalaması farklıdır hipotezi doğrulanmamıştır.

Tablo 10a. Hastanın Cinsiyetine Göre Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri

Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu	Hastanın Cinsiyeti		U	z	p
	Kadın Ort ± SS	Erkek Ort ± SS			
DDÖ-Eleştirel/ Düşüncül Alt Boyutu	9,54±4,12	8,39±4,47	558,000	-1,194	0,233
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşüncül Alt Boyutu	8,58±3,50	9,20±3,38	597,000	-0,766	0,444
DDÖ-Toplam	20,19±7,10	19,67±6,58	613,500	-0,582	0,561

Tablo 10a’da bipolar bozukluk tanısı almış hastaların cinsiyetine göre bakım vericilerin duygu dışavurum puanlarının ortalamaları verilmiştir. Mann-Whitney U Testi sonucunda hastaların cinsiyetine göre bakım vericilerinin duygu dışavurum puanları arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 10b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Cinsiyetine Göre Dağılımı

Hastanın Cinsiyeti	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek		n	%
	n	%	n	%		
Kadın	12	38,7	19	61,3	31	100
Erkek	19	44,2	24	55,8	43	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2 = 0,222$; Ss = 1; $p = 0,638$

Tablo 10b’de bakım vericilerin duygu dışavurum düzeylerinin hastanın cinsiyetine göre dağılımı gösterilmiştir. Bipolar bozukluğu olan kadın hastaların bakım vericilerinin yüksek duygu dışavurum oranı erkek hastaların bakım vericilerinden daha fazladır hipotezi için ki-kare testi yapıldığında, hipotezin doğrulanmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 11a. Hastaların Eğitim Düzeyine Göre Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri

Ölçek Alt Boyutları	Eğitim Düzeyi	n	Ort.	SS	χ^2_{kw}	p
DDÖ-Toplam	Okur-Yazar, İlkokul	17	17,05	7,58	7,009	0,072
	Ortaokul	11	19,45	7,24		
	Lise	26	22,73	5,33		
	Lisans, Lisansüstü	20	18,85	6,54		
DDÖ-Eleştirel/ Düşmanlı Alt Boyutu	Okur-Yazar, İlkokul	17	6,88	4,37	8,408	0,038
	Ortaokul	11	8,36	4,38		
	Lise	26	10,76	4,12		
	Lisans, Lisansüstü	20	8,40	3,87		
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Okur-Yazar, İlkokul	17	8,41	3,87	0,856	0,836
	Ortaokul	11	9,36	3,90		
	Lise	26	9,30	3,10		
	Lisans, Lisansüstü	20	8,70	3,34		

Tablo 11a’da hastaların eğitim düzeyine göre bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyleri gösterilmiştir. Kruskal-Wallis H testi sonuçlarında hastaların eğitim düzeyine göre bakım vericilerin toplam duygu dışavurum düzeyleri ve “aşırı duygusal düşkün oluşları” anlamlı fark göstermemiştir ($p>0,05$). Hastaların eğitim düzeyine göre bakım vericilerin “eleştirel/düşmanlı oluşları” alt ölçeğinde anlamlı farklılık saptanmıştır. Eğitimi lise düzeyinde olan hastaların bakım vericilerinin eleştirel/düşmanlı oluş alt boyutunda ortaya çıkan puan ortalamasının diğer eğitim düzeyindeki hastaların bakım vericilerinin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p=0,03$).

Tablo 11b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Hastanın Eğitim Düzeyi	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ- Düşük		DDÖ-Yüksek			
	n	%	n	%	n	%
Okur-Yazar, İlkokul	10	58,8	7	41,2	17	100,0
Ortaokul	3	27,3	8	72,7	11	100,0
Lise	9	34,6	17	65,4	26	100,0
Lisans, Lisansüstü	9	45,0	11	55,0	20	100,0
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100,0

$\chi^2 = 3,613$; Sd = 3; p = 0,306

Tablo 11b’de bakım vericilerin duygu dışavurum düzeylerinin hastanın eğitim düzeyine göre dağılımı gösterilmiştir. Ki-kare testi sonuçlarında duygu dışavurumu düşük ve yüksek olan bakım verici oranının, bakım verdikleri hastanın eğitim düzeyine göre anlamlı fark yaratmadığı saptamıştır (p>0,05). Eğitim seviyesi yüksek olan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır.

Tablo 12a. Hastaların Medeni Durumuna Göre Bakım Vericilerin Duygu Durum Düzeyleri

	Hastaların Medeni Durumu	n	Ort.	SS.	χ^2_{kw}	P
DDÖ-Toplam	Bekâr	44	21,09	6,91	4,700	0,095
	Evli	20	18,55	5,20		
	Dul, Ayrı Yaşıyor, Boşanmış	10	17,30	8,17		
DDÖ- Eleştirel/Düşmanlı Alt Boyutu	Bekâr	44	9,18	4,33	0,742	0,690
	Evli	20	8,15	4,35		
	Dul, Ayrı Yaşıyor, Boşanmış	10	9,00	4,61		
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Bekâr	44	9.79	3.42	10,143	0,006
	Evli	20	8.30	2.73		
	Dul, Ayrı Yaşıyor, Boşanmış	10	6.50	3.50		

Tablo 12a’da hastaların medeni durumuna göre bakım vericilerin dışavurum düzeyleri gösterilmiştir. Kruskal-Wallis H testi sonucunda hastaların medeni durumuna göre bakım vericilerin toplam duygu dışavurum düzeyi ve eleştirel/düşmanlı oluş puanı ortalamasında anlamlı fark belirlenmemiştir (p>0,05). Medeni durumu bekâr olan

hastaların bakım vericilerinin aşırı duygusal düşkünlük puanı ortalamasının evli ve dul/boşanmış/ayrı yaşayan hastaların bakım vericilerinin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (p=0,006).

Tablo 12b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Hastanın Medeni Durumu	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ- Düşük		DDÖ-Yüksek			
	n	%	n	%	n	%
Bekâr	14	31,8	30	68,2	44	100
Evli	12	68,2	8	40,0	20	100
Dul, Ayrı Yaşıyor Boşanmış	5	50	5	50,0	10	100
Toplam	31	41,9	43	48,1	74	100

$\chi^2 = 4,798$; Sd =1; p = 0,91

Tablo 12b’de görüldüğü gibi; evli olan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı diğerlerine göre daha fazladır hipotezi için ki-kare testi yapıldığında, hipotezin doğrulanmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 13a. Hastaların Çocuk Sahibi Olmaları İle Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Hastanın Çocuğu	n	Ort.± SS.	U	z	p
DDÖ-Toplam	Yok	48	21,06 ±7,03	399.500	-2.54	0,011
	Var	26	17,73 ± 5,75			
DDÖ- Eleştirel/Düşmançıl Alt Boyutu	Yok	48	9,39 ± 4,45	507.000	-1.33	0,183
	Var	26	7,92 ± 4,03			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Yok	48	9,54 ± 3,54	403.500	-2.51	0,012
	Var	26	7,84 ± 2,96			

Tablo 13a’da hastaların çocuk sahibi olma durumlarına göre bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeyleri verilmiştir. Mann-Whitney U Testi analiz sonucunda, çocuğu olmayan hastaların bakım vericilerinin toplam duygu dışavurum düzeyi ve “aşırı duygusal düşkünlük” puanları yüksek bulunmuştur. Bu farkın da istatistiksel olarak

anlamli olduğu tespit edilmiştir (p=0,01). “Eleştirel/düşmancıl oluş” alt ölçeğinde ise anlamli fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 13b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Çocuk Sahibi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Hastanın Çocuk Sahibi Olma Durumu	Bakım Vericilerin Duygu Dışavuruları				Toplam n %	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek			
	n	%	n	%		
Yok	15	31,3	33	68,8	48	100,0
Var	16	61,5	10	38,5	26	100,0
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100,0

$\chi^2 = 6,356$; Sd =1; **p = 0,012**

Tablo 13b’de Hastanın çocuk sahibi olma durumuna göre bakım vericilerin yüksek-düşük duygu dışavurum oranları Tablo 13b’de gösterilmiştir. Çocuğu olan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezi ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçta çocuğu olan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı daha fazla bulunmuş (p=0,01), hipotez doğrulanmıştır.

Tablo 14a. Hastaların Kardeş Sayısı İle Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki

Hastaların Kardeş Sayısı	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu (DDÖ)		
	DDÖ-Toplam	DDÖ-Eleştirel/ Düşmancıl Alt Boyutu	DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu
r	-0,275*	-0,247*	-0,161
p	0,018	0,034	0,171
n	74	74	74

*p < 0.05

Hastaların kardeş sayısı ile bakım vericisinin duygu dışavurum puanı arasındaki ilişki Spearman’s rho korelasyon analizi ile değerlendirilmiş, sonuçlar Tablo 14a’da gösterilmiştir. Hastaların kardeş sayıları ile bakım vericilerin duygu dışavurum toplam düzeyi ve “eleştirel/düşmancıl oluş” alt boyut ile arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamli ilişki olduğu bulunmuş (p<0,05), “aşırı duygusal düşkünlük” alt boyut puanı arasında anlamli bir ilişki bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 14b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin Hastaların Kardeş Sayısı ile İlişkisi

	n	Kardeş Sayısı Ort. ± SS	U	z	p
DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	3,03±0,91	458,000	-2,365	0,018
DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	2,37±1,21			

Tablo 14b’de duygu dışavurumu düşük ve yüksek olan bakım vericilerin, bakım verdikleri hastaların kardeş sayısı ortalamaları arasındaki fark gösterilmiştir. Yapılan Mann-Whitney U Testi sonucunda, duygu dışavurumu yüksek olan bakım vericilerin, bakım verdikleri hastaların kardeş sayısı ortalamasının daha düşük olduğu saptanmıştır (p=0,02). Kardeş sayısı fazla olan hastaların bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeyi daha düşüktür hipotezi doğrulanmıştır.

Tablo 15a. Hastaların Çalışma Durumuna Göre Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Hastaların Çalışma Durumu	n	Ort.	SS	U	z	p
DDÖ-Toplam	Hayır-Şuanda Çalışmıyor	55	20,23	7,21	416.000	-1.32	0,187
	Ara Sıra- Evet Çalışıyor	19	18,89	5,27			
DDÖ-Eleştirel/ Düşmanlık Alt Boyutu	Hayır-Şuanda Çalışmıyor	55	9,16	4,48	449.000	-0.91	0,361
	Ara Sıra- Evet Çalışıyor	19	8,05	3,87			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Hayır-Şuanda Çalışmıyor	55	8,98	3,61	482.5	-0.49	0,619
	Ara Sıra- Evet Çalışıyor	19	8,84	2,89			

Tablo 15a’da hastaların çalışma durumuna göre bakım vericilerin duygu dışavurum puan ortalamaları verilmiştir. Hastanın çalışıp çalışmamasının bakım vericilerin duygu dışavurum düzeylerinin toplam ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark oluşturmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 15b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Çalışma Durumuna Göre Dağılımı

Hastanın Çalışma Durumu	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek		n	%
	n	%	n	%		
Hayır-Şuanda Çalışmıyor	22	40,0	33	60,0	55	100
Ara Sıra- Evet Çalışıyor	9	47,4	10	52,6	19	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$$\chi^2 = 0,315; Sd = 1; p = 0,575$$

Hastanın çalışma durumuna göre bakım vericilerin yüksek-düşük duygu dışavurum oranları Tablo 15b’de gösterilmiştir. Çalışan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezi ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçta bir fark saptanmamış ($p > 0,05$), hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 16a. Hastanın Bipolar Bozukluğunun Tipine Göre Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Hastalık Tipi	n	Ort.	SS	χ^2_{kw}	p
DDÖ-Toplam	Bipolar Boz Tip 1	31	18,77	7,30	1.843	0,389
	Bipolar Boz Tip 2	35	20,91	6,79		
	BTABB	8	19,75	3,69		
	Total	74	19,89	6,76		
DDÖ-Eleştirel/Düşmancıl Alt Boyutu	Bipolar Boz Tip 1	31	8,74	4,12	2,105	0,349
	Bipolar Boz Tip 2	35	9,51	4,47		
	BTABB	8	6,62	4,30		
	Total	74	8,87	4,34		
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Bipolar Boz Tip 1	31	8,19	3,65	6,739	0,034
	Bipolar Boz Tip 2	35	8,97	3,25		
	BTABB	8	11,75	1,48		
	Total	74	8,94	3,42		

Tablo 16a’da hastaların hastalığının tipine göre bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeyi verilmiştir. Hastaların hastalık tipine göre bakım vericilerinin toplam duygu dışavurumu, “eleştirel/düşmancıl oluşları” arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p > 0,05$). Aşırı duygusal düşkünlük puan ortalamasının ise BTABB

(Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk) tipte bipolar bozukluğu olan hastalarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,03$).

Tablo 16b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Bipolar Bozukluğunun Tipine Göre Dağılımı

Hastalık Tipi	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek		n	%
	n	%	n	%		
Bipolar Boz Tip 1	14	45,2	17	54,8	31	100
Bipolar Boz Tip 2	13	37,1	22	62,9	35	100
BTABB*	4	50,0	4	50,0	8	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2=0,676$; Sd =2; $p = 0,713$

*BTABB: Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk

Tablo 16b’de hastaların hastalık tipine göre bakım vericilerin yüksek-düşük duygu dışavurum oranlarının dağılımı gösterilmiştir. Yapılan Ki-kare testi analiz sonucuna göre, bipolar bozukluğun tipine göre bakım vericinin yüksek ve düşük duygu dışavurum oranında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bipolar bozukluğun tipine göre bakım vericilerin duygu dışavurum oranında fark olduğu hipotezi doğrulanmamıştır.

Tablo 17a. Hastaların Hastalık Süresi İle Bakım Verenlerin Duygu Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki

Hastalık Süresi		DDÖ-Toplam	DDÖ-Eleştirel/Düşmanlık Alt Boyutu	DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu
	r	-0,178	-0,074	-0,174
	p	0,130	0,530	0,139
	n	74	74	74

Hastaların psikiyatrik tanı konma süresi ile bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeyleri arasında ilişki olup olmadığı değerlendirilmiş, sonuçlar Tablo 17a’da verilmiştir. Spearman’s rho korelasyon analizi sonucuna göre hastanın hastalık süresi ile toplam duygu dışavurum puanı ve alt ölçek puanları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17b. Bakım Vericilerin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine Göre Hastaların Hastalık Süresi Puan Ortalamaları

Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları	Hastalık Süresi					
	n	Ort.	SS	U	z	p
DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	5,64	4,75	480,000	-1,913	0,056
DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	3,76	2,50			

Tablo 17b’de Mann-Whitney U Testi sonucunda bakım vericilerin duygu dışavurum düzeylerinin düşük veya yüksek olmasına göre hastalık süresi ortalamasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p>0,05$). Böylece daha uzun süredir bipolar bozukluk ile yaşayan hastaların bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeyi daha düşüktür hipotezi doğrulanmamıştır.

Tablo 18a. Hastaların Hastaneye Yatış Sayısı İle Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki

		DDÖ-Toplam	DDÖ-Eleştirel/Düşmanlık Alt Boyutu	DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu
Psikiyatri Servisine Yatış Sayısı	r	-0,013	-0,008	-0,002
	p	,914	0,947	0,988

Hastaların hastaneye yatış sayısı ile bakım vericilerinin duygu dışavurum düzeyleri arasında ilişki olup olmadığı değerlendirilmiş, sonuçlar Tablo 18a’de verilmiştir. Spearman’s rho korelasyon analizi sonucuna göre hastanın hastaneye yatış sayısı ile toplam duygu dışavurumu ve alt ölçeklerin puanları arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 18b. Bakım Vericilerin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine Göre Hastaların Hastaneye Yatış Sayısının Puan Ortalamaları

Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları	Hastaneye yatış sayısı				
	n	Ort.±SS	U	z	p
DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	2,48±1,31	628,500	-0,430	0,667
DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	2,60±1,13			

Bakım vericilerin duygu dışavurumunun düşük veya yüksek olmasına göre, hastaların hastaneye yatış sayısı ortalamasında fark olmadığı saptanmış, sonuçlar Tablo 18b’de gösterilmiştir ($p>0,05$). Yapılan analiz sonuçlarına göre hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 19a. Hastaların Son Bir Yılda Hastaneye Yatış Durumu ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Son Bir Yıl Yatışı	n	Ort.	SS	U	z	p
DDÖ-Toplam	Hayır	51	19,98	7,17	548,500	-0,445	0,657
	Evet	23	19,69	5,91			
DDÖ-Eleştirel/ Düşmancıl Alt Boyutu	Hayır	51	9,13	4,84	509,000	-0,909	0,363
	Evet	23	8,30	2,94			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Hayır	51	8,68	3,49	497,000	-1,051	0,293
	Evet	23	9,52	3,27			

Tablo 19a’da hastaların son bir yılda hastaneye yatışının olup olmamasına göre bakım vericilerin duygu dışavurum puan ortalamaları gösterilmiştir. Hastaların son bir yılda hastane yatışlarının olup olmaması bakım verenlerin duygu dışavurum düzeylerinde anlamlı fark yaratmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 19b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Son Bir Yılda Hastaneye Yatırılma Durumuna Göre Dağılımı

Hastanın Son Bir Yılda Hastaneye Yatırılma Durumu	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek		n	%
	n	%	n	%		
Hayır	23	45,1	28	54,9	51	100,0
Evet	8	34,8	15	65,2	23	100,0
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100,0

$\chi^2=0,693$; Sd =1; $p=0,405$

Hastanın son bir yılda hastaneye yatırılma durumuna göre bakım vericilerin yüksek-düşük duygu dışavurum oranları Tablo 19b’de gösterilmiştir. Son bir yılda hastaneye yatırılan hastaların bakım vericilerinin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezi ki-kare testi ile değerlendirilmiştir. Sonuçta anlamlı bir fark saptanmamış ($p>0,05$), hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 20a: Hastaların Tedaviye Uyumları İle Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Hastanın Tedaviye Uyumu	n	Ort.	SS	U	z	p
DDÖ-Toplam	Hayır	44	19,11	6,99	547,500	-1,241	0,215
	Evet	30	21,03	6,34			
DDÖ-Eleştirel/ Düşmanlı Alt Boyutu	Hayır	44	8,72	4,18	622,500	-0,415	0,678
	Evet	30	9,10	4,61			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Hayır	44	8,43	3,61	531,500	-1,423	0,155
	Evet	30	9,70	3,03			

Tablo 20a’da hastaların tedaviye uyum sağlamasına göre bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyinin değişip değişmediğine ilişkin veriler gösterilmiştir. Hastaların tedaviye uyumlarına göre bakım vericilerinin toplam duygu dışavurumu ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 20b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Tedaviye Uyumlarına Göre Dağılımı

Hastanın Tedaviye Uyumu	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek			
	n	%	n	%	n	%
Evet	10	33,3	20	66,7	30	100
Hayır	21	47,7	23	52,3	44	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2 = 1,518$; Sd = 1; $p = 0,218$

Tablo 20b’de hastanın tedaviye uyumuna göre bakım vericilerin düşük ve yüksek duygu dışavurum oranlarının dağılımı gösterilmiştir. Yapılan Ki-kare testi analizine göre, tedavilerine uyum sağlayan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezinin doğrulanmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 21a. Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezini (TRSM) Kullanımına Göre Bakım Vericilerinin Duygu Dışavurum Düzeyleri

	TRSM Kullanımı	n	Ort.	SS	U	z	p
DDÖ-Toplam	Yok	60	19,78	6,81	398,500	-0,297	0,766
	Var	14	20,35	6,78			
DDÖ-Eleştirel/ Düşmancıl Alt Boyutu	Yok	60	8,81	4,31	407,000	-0,180	0,857
	Var	14	9,14	4,58			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Yok	60	8,90	3,41	408,000	-0,167	0,868
	Var	14	9,14	3,59			

Tablo 21a'da Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM)'nden hizmet alma durumuna göre bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyi gösterilmiştir. Bakım vericilerin toplam duygu dışavurum ve alt ölçek puan ortalamalarının hastaların TRSM'inden hizmet alıp almamalarına göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır ($p>0,05$).

Tablo 21b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Hastaların Toplum Ruh Sağlığı Merkezini (TRSM) Kullanımına Göre Dağılımı

TRSM kullanımı	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek			
	n	%	n	%	n	%
Yok	27	45,0	33	55,0	60	100
Var	4	28,6	10	71,4	14	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2=1,259$; Sd =1; $p=0,262$

Tablo 21b'de TRSM'nden hizmet alan hastaların bakım vericilerinin, hizmet almayan hastaların bakım vericilerine göre düşük duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezi için yapılan analiz sonuçları verilmiştir. Yapılan Ki-kare testi sonucuna göre hipotez doğrulanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 22a. Tıp Dışı Yardım Arama Davranışı ve Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyi

	Tıp Dışı Yardım	n	Ort.	SS.	U	z	p
DDÖ-Toplam	Hayır	60	19,76	6,85	401,500	-0,256	0,798
	Evet	14	20,42	6,59			
DDÖ-Eleştirel/ Düşmancıl Alt Boyutu	Hayır	60	8,90	4,37	418,000	-0,028	0,978
	Evet	14	8,78	4,33			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Hayır	60	8,80	3,42	366,000	-0,749	0,454
	Evet	14	9,57	3,47			

Tıp dışı yardım arama davranışına göre bakım vericilerin toplam duygu dışavurum düzeyinin ve alt ölçeklerin puan ortalamalarının değişmediği saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 22a).

Tablo 22b. Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olan Bakım Vericilerin, Bakım Verdikleri Hastanın Tıp Dışı Yardım Arama Davranışına Göre Dağılımı

Tıp Dışı Yardım	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek		n	%
	n	%	n	%		
Hayır	26	43,3	34	56,7	60	100
Evet	5	35,7	9	64,3	14	100

$$\chi^2 = 0,271; Sd = 1; p = 0,603$$

Tablo 22b’de duygu dışavurumu düşük veya yüksek olan bakım vericilerin, tıp dışı yardım arama davranışına göre dağılımı gösterilmiştir. Yapılan Ki-kare testi analiz sonucuna göre tıp dışı yardım alma davranışına göre bakım vericilerin duygu dışavurum oranlarında fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Tıp dışı yardım arama davranışında bulunanların duygu dışavurumu daha yüksektir hipotezi doğrulanmamıştır.

Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeylerine Bakım Vericilerin Özellikleriyle İlgili Faktörlerin Etkisi

Tablo 23a. Bakım Vericilerin Yaşı İle Duygu Dışavurum İlişkisi

		Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu		
		DDÖ-Toplam	DDÖ-Eleştirel/Düşmancıl Alt Boyutu	DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu
Bakım Veren Yaşı	r	0,011	-0,128	0,163
	p	0,928	0,275	0,166

Tablo 23a’da bakım vericinin yaşı ile duygu dışavurumu arasındaki ilişki verilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre bakım vericilerin yaşları ile duygu dışavurumu arasında ilişki saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23b. Bakım Vericilerin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine Göre Bakım Vericilerin Yaş Ortalamaları

Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları	Bakım Vericilerin Yaşı					
	n	Ort.	SS	U	z	p
DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	37,41	10,98	604,000	-0,685	0,493
DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	39,51	12,65			

Tablo 23b’de bakım vericilerin yüksek-düşük duygu dışavurum düzeyine göre bakım vericilerin yaş ortalamaları gösterilmiştir. Bakım vericilerin yüksek-düşük duygu dışavurum gruplarının yaş ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Yüksek ve düşük duygu dışavurumuna sahip gruplar arasında bakım vericinin yaşı farklıdır hipotezi doğrulanmamıştır.

Tablo 24a. Bakım Vericilerin Cinsiyetine Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Vericilerin Cinsiyet	n	Ort.	SS	U	z	p
DDÖ-Toplam	Kadın	43	20,16	6,25	655,000	-0,126	0,900
	Erkek	31	19,51	7,50			
	Total	74	19,89	6,76			
DDÖ-Eleştirel/ Düşmanlı Alt Boyutu	Kadın	43	8,76	4,39	666,000	-0,006	0,996
	Erkek	31	9,03	4,33			
	Total	74	8,87	4,34			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Kadın	43	9,37	3,19	566,500	-1,102	0,271
	Erkek	31	8,35	3,69			
	Total	74	8,94	3,42			

Tablo 24a’da bakım vericilerin cinsiyetine göre duygu dışavurum düzeyleri verilmiştir. Bakım vericilerin cinsiyetine göre toplam duygu dışavurum ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24b. Bakım Vericilerin Cinsiyetine Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Vericilerin Cinsiyeti	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam n %	
	DDÖ-Düşük n %	DDÖ-Yüksek n %				
Kadın	17 39,5	26 60,5			43 100	
Erkek	14 45,2	17 54,8			31 100	
Toplam	31 41,9	43 58,1			74 100	

$\chi^2 = 0,234$; Sd =1; $p = 0,628$

Tablo 24b’de kadın bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezi için yapılan Ki-kare testi analizi sonucu gösterilmiştir. Bakım verenlerin cinsiyetine göre yüksek ve düşük duygu dışavurum oranlarında anlamlı fark saptanmamış ($p>0,05$), hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 25a. Bakım Vericilerin Eğitim Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Vericilerin Eğitim Durumu	n	Ort.	SS	χ^2_{kw}	p
DDÖ-Toplam	Okur-Yazar, İlkokul	13	18,84	8,02	1,145	0,766
	Ortaokul	16	21,31	6,40		
	Lise	23	20,08	6,26		
	Lisans, Lisansüstü	22	19,27	7,01		
	Total	74	19,89	6,76		
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Okur-Yazar, İlkokul	13	10,07	3,47	4,642	0,200
	Ortaokul	16	9,81	2,99		
	Lise	23	8,34	3,48		
	Lisans, Lisansüstü	22	8,27	3,54		
	Total	74	8,94	3,42		
DDÖ-Eleştirel/Düşmanlı Alt Boyutu	Okur-Yazar, İlkokul	13	6,92	4,88	2,523	0,471
	Ortaokul	16	9,37	3,72		
	Lise	23	9,60	4,73		
	Lisans, Lisansüstü	22	8,90	3,91		
	Total	74	8,87	4,34		

Tablo 25a’da bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinin eğitim seviyelerine göre duygu dışavurum düzeyleri gösterilmiştir. Bakım vericilerin eğitim durumuna göre toplam duygu dışavurum ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25b. Bakım Vericilerin Eğitim Durumuna Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Vericilerin Cinsiyeti	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek			
	n	%	n	%	n	%
Okur-Yazar, İlkokul	7	53,8	6	46,2	13	100
Ortaokul	3	18,8	13	81,3	16	100
Lise	12	52,2	11	47,8	23	100
Lisans, Lisansüstü	9	40,9	13	59,1	22	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2 = 5,291$; Sd = 3; $p = 0,152$

Tablo 25b’de Bipolar bozukluk tanısı almış olan hastaların bakım vericilerinin eğitim seviyelerine göre düşük ve yüksek duygu dışavurum oranları gösterilmiştir. Bakım vericilerin eğitim seviyesine göre düşük-yüksek duygu dışavurum oranlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Eğitim seviyesi yüksek olan bakım vericilerin düşük duygu dışavurum oranı daha yüksektir hipotezi doğrulanmamıştır.

Tablo 26a. Bakım Vericilerin Medeni Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Vericilerin Medeni Durumu	n	Ort.	SS	χ^2_{KW}	p
DDÖ-Toplam	Bekar	22	20,63	6,86	1,193	0,551
	Evli	45	20,06	6,26		
	Dul, Boşanmış	7	16,42	9,39		
	Total	74	19,89	6,76		
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Bekar	22	8,86	3,75	1,242	0,537
	Evli	45	9,24	3,06		
	Dul, Boşanmış	7	7,28	4,53		
	Total	74	8,94	3,42		
DDÖ-Eleştirel/Düşman cıl Alt Boyutu	Bekar	22	9,36	3,86	1,035	0,596
	Evli	45	8,82	4,36		
	Dul, Boşanmış	7	7,71	5,93		
	Total	74	8,87	4,34		

Tablo 26a’da bakım vericilerin medeni durumlarına göre duygu dışavurum düzeyleri verilmiştir. Yapılan Kruskal-Wallis H analizi sonuçlarına göre bakım vericilerin medeni durumuna göre toplam duygu dışavurum ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26b. Bakım Vericilerin Medeni Durumuna Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Vericilerin Medeni Durumu	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek			
	n	%	n	%	n	%
Bekar	9	40,9	13	59,1	22	100
Evli	18	40,0	27	60,0	45	100
Dul, Boşanmış	4	57,1	3	42,9	7	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2 = 0,744$; Sd = 2; p = 0,689

Tablo 26b’de bakım vericilerin medeni durumuna göre düşük-yüksek duygu dışavurum oranları verilmiştir. Yapılan Ki-kare testi analizi sonucunda, bakım vericilerin medeni durumuna göre düşük-yüksek duygu dışavurum oranlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Evli olan bakım vericilerin düşük duygu dışavurum oranının daha yüksek olduğu hipotezi doğrulanmamıştır.

Tablo 27a. Bakım Vericilerin Çalışma Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Vericilerin Çalışma Durumu	n	Ort.	SS	U	z	p
DDÖ-Eleştirel/ Düşmanlık Alt Boyutu	Hayır	26	9,42	4,41	551,000	-0,830	0,407
	Evet	48	8,58	4,31			
	Total	74	8,87	4,34			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Hayır	26	9,61	3,74	500,500	-1,406	0,160
	Evet	48	8,58	3,22			
	Total	74	8,94	3,42			
DDÖ-Toplam	Hayır	26	21,23	7,05	502,000	-1,384	0,166
	Evet	48	19,16	6,56			
	Total	74	19,89	6,76			

Tablo 27a’da bakım vericilerin çalışma durumuna göre duygu dışavurum düzeyleri ve Mann-Whitney U Testi sonuçları verilmiştir. Bakım vericilerin çalışma durumuna göre toplam duygu dışavurum ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 27b. Bakım Vericilerin Çalışma Durumuna Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Vericilerin Çalışma Durumu	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek		n	%
	n	%	n	%		
Hayır	10	38,5	16	61,5	26	100
Evet	21	43,8	27	56,3	48	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2 = 0,194$; Sd =1; $p = 0,660$

Tablo 27b’de çalışan bakım vericilerin düşük duygu dışavurum oranları çalışmayanlara göre daha yüksektir hipotezi için yapılan Ki-kare testi analiz sonuçları verilmiştir. Bakım vericilerin çalışıp çalışmamasına göre yüksek ve düşük duygu dışavurumu arasında anlamlı fark bulunmamış ($p>0,05$), buna göre hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 28a: Bakım Vericilerin Ekonomik Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Vericilerin Ekonomik Durumu	n	Ort.	SS	χ^2_{KW}	p
DDÖ-Toplam	Gelir<Gider	24	22,25	7,23	6,670	0,036
	Gelir=Gider	48	18,85	6,39		
	Gelir>Gider	2	16,50	2,12		
	Total	74	19,89	6,76		
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Gelir<Gider	24	9,12	3,63	0,850	0,654
	Gelir=Gider	48	8,77	3,39		
	Gelir>Gider	2	11,00	1,41		
	Total	74	8,94	3,42		
DDÖ-Eleştirel/ Düşmanlı Alt Boyutu	Gelir<Gider	24	10,70	4,06	9,192	0,010
	Gelir=Gider	48	8,16	4,21		
	Gelir>Gider	2	4,00	2,82		
	Total	74	8,87	4,34		

Tablo 28a’da bakım vericilerin ekonomik durumlarına göre duygu dışavurum düzeyleri gösterilmiştir. Yapılan Kruskal-Wallis H testi analizi sonuçlarına göre bakım vericilerin ekonomik durumuna göre toplam duygu dışavurumu ve eleştirel/düşmanlı oluş alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Giderlerine göre geliri daha az olan bakım vericilerin toplam duygu dışavurum puan ortalaması ile eleştirel/düşmanlı alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bakım vericinin ekonomik durumuna göre duygu dışavurumunun aşırı duygusal düşkünlük alt ölçeği puan ortalamasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 28b: Bakım Vericilerin Ekonomik Durumuna Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Vericilerin Ekonomik Durumu	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek		n	%
	n	%	n	%		
Gelir<Gider	7	22,6	17	39,5	24	32,4
Gelir=Gider	22	71	26	60,5	48	64,9
Gelir>Gider	2	60,5	0	0	2	2,7
Toplam	31	100	43	100	74	100

$\chi^2=4,677$; Sd =2; p =0,096

Tablo 28b’de ekonomik geliri giderlerine göre daha düşük olan bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezi için uygulanan Ki-kare analizi sonuçları verilmiştir. Bakım vericilerin ekonomik durumuna göre düşük ve yüksek duygu dışavurum oranında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamış, hipotez doğrulanmamıştır (p>0,05).

Tablo 29a. Bakım Vericilerin Sağlık Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Vericilerin Sağlık Durumu	n	Ort.	SS	χ^2_{kw}	p
DDÖ-Toplam	Çok Kötü	2	22,00	4,24	4,580	0,333
	Kötü	7	20,00	7,54		
	Orta	22	20,77	5,95		
	İyi	34	20,47	6,84		
	Çok İyi	9	15,00	7,39		
	Total	74	19,89	6,76		
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Çok Kötü	2	10,00	4,24	4,010	0,405
	Kötü	7	8,85	4,25		
	Orta	22	9,72	3,18		
	İyi	34	8,88	3,39		
	Çok İyi	9	7,11	3,40		
	Total	74	8,94	3,42		
DDÖ-Eleştirel/ Düşmancıl Alt Boyutu	Çok Kötü	2	10,00	1,41	3,863	0,425
	Kötü	7	9,00	5,03		
	Orta	22	8,90	3,53		
	İyi	34	9,44	4,67		
	Çok İyi	9	6,33	4,58		

Tablo 29a’da bakım vericinin sağlık durumuna göre toplam duygu dışavurumu ve alt ölçeklerin puan ortalaması verilmiştir. Bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyinin onların sağlık durumlarına göre anlamlı fark ortaya çıkarmadığı belirlenmiştir (p>0,05).

Tablo 29b: Bakım Vericilerin Sağlık Durumuna Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Vericilerin Sağlık Durumu	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük		DDÖ-Yüksek			
	n	%	n	%	n	%
Çok Kötü	1	50	1	50	2	100
Kötü	3	42,9	4	57,1	7	100
Orta	8	36,4	14	63,6	22	100
İyi	13	38,2	21	61,8	34	100
Çok İyi	6	66,7	3	33,3	9	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2 = 2,789$; Sd = 4; p = 0,594

Tablo 29b’de bakım vericilerin sağlık durumuna göre yüksek-düşük duygu dışavurum oranları verilmiştir. Bakım vericinin sağlık durumuna göre duygu dışavurumunun yüksek ve düşük olma oranını etkilemediği saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 30a. Kronik Fiziksel Bir Hastalığı Olan ve Olmayan Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Vericilerin Kronik Hastalık Varlığı	n	Ort.	SS	U	Z	p
DDÖ-Eleştirel/ Düşmanlık Alt Boyutu	Yok	60	8,85	4,41	420,000	0,000	1,000
	Var	14	9,00	4,18			
	Total	74	8,87	4,34			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Yok	60	8,76	3,43	343,000	-1,069	0,285
	Var	14	9,71	3,42			
	Total	74	8,94	3,42			
DDÖ-Toplam	Yok	60	19,65	6,88	383,000	-0,512	0,609
	Var	14	20,92	6,34			
	Total	74	19,89	6,76			

Kronik fiziksel bir hastalığa sahip olma durumuna göre bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyleri Tablo 30a’da verilmiştir. Bakım vericilerin kronik fiziksel bir hastalığın olup olmamasına göre toplam duygu dışavurum ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 30b. Bakım Vericilerin Kronik Fiziksel Bir Hastalık Varlığına Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Vericilerin Kronik Fiziksel Bir Hastalık Varlığı	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük n	%	DDÖ-Yüksek n	%	n	%
Yok	25	41,7	35	58,3	60	100
Var	6	42,9	8	57,1	14	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2=0,007$; Sd =1; p =0,935

Tablo 30b’de kronik hastalığı olan bakım vericilerin sağlıklı olan bakım vericilere göre yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezi için yapılan Ki-kare testi analiz sonuçları verilmiştir. Analiz sonucuna göre hipotez doğrulanmamıştır, bakım vericinin kronik hastalığının olup olmamasına göre yüksek ve düşük duygu dışavurum oranlarında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 31a. Bakım Vericilerin Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Vericilerin Psikiyatrik Tanı Varlığı	n	Ort.	SS	U	Z	p
DDÖ- Eleştirel/ Düşmanca Alt Boyutu	Yok	70	8,80	4,30	117,000	-0,552	0,581
	Var	4	10,25	5,37			
	Total	74	8,87	4,34			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Yok	70	9,04	3,42	94,500	-1,094	0,274
	Var	4	7,25	3,40			
	Total	74	8,94	3,42			
DDÖ-Toplam	Yok	70	19,90	6,76	138,000	-0,048	0,962
	Var	4	19,75	7,88			
	Total	74	19,89	6,76			

Tablo 31a’da bakım vericilerin psikiyatrik tanı varlığına göre duygu dışavurum düzeyleri verilmiştir. Bakım vericilerin psikiyatrik bir tanısının olup olmamasına göre

toplam duygu dışavurumu ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$)

Tablo 31b. Bakım Vericilerin Psikiyatrik Tanı Varlığına Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Vericilerin Psikiyatrik Tanı Varlığı	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam n %	
	DDÖ-Düşük %	n	DDÖ-Yüksek %	n		
Var	2	50	2	50	4	100
Yok	29	41,1	41	58,6	70	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2=0,114$; Sd=1; $p=0,735$

Tablo 31b’de bakım vericilerin psikiyatrik tanı varlığına göre duygu dışavurumu düşük veya yüksek olma oranlarının dağılımı ve yapılan Ki-kare testi analiz sonucu gösterilmiştir. Psikiyatrik bozukluğu olan bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranının daha fazla olduğu ($p>0,05$) hipotezi doğrulanmamıştır.

Tablo 32a. Bakım Vericilerinin Ailesinde Bipolar Bozukluğu Olan Hasta Dışında Bakım Gerektiren Birinin Var Olması/Olmaması Durumuna Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Gerektiren Başka Birinin Varlığı	n	Ort.	SS	U	Z	p
DDÖ-Eleştirel/ Düşmancıl Alt Boyutu	Yok	62	8,75	4,22	340,500	-0,464	0,643
	Var	12	9,50	5,07			
	Total	74	8,87	4,34			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Yok	62	9,35	3,23	223,500	-2,190	0,029
	Var	12	6,83	3,76			
	Total	74	8,94	3,42			
DDÖ-Toplam	Yok	62	20,17	6,33	351,500	-0,301	0,763
	Var	12	18,41	8,83			
	Total	74	19,89	6,76			

Tablo 32a’da bakım vericinin ailesinde bakım gerektiren başka birinin var olup olmaması durumuna göre duygu dışavurum düzeyleri gösterilmiştir. Ailesinde bakım

gerektiren başka birinin varlığına göre eleştirel/düşmancıl duygu dışı vurumu alt ölçeği ve toplam duygu dışı vurumu puan ortalamalarında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Aşırı duygusal düşkünlük alt ölçeği puan ortalamasının ise ailesinde bakım gerektiren başka biri olmadığını bildirenlerde daha yüksek olduğu ve aradaki farkında anlamlı olduğu saptanmıştır ($p=0,03$).

Tablo 32b. Bakım Vericilerin Ailesinde Bipolar Bozukluğu Olan Hasta Dışında Bakım Gerektiren Birinin Var Olması/Olmaması Durumuna Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Gerektiren Başka Birinin Varlığı	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam	
	DDÖ-Düşük %	n	DDÖ-Yüksek n	%		
Yok	26	41,9	36	58,1	62	100
Var	5	41,7	7	58,3	12	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2 = 0,000$; Sd = 1; $p = 0,986$

Tablo 32b’de ailesinde bakım gerektiren başka bir üyeye sahip bakım vericilerin yüksek duygu dışı vurum oranı daha fazladır hipotezi için yapılan Ki-kare testi analiz sonuçları verilmiştir. Bakım gerektiren birinin olup olmamasına göre duygu dışı vurum oranlarında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuca göre hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 33a. Bakım Vericilerin Yakınlık Derecesine Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Vericilerin Yakınlık Derecesi	n	Ort.	SS	χ^2_{kw}	P
DDÖ-Toplam	Anne	16	22,25	5,01	5,458	0,363
	Baba	12	20,16	7,46		
	Eş, Erkek Arkadaş	7	22,71	3,81		
	Çocuk	16	19,87	5,05		
	Kardeşi	17	17,35	7,61		
	Diğer (Hala, Teyze, Kuzen, Amca, Dayı,Nene)	6	17,00	11,36		
	Total	74	19,89	6,76		
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Anne	16	9,68	2,44	1,497	0,913
	Baba	12	8,83	3,56		
	Eş, Erkek Arkadaş	7	8,85	3,18		
	Çocuk	16	8,50	3,01		
	Kardeşi	17	9,05	3,97		
	Diğer (Hala, Teyze, Kuzen,Amca, Dayı,Nene)	6	8,16	5,70		
	Total		8,94	3,42		
DDÖ-Eleştirel/ Düşmancıl Alt Boyutu	Anne	16	10,43	4,48	9,936	0,077
	Baba	12	9,16	4,19		
	Eş, Erkek Arkadaş	7	11,57	3,45		
	Çocuk	16	9,06	3,88		
	Kardeşi	17	9,58	4,04		
	Diğer (Hala, Teyze, Kuzen, Amca, Dayı,Nene)	6	7,00	4,85		
	Total	74	8,87	4,34		

Tablo 33a’da bakım vericinin hastaya yakınlık derecesine göre duygu dışavurum düzeyleri verilmiştir. Bakım verenlerin yakınlık derecelerine göre toplam duygu dışavurumu ve alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

Tablo 33b: Bakım Vericilerin Yakınlık Derecesine Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Vericilerin Yakınlık Derecesi	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam n %	
	DDÖ-Düşük n %		DDÖ-Yüksek n %			
Anne	3	18,8	13	81,3	16	100
Baba	5	41,7	7	58,3	12	100
Eş, Erkek Arkadaş	2	28,6	5	71,4	7	100
Çocuk	8	50,0	8	50,0	16	100
Kardeşi	10	58,8	7	41,2	17	100
Diğer(Hala, Teyze, Kuzen, Amca, Dayı,Nene)	3	50	3	50	6	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2 = 6,627$; Sd =5; p = 0,250

Tablo 33b’de bakım vericilerin yakınlık derecesine göre duygu dışavurumu düşük veya yüksek olma oranlarının dağılımı verilmiştir. Bakım vericilerin hastaya olan yakınlık derecesine göre duygu dışavurum oranlarının dağılımında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05). Bu sonuca göre hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 34a: Bakım Vericilerin Hasta İle Birlikte Yaşama, 24 Saatte Zaman Geçirme, Tedavisiyle İlgilenme Süresi İle Duygu Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki

		Birlikte Yaşama Süresi	Yirmi Dört Saatte Görüşme	Hastayla İlgilenme Süresi
DDÖ-Toplam	r	0,21	0,14	-0,02
	p	0,06	0,22	0,84
DDÖ-Eleştirel/Düşmancıl Alt Boyutu	r	0,19	0,17	-
	p	0,09	0,13	0,99
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	r	0,14	0,05	-
	p	0,23	0,65	0,99

Tablo 34a’da bakım vericilerin hasta ile birlikte yaşama süresi, 24 saatte zaman geçirme, tedavisiyle ilgilenme süresi ile duygu dışavurumu arasındaki ilişki gösterilmiştir. Yapılan korelasyon analizi sonucuna göre bakım vericilerin hasta ile birlikte yaşama, tedavisi ile ilgilenme, 24 saat içerisinde geçirdiği sürelerin duygu

dışavurum toplam puanı ve alt ölçek puan ortalamaları ile arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 34b. Bakım Vericilerin Hasta İle Birlikte Yaşama, 24 Saatte Zaman Geçirme, Tedaviyle İlgilenme Sürelerinin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine Göre Dağılımı

	Birlikte Yaşama Süresi					
Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları	n	Ort.	SS	U	Z	p
DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	13,29	10,52	480,000	-1,913	0,056
DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	42	17,17	8,25			
	Yirmi Dört Saatte Görüşme					
DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	8,16	4,62	540,500	-1,384	0,166
DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	10,39	6,12			
	Hastayla, Tedaviyle İlgilenme Süresi					
DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	4,38	3,72	647,000	-0,215	0,830
DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	4,29	3,74			

Tablo 34b’de bakım vericilerin yüksek-düşük duygu dışavurum gruplarına göre hasta ile birlikte yaşama, 24 saatte görüşme, hastayla, tedaviyle ilgilenme sürelerinin ortalamaları verilmiştir. Bakım vericilerin yüksek ya da düşük duygu dışavuruma sahip olmalarına göre incelenen bağımsız değişkenlerinin ortalamalarında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Bipolar bozukluğu olan hasta ile birlikte geçirilen süre arttıkça yüksek duygu dışavurum oranının artacağı hipotezi doğrulanmamıştır.

Tablo 35a. Bakım Vericilerin Hastalık Bilgisinin Yeterliliğine Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Vericilerin Hastalık Bilgisi	n	Ort.	SS	χ^2_{KW}	P
DDÖ-Toplam	Tamamıyla Yeterli	3	15,33	6,65	3,801	0,434
	Yeterli	11	20,72	5,49		
	Ne Yeterli Ne Yetersiz	29	19,75	6,85		
	Yetersiz	22	18,95	7,75		
	Hiç Yok	9	23,11	4,85		
	Total	74	19,89	6,76		
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Tamamıyla Yeterli	3	9,00	1,73	4,993	0,288
	Yeterli	11	10,00	2,79		
	Ne Yeterli Ne Yetersiz	29	8,68	3,44		
	Yetersiz	22	8	4,02		
	Hiç Yok	9	10,77	2,16		
	Total	74	8,94	3,42		
DDÖ-Eleştirel/ Düşmanlık Alt Boyutu	Tamamıyla Yeterli	3	4,66	4,61	3,688	0,450
	Yeterli	11	8,54	4,13		
	Ne Yeterli Ne Yetersiz	29	9,13	3,84		
	Yetersiz	22	8,72	5,12		
	Hiç Yok	9	10,22	3,92		
	Total	74	8,87	4,34		

Tablo 35a’da bakım vericilerin hastalık bilgilerinin yeterliliğine göre duygu dışavurum düzeyleri gösterilmiştir. Bakım vericilerin hastalık bilgisi yeterliliğine göre toplam duygu dışavurum ve alt ölçek puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 35b. Bakım Vericilerin Hastalık Bilgisinin Yeterliliğine Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Vericilerin Hastalık Bilgisi	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam n %	
	DDÖ-Düşük n %		DDÖ-Yüksek n %			
Tamamıyla Yeterli	2	66,7	1	33,3	3	100
Yeterli	5	45,5	6	54,5	11	100
Ne Yeterli Ne Yetersiz	11	37,9	18	62,1	29	100
Yetersiz	10	45,5	12	54,5	22	100
Hiç Yok	3	33,3	6	66,7	9	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2 = 1,386$; Sd = 4; p = 0,847

Tablo 35b’de bipolar bozukluğu hakkında bilgi eksikliği olan bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezi için yapılan Ki-kare testi analiz sonuçları verilmiştir. Bakım vericinin hastalık hakkındaki bilgi seviyesine göre duygu dışavurum oranında anlamlı fark tespit edilememiştir (p>0,05). Analiz sonucuna göre hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 36a. Hastaya Bakım Verirken Diğer Aile Bireylerinin Desteği İle Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları Arasındaki İlişki

		Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu		
		DDÖ-Toplam	DDÖ-Eleştirel/ Düşmancıl Alt Boyutu	DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu
Hastaya Bakım Verirken Diğer Aile Bireylerinin Desteği	r	-0,217	-0,291*	0,037
	p	0,063	0,012	0,756

Tablo 36a’da bakım vericinin bakım verirken ailedeki diğer kişilerden gördüğü destek ile duygu dışavurumu arasındaki ilişki verilmiştir. Yapılan kolerasyon analizi sonucuna göre bakım vericinin bakım verirken gördüğü destek ile toplam duygu dışavurumu ve aşırı duygusal düşkün oluş alt ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur (p>0,05). Bakım vericinin gördüğü destek ile eleştirel/düşmancıl oluş alt ölçeği arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir (p=0,01). Yani bakım

vericilerin algıladığı destek artıka, eleştirel/düşmancıl duygu dışavurumunun azaldığı veya duygularını eleştirel/düşmancıl olarak dışa vurmayan bakım vericilerin daha fazla destek algıladığı görölmektedir.

Tablo 36b. Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olmasına Göre Aileden Aldığı Destek Düzeyi

Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları	Hastaya Bakım Verirken Diğer Aile Bireylerinin Desteği					
	n	Ort.	SS	U	Z	p
DDÖ-Düşük	31	4,83	3,17	523,000	-1,582	0,114
DDÖ-Yüksek	43	3,65	2,62			
Toplam	74	4,14	2,90			

Tablo 36b’de bakım vericilerin duygu dışavurumu düşük veya yüksek olmasına göre aileden aldığı destek düzeyi gösterilmiştir. Bakım vericilerin yüksek ve düşük duygu dışavurumuna göre hastaya bakım verirken diğer aile bireylerinden alınan destek puanı ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 37a. Bakım Vericilerin Sosyal Çevreden Aldığı Desteğe Göre Duygu Dışavurum Düzeyleri

	Bakım Vericilerin Sosyal Çevreden Aldığı Destek	n	Ort.	SS	U	Z	p
DDÖ-Eleştirel/Düşmancıl Alt Boyutu	Hayır	59	9,11	4,25	378,000	-0,871	0,384
	Evet	15	7,93	4,71			
	Total	74	8,87	4,34			
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	Hayır	59	8,86	3,51	421,000	-0,291	0,771
	Evet	15	9,26	3,15			
	Total	74	8,94	3,42			
DDÖ-Toplam	Hayır	59	20,11	6,81	395,000	-0,640	0,522
	Evet	15	19,00	6,74			
	Total	74	19,89	6,76			

Tablo 37a’da bakım vericilerin sosyal çevreden aldığı desteğe göre duygu dışavurum düzeyleri gösterilmiştir. Sosyal çevreden alınan desteğe göre bakım vericinin

duygu dışavurum toplam puan ve alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 37b. Bakım Vericinin Algıladığı Sosyal Desteğe Göre Duygu Dışavurumu Düşük veya Yüksek Olma Oranlarının Dağılımı

Bakım Vericilerin Algıladığı Sosyal Destek	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları				Toplam n %	
	DDÖ-Düşük n %		DDÖ-Yüksek n %			
Yok	23	39	36	61	59	100
Var	8	53,3	7	46,7	15	100
Toplam	31	41,9	43	58,1	74	100

$\chi^2 = 1,012$; Sd = 1; $p = 0,314$

Tablo 37b’de bakım vericinin algıladığı sosyal desteğe göre duygu dışavurumunun yüksek ve düşük olma oranlarının dağılımı verilmiştir. Bakım vericinin algıladığı sosyal desteğin var veya yok olmasına göre duygu dışavurum oranlarında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım vericinin sosyal destek alıp almaması, duygu dışavurumunun yüksek veya düşük olmasını etkilememektedir. Hipotez doğrulanmamıştır.

Tablo 38a: Bakım Vericilerin Duygu Dışavurum Düzeyleri ve Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç (RHYİ) Düzeyleri Arasındaki İlişki

		RHYİ toplam puanı	RHYİ tehlikeli alt ölçek	RHYİ çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma	RHYİ utanma alt ölçeği
DDÖ-Toplam	r	0,463 ^{**}	0,413 ^{**}	0,324 ^{**}	0,619 ^{**}
	p	0,001	0,001	0,005	0,001
DDÖ-Eleştirel/Düşmancıl Alt Boyutu	r	0,557 ^{**}	0,545 ^{**}	0,388 ^{**}	0,640 ^{**}
	p	0,001	0,001	0,001	0,001
DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu	r	0,044	0,019	-0,004	0,213
	p	0,708	0,871	0,973	0,069

^{**} $p<0,01$

Tablo 38a’da bakım vericilerin duygu dışavurumları ile ruhsal hastalığa ilişkin inançları arasındaki ilişki sonuçları verilmiştir. Yapılan korelasyona analizine göre

bakım vericilerin toplam duygu dışavurumu ve eleştirel/düşmancıl oluş alt ölçeği ile ruhsal hastalıklara inançlar toplam puanı ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır ($p<0,001$). Bakım vericinin aşırı duygusal düşkün oluş alt ölçeği ile ruhsal hastalıklara yönelik inançları toplam puanı ve alt ölçekleri arasında ilişki bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 38b. Bakım Vericilerin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine Göre Ruhsal Hastalıklara Yönelik İnanç (RHYİ) Puan Ortalamaları

RHYİ	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları	n	Ort.	SS	U	Z	p
RHYİ toplam puanı	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	62,16	13,18	347,000	-3,503	0,001
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	77,88	21,76			
RHYİ tehlikeli alt ölçek	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	24,87	7,49	385,000	-3,089	0,002
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	30,58	7,67			
RHYİ çaresizlik ve kişiler arası ilişkilerde bozulma	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	34,64	7,32	385,500	-3,083	0,002
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	40,55	13,25			
RHYİ utanma alt ölçeği	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	2,64	6,74	240,000	-4,708	0,001
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	6,74	3,24			

Tablo 38b’de yüksek duygu dışavurum grubundaki bakım vericiler ruhsal hastalığa ilişkin olumsuz inançlara sahiptir hipotezi için yapılan Mann-Whitney U Testi sonuçları gösterilmiştir. Buna göre, yüksek duygu dışavurum grubundaki bakım vericilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) Analiz sonucuna göre hipotez doğrulanmıştır.

Tablo 39a. Bakım Vericilerin Başetme Biçimleri ve Duygu Dışavurum Düzeyleri Arasındaki İlişki

Baş Etme Yöntemi		Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları		
		DDÖ-Toplam	DDÖ-Eleştirel/Düşmanlık Alt Boyutu	DDÖ-Aşırı Duygusal Düşkünlük Alt Boyutu
Pozitif Yeniden Yorumlama ve Gelişme	r	-0,212	-0,132	-0,244*
	p	0,070	0,263	0,036
Zihinsel Boş Verme	r	-0,099	0,006	-0,247*
	p	0,400	0,959	0,034
Soruna Odaklanma Ve Duyguları Açığa Vurma	r	0,214	0,104	0,120
	p	0,068	0,379	0,307
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	r	-0,077	0,002	-0,232*
	p	0,516	0,988	0,047
Aktif Başa Çıkma	r	-0,014	-0,134	0,078
	p	0,908	0,254	0,507
İnkâr	r	-0,288*	-0,323**	0,037
	p	0,013	0,005	0,751
Dini Olarak Başa Çıkma	r	-0,288*	-0,327**	0,006
	p	0,013	0,004	0,962
Şakaya Vurma	r	-0,233*	-0,166	-0,234*
	p	0,046	0,157	0,045
Davranışsal Olarak Boş Verme	r	0,365**	0,454**	0,027
	p	0,001	0,001	0,818
Geri Durma	r	0,457**	0,478**	0,123
	p	0,001	0,001	0,295
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	r	0,188	0,108	0,058
	p	0,109	0,362	0,621
Madde Kullanımı	r	0,259*	0,337**	-0,082
	p	0,026	0,003	0,485
Kabullenme	r	0,494**	0,462**	0,150
	p	0,001	0,001	0,202
Plan Yapma	r	-0,321**	-0,264*	-0,176
	p	0,005	0,023	0,133
Baş Etme Toplam Puan	r	0,097	0,127	-0,084
	p	0,412	0,279	0,479

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

Tablo 39a’da bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyleri ile baş etme biçimleri arasındaki ilişki sonuçları verilmiştir. Bakım vericilerin kullandığı pozitif yeniden yorumlama ve gelişme yöntemi ile toplam duygu dışavurumu,

eleştirel/düşmancıl oluş arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$), aşırı duygusal düşkünlük arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($p=0,03$). Zihinsel boş verme ile toplam duygu dışavurumu, eleştirel/düşmancıl oluş arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$), aşırı duygusal düşkünlük arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($p=0,03$). Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ile toplam duygu dışavurumu, eleştirel/düşmancıl oluş, aşırı duygusal düşkünlük arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Başa çıkma tutumları alt ölçeği olan yararlı sosyal destek kullanımı ile toplam duygu dışavurumu, eleştirel/düşmancıl oluş arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$), aşırı duygusal düşkünlük arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$). Aktif başa çıkma ile toplam duygu dışavurumu, eleştirel/düşmancıl oluş ve aşırı duygusal düşkünlük arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). İnkâr ile toplam duygu dışavurumu ve eleştirel/düşmancıl oluş arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$), aşırı duygusal düşkünlük arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Başa çıkma tutumları alt ölçeği olan dini olarak başa çıkma ile toplam duygu dışavurumu ve eleştirel/düşmancıl oluş arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$), aşırı duygusal düşkünlük arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Şakaya vurma ile toplam duygu dışavurumu ve aşırı duygusal düşkünlük arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$), eleştirel/düşmancıl oluş ile şakaya vurma alt ölçeği arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Davranışsal olarak boş verme ile toplam duygu dışavurumu ve eleştirel/düşmancıl oluş arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$), aşırı duygusal düşkünlük arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Başa çıkma tutumları alt ölçeği olan geri durma ile toplam duygu dışavurumu ve eleştirel/düşmancıl oluş arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$), geri durma alt ölçeği ile aşırı duygusal düşkünlük arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Duygusal sosyal destek kullanımı ile toplam duygu dışavurumu, eleştirel/düşmancıl oluş ve aşırı duygusal düşkünlük arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Başa çıkma tutumları alt ölçeği olan madde kullanımı ile toplam duygu dışavurumu ve eleştirel/düşmancıl oluş arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$), aşırı duygusal düşkünlük arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Başa çıkma tutumları alt ölçeği olan kabullenme ile toplam duygu dışavurumu ve eleştirel/düşmancıl oluş arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$), aşırı duygusal düşkünlük arasında anlamlı ilişki yoktur ($p>0,05$). Plan yapma ile toplam duygu dışavurumu ve eleştirel/düşmancıl oluş arasında negatif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki vardır ($p<0,05$), plan yapma ile aşırı duygusal düşkünlük arasında

anlamli iliŒi yoktur ($p>0,05$). Toplam baŒ etme puanı ile toplam duygu dıŒavurumu, eleŒtirel/düŒmancıl oluŒ ve aŒırı duygusal düŒkünlik arasında anlamli iliŒi yoktur ($p>0,05$).

Tablo 39b. Bakım Vericilerin Yüksek-Düşük Duygu DıŒavurum Düzeylerine Göre BaŒ Etme Biçimi Puan Ortalamaları

BaŒ Etme Yöntemi	Bakım Vericilerin Duygu DıŒavurumları	n	Ort.	SS	U	Z	p
Pozitif Yeniden Yorumlama ve GeliŒme	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	13,61	2,30	506,500	-1,774	0,76
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	12,83	2,17			
Zihinsel BoŒ Verme	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	10,54	2,29	539,000	-1,421	0,155
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	9,69	1,92			
Soruna Odaklanma Ve Duyguları AçıĒa Vurma	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	10,80	2,27	545,500	-1,350	0,177
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	11,51	1,85			
Yararlı Sosyal Destek Kullanımı	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	12,16	2,81	628,500	-0,421	0,674
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	12,39	2,25			
Aktif BaŒa Çıkma	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	11,67	2,05	609,000	-0,641	0,521
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	11,46	1,56			
İnkâr	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	9,03	2,94	436,000	-2,542	0,11
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	7,27	2,53			
Dini Olarak BaŒa Çıkma	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	12,12	3,80	473,500	-2,130	0,33
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	11,04	2,19			

Tablo 39b. Bakım Vericilerin Yüksek-Düşük Duygu Dışavurum Düzeylerine Göre Baş Etme Biçimi Puan Ortalamaları (Devamı)

Baş Etme Yöntemi	Bakım Vericilerin Duygu Dışavurumları	n	Ort.	SS	U	Z	p
Şakaya Vurma	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	9,87	2,68	350,000	-3,495	0,001
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	7,62	2,71			
Davranışsal Olarak Boş Verme	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	7,77	2,87	501,000	-1,824	0,068
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	8,90	2,46			
Geri Durma	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	9,29	2,10	449,500	-2,400	0,016
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	10,39	2,03			
Duygusal Sosyal Destek Kullanımı	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	10,90	2,37	513,500	-1,696	0,090
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	11,69	2,43			
Madde Kullanımı	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	7,54	2,93	537,000	-1,438	0,150
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	8,46	2,50			
Kabullenme	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	9,45	2,47	350,000	-3,500	0,001
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	11,46	2,70			
Plan Yapma	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	12,25	1,87	424,000	-2,699	0,007
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	10,97	1,84			
Baş Etme Toplam Puan	DDÖ-Düşük (Ortalamanın Altı)	31	158,83	17,53	662,500	-0,044	0,965
	DDÖ-Yüksek (Ortalamanın Üstü)	43	157,25	15,05			

Yüksek ve düşük duygu dışavurumu sergileyen bakım vericilerin başetme biçimleri arasında fark vardır hipotezi için Mann-Whitney U testi yapılmış ve bakım vericilerin duygu dışavurum düzeylerine göre her bir baş etme yöntemi puan ortalamasında fark olup olmadığı araştırılmış, sonuçları Tablo 39b'de gösterilmiştir.

Düşük duygu dışavurum grubundaki bakım vericilerin şakaya vurma, plan yapma başetme yöntemi puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yüksek duygu dışavurum grubundaki bakım vericilerin geri durma, kabullenme başetme yöntemi puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yüksek ve düşük duygu dışavurum grubundaki bakım vericilerin başetme toplam puanı ve diğer (zihinsel boşverme, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma, yararlı sosyal destek kullanımı, aktif başa çıkma, inkâr, dini olarak başa çıkma, davranışsal olarak boş verme, duygusal sosyal destek kullanımı, madde kullanımı) alt ölçek puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p>0,05$).



5.TARTIŞMA

Bu bölümde ortaya çıkan bulgular, araştırmanın amacına ve hipotezlerine göre literatürdeki diğer sonuçlar ile karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericisinin toplam duygu dışavurum (DDV) düzeyini, biçimini (eleştirici-düşmancıl, aşırı duygusal düşkünlük) ve yüksek DDV oranını belirlemek, bu araştırmanın ilk amacıdır. Çalışmamızda, bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinin yüksek DDV oranının (%58,1) daha fazla olduğu belirlenmiştir. Araştırmanın hipotezlerinden olan bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericisinin yüksek DDV oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmıştır. Ayrıca, DDV'nun aşırı duygusal düşkünlük boyutu puan ortalaması $8,94\pm 3,42$, eleştirel/düşmancıl oluş boyutu puan ortalaması $8,87\pm 4,34$, toplam DDV puanı ortalaması $19,89\pm 6,76$ olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerin DDV'u hakkında çalışmaların sınırlı olduğu görülmüştür. Ülkemizde, çalışmamızı yürüttüğümüz hastanede 2005 yılında Kocabıyık'ın psikoze servisinde yatan taburculuğu planlanmış 60 bipolar bozukluk tanılı hastanın bakım verenlerinde yaptığı çalışmada, bakım verenlerin %48,3'ünde yüksek DDV, aşırı duygusal düşkünlük alt ölçeğinin ortalaması $7,06\pm 3,45$, eleştirel/düşmancıl oluş alt ölçeğinin ortalaması $10,26\pm 6,12$, toplam DDV düzeyi $17,33\pm 8,04$ olarak bulunmuştur (14). Son yıllarda Sağlam'ın (2018) Mersin Üniversitesi Psikiyatri polikliniğinde takip edilen bipolar bozukluğu olan 64 hastanın bakım vericileri ile yaptığı çalışmada aşırı duygusal düşkünlük alt ölçeğinin ortalaması $7,79\pm 2,74$, eleştirel/düşmancıl alt ölçek puan ortalaması $8,01\pm 4,58$, toplam puan ortalaması $15,81\pm 5,76$ olarak saptanmıştır (174). Parija ve ark. (2018) da bipolar hastaların bakım verenlerinin DDV'unun yüksek oranda olduğunu ve eleştirel/düşmancıl oluş alt ölçek puan ortalamasının $2,7 \pm 0,7$, aşırı duygusal düşkün olma alt ölçeği puan ortalamasının $3,7\pm 0,5$ olduğunu belirtmiştir (175). Çetinkaya (2012) ise şizofreni hastasının bakım verenleriyle, üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yapmış olduğu çalışmada %40,90'ı yüksek DDV, toplam DDV puan ortalamasını $17,14\pm 6,19$ olarak bildirmiştir (176). Şentürk'ün (2017) TRSM'deki şizofreni hastalarının bakım vericileri ile yaptığı çalışmada, bakım vericilerinin toplam DDV ortalama puanını 18,5, eleştirel/düşmancıl alt boyut ortalama puan ortalamasını 12, aşırı duygusal düşkün olma alt boyut puan ortalamasını 5 olarak bulmuş; poliklinikteki

şizofreni hastalarının bakım verenleri ile yaptığı çalışmada ise bakım vericilerinin toplam DDV ortalamasını 20, eleştirel/düşmancıl alt boyut ortalama puanı 13, aşırı duygusal düşkün olma alt boyut puanı 7 olarak bulmuştur (177). Tüzer'in şizofreni hastalarının bakım vericileri ile yapılan çalışmasında eleştirel/düşmancıl olma puan ortalaması $10,50 \pm 3,58$, aşırı duygusal düşmanlık puan ortalaması $8,83 \pm 1,19$, DDV toplam puan ortalaması $19,33 \pm 3,96$ olduğu görülmüştür (23). Erbinç'in 2001 yılında şizofreni bakım verenleri ile yaptığı çalışmada DDV toplam puanı ortalamasını $18,23 \pm 9,76$ olarak bulmuştur (153). Özgün'ün (2002) çalışmasında şizofreni hastalarının bakım verenlerinin toplam DDV ortalama puanı $13,60 \pm 4,99$, eleştirel/düşmancıl olma ortalama puanı $5,83 \pm 3,03$, aşırı duygusal düşkün olma ortalama puanı $7,77 \pm 3,74$ olarak saptanmıştır (178). Mevcut çalışmamızda toplam DDV oranının ve düzeyinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatürde daha çok şizofreni tanılı hastaların bakım vericilerinin ele alındığı görülmektedir. Ancak bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinde hem bizim çalışmamızda hem de ülkemizde yapılmış Kocabıyık'ın çalışmasında yüksek DDV oranı şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yapılmış Çetinkaya'nın çalışmasından daha fazladır (14,176). Ancak DDV biçimi karşılaştırıldığında şizofreni hastalarının bakım vericilerinin taburculuk sonrası dönemde bipolar bozukluk hastalarının bakım vericilerine göre daha fazla müdahaleci tutum sergiledikleri anlaşılmaktadır. Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinin gereksinimlerinin anlaşılması ve karşılanması önemli görünmektedir. Önemi çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir. Şöyle ki; bipolar bozukluğu olan hastaların yüksek DDV gösteren bakım verenlere sahip olması hastaların da yüksek düzeyde depresyon ve mani göstermesiyle, relaps ve hastane yatış sayısının artmasıyla ilişkili olduğu ortaya konmuştur (14,19,30,179). Yüksek DDV'ü bipolar bozukluk tanılı hastaların hastalık seyirlerinde önemli bir faktördür. Bakım vericilerin DDV'nu etkileyen faktörlerin bilinmesi, hem riskli grubu tespit etmek hem de müdahalenin yönünü belirlemek açısından yararlı olacaktır.

Bu araştırmanın diğer amacı DDV'nu etkileyen faktörleri belirlemektir. Etkileyen faktörler hem hastayla ilgili, hem hastalıkla ilgili hem de bakım vericinin özellikleriyle ilgili olabileceği düşünülerek her bir değişkenin etkisi incelenmiştir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan bipolar bozukluğu olan kadın hastaların bakım vericilerinin yüksek DDV oranı erkek hastaların bakım vericilerinden daha fazladır

hipotezi doğrulanmamıştır. Bulgularımızdan farklı olarak Coville ve ark. (2008) bipolar ergenlerin ebeveynleri ile yaptığı çalışmada çocukluk çağında erkeklerin ebeveynlerinin kızların ebeveynlerine oranla daha az eleştirel/düşmancıl tutum sergilediği belirlenmiştir (134). Heru ve Ryan (2002) bipolar erkek hastaların bakım vericilerinin genellikle daha fazla eleştirel/düşmancıl davranışlar gösterdikleri ve toplam DDV'nin düşük olduğu ortaya konulmuştur (180). Pinquart ve Sorensen (2006) ise erkek bipolar hastalarının bakımının daha zor olması nedeni ile erkek hastaların bakım verenlerinin, kadın hastaların bakım verenlerine oranla daha yüksek duygu dışavurumlara sahip olduğu ortaya konulmuştur (181). Ülkemizde yapılan bir çalışmanın sonucu ise bizim saptadığımız gibi bipolar bozukluğu olan hastanın bakım vericilerinin eleştirel-düşmancıl olmaları ile hastanın cinsiyeti arasında anlamlı fark olmadığı bulunmuştur (14). Şizofreni hastalarının bakım vericileri ile yapılan çalışmalarda da (29,182-185) bizim çalışmamızda olduğu gibi hastanın cinsiyetinin bakım vericinin DDV düzeylerini ve biçimlerini etkilemediği bildirilmiştir. Kara (2014) ise şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada ise kadın hastaların bakım vericilerinin aşırı duygusal düşkün olma dışavurumunun daha olduğu bildirilmiştir (186). İncelenen çalışmalarda DDV biçiminin cinsiyete göre değişebileceği ya da hastanın cinsiyetinin etkili olmadığı görülmektedir. Bu konuda elde edilen sonuçların tutarlı olmadığı söylenebilir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan yüksek ve düşük DDV'a sahip gruplar arasında hastanın yaş ortalaması farklıdır hipotezi doğrulanmamıştır. Bulgularımızdan farklı biçimde Bozorg ve ark. (2014) 12-18 yaş aralığındaki bipolar bozukluğu olan kişilerde özellikle manik dönemdeki hastaların bakım vericilerinin daha düşük DDV olduğu sonucuna varılmıştır (187). Bazı çalışmalarda hastanın yaşı arttıkça DDV seviyesinin düştüğü ortaya konmuştur (188). Diğer taraftan literatürde bulgularımızla benzerlik gösteren çalışma sonuçları da mevcuttur. Almedia ve Correla (2014) yaptıkları çalışmada yaşa göre DDV'un anlamlı bir farklılık oluşturmadığını ortaya koymuştur (189) Ülkemizde bipolar bozukluğu olan hastalarla yapılan Kocabıyık'ın (2005) çalışmasında da bakım vericinin toplam DDV düzeyi ile yaş arasında ilişkinin anlamlı bulunmadığı saptanmıştır (14). Hastanın yaşı ile bakım vericinin DDV'u arasında bizim çalışmamızda ortaya çıktığı gibi ilişki olmadığını bildiren çalışmalar olduğu gibi, hastanın yaşı arttıkça bakım vericinin DDV düzeyinin arttığını saptayan çalışmalar da mevcuttur.

Araştırmanın hipotezlerinden olan eğitim seviyesi yüksek olan hastaların bakım vericilerinin düşük DDV oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Bipolar bozukluk (14) ve şizofreni hastalarının bakım vericileri ile yapılan bazı çalışmalarda (23,29,185) çalışmamızda tespit ettiğimiz gibi hastanın eğitim durumunun bakım vericinin DDV'ünü etkilemediği saptanmıştır. Arslantaş ve ark. (2012) ise eğitim düzeyi düşük hastaların bakım vericilerinin daha yüksek DDV'una sahip olduğunu ortaya koymuştur (22). Carra ve ark. (2012) da yüksek DDV grubunda eğitim düzeyinin anlamlı olarak daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Bu durumu da yüksek eğitim düzeyi olan hastaların kendilerine daha geniş sosyal alan sağladıkları için bakım verenleriyle daha az zaman geçirdikleri ve hastaya karşı daha az eleştirel ya da koruyucu olabilecekleri biçiminde açıklamışlardır (133). DDV biçiminin eğitim düzeyine göre değiştiği çalışmamızda da saptanan bir sonuçtur. Şöyle ki, eğitimi lise düzeyinde olan hastaların bakım vericilerinin eleştirel/düşmancıl oluş alt boyutu puan ortalamasının diğer eğitim düzeyindeki hastaların bakım vericilerinin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu bulunmuştur. Buna göre eğitim düzeyi lise olan hastaların bakım vericileri daha çok eleştirel/düşmancıl duygu dışavurumu sergilemektedir. Başka bir çalışmada bipolar bozukluk tanılı hastaların eğitim düzeyi ile bakım vericinin aşırı duygusal düşkün olma durumu arasında anlamlı fark olduğu belirtilmiştir (14). Kara'nın 2014 yılında bir eğitim ve araştırma hastanesinde 69 şizofreni hastasının bakım vereni ile yaptığı çalışmada hastaların eğitim düzeyi ile bakım vericinin toplam DDV puanı ve aşırı duygusal düşkün olma puanı arasında anlamlı fark olduğu saptanmıştır (186). Erbinç ve ark. GATA eğitim ve araştırma hastanesinde 42 erkek şizofreni bakım verenlerinde yaptığı çalışmada eğitim düzeyi ile DDV seviyesi ve biçimleri arasında ilişki bildirilmemiştir (184). Bipolar bozuklukta olduğu gibi şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yapılan çalışmalarda eğitim düzeyinin DDV'una etkisi hakkında sonuçların tutarsız olduğu görülmektedir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan evli olan hastaların bakım vericilerinin düşük DDV oranı diğerlerine göre daha fazladır hipotezinin doğrulanmadığı saptanmıştır. Bulgularımızdan farklı olarak Grover ve ark. (2017) bipolar evli hastaların bakım vericilerinden olan eşlerinin stres ve bakım yükü kaynaklı yüksek DDV düzeylerinin fazla olduğu bulunmuştur (190). Kocabıyık (2002) bipolar bozukluğu olan hasta yakınları ile yaptığı çalışmada hastanın medeni durumu ile bakım vericinin yüksek-düşük DDV'u arasında anlamlı fark olduğunu ifade etmiş ve bekar olan hastaların

bakım vericilerinin yüksek DDV’u sergilediklerini belirtmiştir (147). Fakat bulgularımıza benzer biçimde Wang ve ark. (2017) şizofreni hastalarının medeni durumu ile hasta bakım verenin duygu dışavurumları arasında anlamlı bir farklılığın olmadığını ortaya koymuştur (191). Şizofreni hastalarının bakım vericileriyle yapılan önceki yıllardaki çalışmalarda da hastanın medeni durumunun duygu dışavurum yüksek veya düşük olmasını etkilemediği belirtilmiştir (23,29,185). Mevcut çalışmada bekar olan hastaların bakım vericilerinde aşırı duygusal düşkün olma durumu görülmüştür. Kocabıyık (2005)’ın yaptığı diğer çalışmada, bizim çalışmamızda da saptandığı gibi bakım vericilerin eleştirel-düşmancıl olmaları ile hastanın medeni durumu arasında anlamlı fark olmadığı fakat bekâr olan hastaların bakım vericilerinin aşırı duygusal düşkünlük sergilediği bildirilmiştir (14). Bekar olan hastaların bakım verenleri genelde ebeveynlerinden olduğundan, kültürel olarak hasta olan çocuğuna ebeveynin koruyucu, kollayıcı davrandığı göz önüne alındığında, elde edilen bu sonucun beklenir olduğu söylenebilir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan çocuğu olan hastaların bakım vericilerinin düşük DDV oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmıştır. Çocuğu olan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı daha fazla bulunmuştur. Ayrıca, mevcut çalışmada çocuğu olmayan hastaların bakım vericilerinin aşırı duygusal düşkünlük puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Literatüre bakıldığında bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinin DDV ile çocuk sahibi olup olmaması arasındaki farkı ve kardeş sayısı ile ilişkisini bildiren bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Araştırmanın hipotezlerinden olan kardeş sayısı fazla olan hastaların bakım vericilerinin DDV düzeyi daha düşüktür hipotezi doğrulanmıştır. Hastaların kardeş sayıları ile bakım vericilerin duygu dışavurum toplam düzeyi ve eleştirel/düşmancıl oluş alt boyut ile arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Buna göre hastaların kardeş sayısının artması ile bakım vericinin DDV ve eleştirel düşmancıl duygu dışavurumu gösteren davranışlarının azalması hastaya bakım vermenin zorluklarının azalması ile açıklanabilir. Hastaların kardeş sayısının artması aile içi yardımlaşmanın artacağı ve bakım verenin yükünün daha hafiflediği için duygu dışavurumunu etkilediği düşünülebilir. Hastanın çocuk sahibi olması da ebeveynlerin “ben öldükten sonra ne olacak, O’na kim bakacak” gibi düşüncelerinin oluşturduğu en yaygın kaygılarını hafifletebilir. Bakım vericilerin DDV’unu inceleyen çalışmalarda bu değişkenlerin dikkate alınmadığı görülmekte, çalışmamızın katkılardan biri olabileceği

düşünülmektedir. Klinik uygulamada hastaları ve bakım verenleri değerlendirirken bu bilgilerin alınması, riskli grubu belirlemede yararlı olabilir. Ayrıca, yapılacak çalışmalarda hastanın çocuk ve kardeş sayısının değerlendirilmesi önerilir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan çalışan hastaların bakım vericilerinin düşük DDV oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Benzer biçimde Kocabıyık ve arkadaşları (2005) çalışan hastaların bakım vericileri ile DDV düzeyi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını tespit etmiştir (14). Betül (2017)'ün şizofreni hasta yakınları ile yaptığı çalışmada çalışan hastaların yakınlarının aşırı duygusal düşkün oluşu duygu dışavurumunun çalışmayan ve emekli hastaların yakınlarından anlamlı olarak daha az olduğunu belirtmiştir (177). Hastanın çalışması bakım verenin stres faktörlerini arttırabileceğinden dolayı bakım veren tarafından istenen bir durum olmayabilir. Hastanın ağır şartlar altında ya da çok stresli bir ortamda çalışması ataklarını tetikleyebilir ve bu da bakım verme işini zorlaştırabilir. Çalışılan işin hastanın hastalığını etkilemeyecek olması hem bakım verene hem de hastaya katkı sağlayacaktır.

Araştırmanın hipotezlerinden olan bipolar bozukluğun tipine göre bakım vericilerin DDV oranında fark vardır hipotezi doğrulanmamıştır. Literatüre bakıldığında bipolar bozukluğa ilişkin çalışmaların sınırlı sayıda olduğundan bipolar bozukluk tipini ve duygu dışavurumunu inceleyen çalışmalara rastlanmamıştır. Mevcut çalışmada aşırı duygusal düşkünlük puan ortalamasının BTABB (Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk) tipte bipolar bozukluğu olan hastalarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bipolar bozukluk özelliklerini tam olarak yansıtamayan bu tip bozukluk genelde borderline bozukluk ile karıştırılmaktadır. Bakım verenlerin bu hızlı döngülü bipolar bozukluk tipinin hastalık belirtilerini anlayamayıp hastaya daha fazla ilgi ve düşkünlük gösterdiği düşünülebilir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan daha uzun süredir bipolar bozukluk ile yaşayan hastaların bakım vericilerinin DDV düzeyi daha düşüktür hipotezi doğrulanmamıştır. Miklowitz (2007) yaptığı çalışmada erken çocukluk döneminde başlayan ve yetişkinliğe uzanan bipolar bozukluğun uzun süreli bakımı, bakım verenlerinin zaman içerisinde eleştiriyi ya da aşırı korumayı uyandırdığı ve yüksek duygu dışavurumunun arttığını tespit etmiştir (192). Taylor (2009) da bipolar bozukluğu olan hastaların ailelerinin süre ilerledikçe yüksek duygu dışavurum gösterdiği ve psikoeğitime ihtiyaç duyduklarını belirtmiştir (193). Literatürdeki bulgular

çalışmamızla benzerlik göstermemekte, hipotezimizin aksine hastalık süresi uzadıkça bakım verenlerin DDV'nun da yükseldiği anlaşılmaktadır. Bakım vericilerin hastalık süresi uzadıkça mevcut duruma uyum sağlamış olması, daha etkili duygularını yönetebiliyor olmaları beklenirken süre uzadıkça yüksek DDV'nun artması bakım vericilerin bu konuda müdahale edilmediğinde sadece deneyimlerine dayanarak etkili yöntemler geliştiremediklerini düşündürmektedir. Diğer taraftan hastalık süresi ile DDV arasındaki ilişkinin derinlemesine araştırılmasına ihtiyaç olduğu anlaşılmaktadır.

Araştırmanın hipotezlerinden olan hastaneye yatış sayısı ve son bir yılda yatış sayısı fazla olan hastaların bakım vericilerinin DDV oranı yatış sayısı az olanlara göre yüksektir hipotezi doğrulanmamıştır. Bulgularımızdan farklı olarak Kocabıyık ve ark. (2005) yaptıkları çalışmada hastaneye yatış sayısı ile bakım vericilerin duygu dışavurum oranları arasında anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır. Hastane yatış sayısı fazla olan (2-5) hastaların bakım vericilerinin de yüksek dışavurum düzeylerine sahip olduğu tespit edilmiştir (14). Honig ve ark. (1997) de bipolar bozukluğu olan hastaların bakım verenlerinin kontrol grubuna (sağlıklı bireylerin ailelerinden oluşan 21 çift ve bir ebeveyn) oranla daha yüksek duygu dışavurumu gösterdiğini tespit etmiştir ve yüksek duygu dışavurum gösteren bakım verenleri olan bipolar bozukluğu olan kişilerin düşük olanlara oranla hastane yatışının daha fazla olduğu da belirtilmiştir (194). Bu sonuçlar çalışmamızı desteklemezken, diğer taraftan çalışmamızın sonucuna benzer biçimde Hooley ve Holly (2006) bipolar hastaların son bir yılda hastaneye yatışı ile duygu dışavurumu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığını ortaya koymuştur (198). Erbinç (2001) de şizofreni hastalarının bakım vericilerinde yaptığı çalışmada hastane yatış sayısı ile duygu dışavurum düzeyi arasında anlamlı bir fark bildirmemiştir (153). Bu noktada bireyin hastane yatışından çok hastanın geçirdiği atak daha önemli olarak görülebilir. Yapılacak çalışmalarda hastanın geçirdiği atak sayısının bir değişken olarak incelenmesi uygun olacaktır.

Araştırmanın hipotezlerinden olan tedavilerine uyum sağlayan hastaların bakım vericilerinin düşük DDV oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Çalışmalar yüksek düzeyde DDV'a sahip bipolar bozukluğu olan hastalarda hastalık tekrarlamalarının yük olduğu saptanmıştır (182,19). Simoneau ve ark. (1998) da yüksek DDV oranı fazla olan bakım verenlere sahip bipolar hastaların iyileşme sürecinin zorlaştığı ve tedavilere uyum sağlayamadığını saptamıştır (123). Şizofreni hastaları ile ülkemizde yapılan çalışmalarda hastanın düzenli ilaç kullanımı/tedaviye uyumu ile duygu dışavurum puanları ve biçimleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (23,188).

Ülkemizdeki çalışmalarda bizim çalışmamızda da olduğu gibi hastanın tedaviye uyumu bakım vericilerin DDV'ünü etkilemezken, diğer ülkelerde yapılan benzer çalışmalarda aksi sonucun ortaya çıkması kültürel faktörlerin etkisini düşündürmektedir. Ayrıca tedavi uyumunu bir soruyla değerlendirmek yerine daha ayrıntılı değerlendirmenin sonuçları değiştirebileceği öngörülebilir. Yapılacak çalışmalarda bunun göze alınması katkı sağlayabilir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan toplum ruh sağlığı merkezinden (TRSM) hizmet alan hastaların bakım vericilerinin almayan hastaların bakım vericilerine göre düşük DDV oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Literatürde bu değişkenle DDV arasındaki farkı inceleyen bir çalışmaya ulaşılmıştır. Son yıllarda şizofreni hasta yakınları ile yapılan çalışmada TRSM kullanan hastaların bakım vericilerinin DDÖ toplam puan ortalaması ve aşırı duygusal düşkün oluş puan ortalaması arasında anlamlı fark olduğu belirlenmiştir (175). Ülkemizde son on yıldır hizmet veren TRSM'inin kullanımının yanı sıra aktivitelerinin, hasta ve bakım vericilerin yararlanma düzeyinin araştırılması gerekmektedir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan tıp dışı yardım arama davranışında bulunan bakım vericilerin yüksek DDV oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Literatürde bu değişkenler üzerine yapılan çalışmalara rastlanmamıştır. Çalışmamızda tıp dışı yardıma başvurma oranı %19,2 iken Erbinç'in şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yaptığı çalışmada bu oran %16,7 olarak saptanmıştır (153). Bu durumun bipolar bozukluk tanılı hastaların ani duygudurum değişikliklerinin bakım veren tarafından hastalığın belirtisi olarak algılanmamasından kaynaklandığını düşündürebilir. Çalışmamızda bakım verenlerin muska yaptırma (%6,8), din hocasına (5,4) götürme gibi davranışlarda buldukları görülmüştür. Hastalara büyü yapıldığını ve bu yüzden sürekli duygularının değiştiğini ifade edip büyü için hocalara (%2,7) götürdükleri belirlenmiştir. Tıp dışı yardım arama davranışının kültürel geçmişle ilişkili olduğu varsayılmaktadır. Tıp dışı yardım arama davranışını ruhsal hastalıklara olan inançlar ve doktor tedavisine olan güvenin etkileyebileceği düşünülebilir.

Sonuçta, mevcut çalışmamızda hastanın eğitim durumunun, çocuk sahibi olmanın, kardeş sayısının ve bipolar bozukluğun tipinin DDV biçimini etkilediği ancak diğer demografik ya da klinik özelliklerine göre bakım vericilerin yüksek veya düşük DDV oranında anlamlı bir farka yol açmadığı ortaya çıkmıştır. Literatürde yer alan bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericileriyle yapılmış çalışmalar sınırlıdır. Bu

çalışmalara göre de tutarlı bir sonuca ulaşılamamaktadır. Hastaların özelliklerine göre hangi bakım vericilerin DDV'unun yüksek olması açısından riskli grupta olduğunu belirlemeye yönelik çok merkezli, örnekleme daha geniş çalışmalarla bu sonuçların test edilmesi gerekmektedir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan yüksek ve düşük DDV'una sahip gruplar arasında bakım vericinin yaş ortalaması farklıdır hipotezi doğrulanmamıştır. Mevcut çalışmada bakım verenin yaşının duygu dışavurum düzeyini ve biçimi etkilemediği belirlenmiştir. Rachel ve ark. (2015) bipolar hastaların bakım vericilerinin yaş ortalaması ile DDV düzeyi arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğunu saptamıştır (200). Kocabıyık'ın (2005) yaptığı çalışmaya göre ise bakım vericinin yaşı ile aşırı duygusal düşkün olma durumu arasında anlamlı fark bulunmuştur (14). Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericileriyle yapılan diğer çalışmada da bakım verenin yaşı arttıkça aşırı duygusal düşkün olma davranışının artış gösterdiği saptanmıştır (201). Şizofreni tanılı hastaların bakım verenlerinde yapılan çalışmalarda bakım verenin yaşı ile DDV oranı ve biçimleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır (175,188,202). Bakım verenin yaşı DDV biçimini etkileyebileceği gibi bakım verenin yaşı ile DDV arasında fark olmadığını bildiren bu çalışmalar, hastaya bakma rolündeki zorlukların ve DDV düzeyinin hastalığa bakış açısı ile ilgili olabileceğini düşündürmektedir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan kadın bakım vericilerin yüksek DDV oranı erkelere göre daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Heru ve Ryan (2002) bipolar erkek hastaların bakım vericilerinin genellikle erkek ya da eşleri olduğunu ve erkek bakım verenlerin eleştirel/düşmancıl davranış biçimi ve düşük DDV gösterdikleri ortaya konulmuştur (183). Ülkemizde bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada kadın bakım vericilerin eleştirel/düşmancıl davranışlarının daha fazla olduğu belirlenmiştir (14). Şizofreni hastalarının yakınları çalışmada düşük DDV'u grubundaki hasta yakınlarının çoğunlukla kadın olduğu bildirilmiştir (203). Akgülle (2014) şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yaptığı çalışmada kadın bakım verenlerin eleştirel/düşmancıl ve aşırı duygusal düşkün duygu dışavurumu erken bakım verenlere oranla daha yüksek olduğunu belirtmiştir (202). Hastaların bakım vericileri genellikle kadın olup, kadın bakım verenler daha çok hastanın annesi veya eşi olmaktadır. Kadın ve erkek bakım verici arasında biyolojik duygusal farklılıkların DDV'a etki ettiği diğer çalışmalarda bildirildiği gibi klinik uygulamada da

gözlenmektedir. Ancak burada da çalışmaların sonuçlarının tutarlı olmadığı görülmektedir. Bir çalışmada erkek bakım verenlerin DDV düşük (183), bir çalışmada kadın bakım verenlerin DDV düşük (203), diğer iki çalışmada kadın bakım verenlerin daha müdahaleci davrandıkları bildirilmektedir. Mevcut çalışmamızda ise bakım verenin cinsiyetinin DDV düzeyini ve biçimi etkilemediği belirlenmiştir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan eğitim seviyesi yüksek olan bakım vericilerin düşük DDV oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Aynı zamanda çalışmamızda bakım verenin eğitim durumunun DDV biçimini de etkilemediği saptanmıştır. Benzer biçimde son yıllarda yapılan bir çalışmada Kocagöz (2019) bakım verenlerin eğitim durumlarının DDV'nu yordamadığını tespit etmiştir (204). Kocabıyık (2002) bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım vericisi ile yapmış olduğu çalışmada bakım vericinin eğitim düzeyi ile aşırı duygusal düşkün olma arasında negatif bir ilişki olduğunu, bakım verenin eğitim seviyesi arttığında aşırı duygusal düşkün olmanın azalacağı belirtilmiştir (201). Duman (2014)'ın şizofreni hastalarıyla yaptığı çalışmada bakım verenin eğitim seviyesiyle toplam DDV puan ortalaması arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur (185). Şentürk (2017) şizofreni hastalarının 176 bakım vericisi ile yaptığı çalışmasında toplam DDV puanı ile bakım verenin eğitim durumu arasında anlamlı ilişki olduğunu belirtmiştir (177). Çetin (2011)'in yaptığı çalışmada ise bakım verenin eğitim düzeyi ile toplam DDV düzeyi arasında ilişki olmadığı belirtilmiştir (205). Miklowitz (1988) ve Duman (2014) şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yaptıkları çalışmalarda bakım verenin eğitim seviyesi arttıkça hastaya karşı sergilediği eleştirel/düşmancıl ve aşırı koruyucu/kollayıcı tutumda azalmaya sebep olduğunu saptamışlardır (29,185). Klinik ortamda hastanın yatışı esnasında ve sürecinde bakım vericilerin eğitim düzeyinden bağımsız ve belirgin olarak hastayla ilişkisinin, O'na karşı hissettiklerinin davranışa yansdığı gözlenmektedir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan evli bakım vericilerin düşük duygu dışavurum oranı bekâr ve boşanmış/dul olanlara göre daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Bulgularımızdan farklı olarak Cutrona (1996) hasta bakım verenin evli olmasının stres seviyesini düşürdüğünü ve DDV'larının azaldığını ortaya koymuştur (206). Kocabıyık'ın 2002 yılında bipolar bakım verenleri ile yapmış olduğu çalışmada bakım vericinin medeni durumu ile DDV oranları ve biçimleri arasında bir ilişki saptanmamıştır (201). Duman çalışmasında şizofreni hastalarının yakınlarının medeni durumu ile duygu dışavurumu düzeyi arasında anlamlı bir fark saptanmadığı

görülmüştür (188). Çalışmamızın bulgusuna benzer sonuçlar olduğu gibi, evli olmak, evlilik ilişkisinin destekleyici olması durumunda DDV' unu düşüren bir etken olabilir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan çalışan bakım vericilerin düşük DDV oranı çalışmayanlara göre daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Bulgularımızdan farklı olarak Yadav ve ark. (2018) bakım verenlerin mesleğinin sorumluluk almakla olumlu yönde ilişkili olduğu ve düşük DDV oranının fazla olduğu bulunmuştur (207). Ata (2018) ise bakım verenlerin çalışan ve hastalık hakkında bilgi sahibi olmasının duygu dışavurumunu yordadığı ve düzeyini düşürdüğünü ortaya koymuştur (208). Şentürk'ün (2017) şizofreni ile yaptığı çalışmada, bakım verenin çalışması ile toplam DDV arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir (175). Çalışan bakım vericilerin DDV'nun düşük olması hem hastadan ayrı geçirilen vakitler hem de ekonomik anlamda rahatlatıcı olabilir. Diğer taraftan çalışan bakım vericinin hem iş yükü, ev işleri hem de bakım vericilik rolünün yükünü artırabileceği de söylenebilir. Ancak çalışmamızda bakım vericilerin çalışma durumunun DDV düzeyi ve biçimi üzerinde önemli bir etkisi olmadığı görülmüştür. Çalışma durumunu ekonomik durum ile birlikte değerlendirdiğimizde çalışmamızda, giderlerine göre geliri daha az olan bakım vericilerin toplam DDV düzeyi ile eleştirel/düşümcül alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ateşçi ve ark. (2001) bipolar bozukluğu olan hastaların ailesinin gelir durumunun sonrasında da giderek bozulduğunu ve ailelerin bakım yükünü arttırarak yüksek DDV gösterebileceğini ortaya koymuştur (3). Taşçı ve ark. (2013) tarafından bipolar bozukluk tanılı hastaların yakınlarıyla yapılan çalışmada bakım verenlerin %89,5'inin ekonomik durumunun kötü olduğu belirlenmiştir (209). Arslantaş ve ark. (2012)'nin bir üniversite hastanesinde 72 şizofreni hastasının bakım vericileri ile yaptığı çalışmada gelir durumunu yetersiz olarak ifade eden bakım verenlerin yüksek DDV sergiledikleri saptanmıştır (22). Bakım verenlerin ekonomik durumunun kötüye gitmesinde hastanın hastalığının rolünün büyük olduğunu düşünmeleri ve buna yönelik DDV'nin yükseldiği veya ekonomik durumlarının kötü olmasına bağlı yaşam stresinin DDV'unu yükselttiği düşünülebilir. Klinik uygulamadaki gözlemlerimiz de bu yöndedir. Çetin (2011)'in şizofreni hastalarının bakım vericilerinde yaptığı çalışmada bakım verenlerin gelir durumunun kötü olması duygu dışavurumu (yüksek-düşük olması) ve duygu dışavurumu biçimlerini etkilemezken, gelir durumunun kötü olması bakım verme yükünü etkilediği görülmüştür (205). Bakım verme yükü artması zamanla hastaya olan tutumu değiştirebilir ve bu da yüksek DDV yordayıcısı olabilir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan sağlık durumunu iyi olarak bildiren, fiziksel ve psikiyatrik bozukluğu olmayan bakım vericilerin düşük DDV oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Duman (2014)'ın şizofreni hastalarının yakınları ile yaptığı çalışmada, bakım verenin fiziksel veya psikolojik hastalık öyküsünün varlığı ile DDV düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunamadığı bildirilmiştir (188). Literatürdeki diğer çalışmalar bakım verenin fiziksel sağlığı, bakım yükü, depresyon ve duygularını göstermesi arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişkinin olduğunu ortaya koymuştur (210) (211). Psikiyatrik bozukluklardan en çok depresyon ve davranış bozukluklarına sahip olan bakım verenlerin DDV'lerinin yüksek olduğu ortaya konulmuştur (212,213). Çalışmamızda fiziksel ve psikiyatrik bozukluğu olan bakım vericilerin oranının çok düşük olması sonucu etkilemiş olabilir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan ailesinde bakım gerektiren başka bir üyeye sahip bakım vericilerin yüksek duygu dışavurum oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Schuzl ve Eden (2016) bakım verenlerin ailesinde bakım gerektiren başka üyeler olduğunda bakım yükünün arttığı ve bu durumun da DDV'lerini arttıracığını belirtmiştir (210). Mevcut çalışmamızda bakım verenlerin ailesinde bakım gerektiren başka biri yoksa bakım verenlerin hastaya karşı aşırı duygusal düşkün duygu dışavurumu sergiledikleri belirlenmiştir. Ailesinde bakım gerektiren yaşlı, çocuk, bedensel rahatsızlığı olan birilerinin olmaması bakım verenin tüm ilgisini bipolar bozukluk tanılı hastasına yönelttiği düşünülmüştür ve buna bağlı bakım verenin aşırı duygusal düşkün olma tutumunun yüksek olması öngörülebilir. Ailesinde bakım gerektiren birinin olmaması bakım vericinin DDV oranından çok DDV biçimini etkilediği görülmüştür.

Araştırmanın hipotezlerinden olan bipolar bozukluğu olan hasta ile akrabalık bağı yüksek olan bakım vericilerin yüksek DDV oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Bulgulardan farklı olarak Ostacher ve ark. (2008) bipolar hastaları ile akrabalık bağı olan bireylerin duygusal bağlılık kaynaklı bakım yükü ile DDV'unun daha düşük ve ılımlı olacağını ortaya koymuştur (215). Akrabalık bağı kültürel faktörlerden ve ailenin ilişki biçimi, niteliği birçok faktörlerden etkilenebilmektedir. Hastanın bakım verenle birlikte geçirdiği sürenin DDV'unu etkilediği hipotezi de test edilmiş, bu değişkenin de ne yüksek DDV oranını ne de DDV biçimini istatistiksel

olarak anlamlı düzeyde etkilemediği bulunmuştur. DDV ile bu değişkenin incelendiği bir çalışmaya ulaşılamamıştır.

Araştırmanın hipotezlerinden olan bipolar bozukluğu hakkında bilgi eksikliği olan bakım vericilerin yüksek DDV oranı daha fazladır hipotezi doğrulanmamıştır. Konuya yönelik literatürde şizofreni hastalarının bakım verenleri ile yapılmış bir çalışmaya ulaşılmıştır. Bu çalışmada da bakım verenlerin bilgi düzeyinin DDV üzerinde etkili bir değişken olmadığı belirlenmiştir (188). Bakım verenin hastalık hakkındaki bilgisinden çok hastalığa yönelik inançlarının etkili olduğu anlaşılmıştır.

Araştırmanın hipotezlerinden olan yüksek duygu dışavuruma sahip bakım vericilerin aileden ve sosyal ilişkilerinden aldığı destek puanı ortalaması daha yüksektir hipotezi doğrulanmamıştır. Mevcut çalışmada bakım vericinin gördüğü destek ile eleştirel/düşmanlık oluş alt ölçeği arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir. Yani bakım vericilerin algıladığı destek artıkça, eleştirel/düşmanlık duygu dışavurumunun azaldığı veya duygularını eleştirel/düşmanlık olarak dışavurmayan bakım vericilerin daha fazla destek algıladığı görülmektedir. Aile ve sosyal desteğin DDV oranını değil ama DDV biçimini etkilediği anlaşılmıştır. Desteği yetersiz olan kişilerin daha eleştirel ve düşmanlık davranışlar sergileyebildikleri gözlenmektedir. Bu konuda yapılacak çalışmalar bakım vericilere sunulacak yardım biçimini belirlemek için de önemli olduğundan daha ayrıntılı araştırılması gerektiği düşünülmektedir.

Araştırmanın hipotezlerinden olan yüksek duygu dışavurum grubundaki bakım vericilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamaları arasında fark olduğu hipotezi doğrulanmıştır. Ayrıca ruhsal hastalığa yönelik inançlar ile DDV biçimi arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Literatürde bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericileriyle yapılmış bir çalışmaya ulaşılamamış, şizofreni hastalarının bakım vericileriyle önceki yıllarda yapılan bir çalışmanın sonucunun bulgumuzu desteklediği belirlenmiştir. Sczufca ve Kuipers (1996)'ın yaptığı bu çalışmada ruhsal hastalığa yönelik olumsuz inançların hastaya yönelik DDV düzeyini de yükselttiği bildirilmiştir (114). Ruhsal hastalıklara inançların duygu dışavurumunun yüksek veya düşük olmasını, eleştirel ve düşmanlık duygu durumunu etkileyen önemli bir faktör olduğu görülmüştür. Çalışmaların sınırlı olması nedeniyle bu sonucun diğer araştırmalarda da test edilmesi uygun olacaktır.

Araştırmanın hipotezlerinden olan yüksek ve düşük DDV sergileyen bakım vericilerin baş etme biçimleri arasında fark vardır hipotezi de doğrulanmıştır. Düşük DDV grubundaki bakım vericilerin şakaya vurma, plan yapma baş etme yöntemi puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu belirlenmiştir. Yüksek DDV grubundaki bakım vericilerin geri durma, kabullenme baş etme yöntemi puan ortalamasının daha yüksek olduğu ve farkın anlamlı olduğu bulunmuştur. Ayrıca aşırı duygusal düşkün davranışlar sergileyenlerin; pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek kullanımı, şakaya vurma baş etme yöntemlerini daha az kullandıkları belirlenmiştir. Eleştirel/düşmanca davranışlar sergileyenlerin inkârı, dini olarak başa çıkmayı, plan yapmayı daha az, davranışsal olarak boş vermeyi, geri durmayı, madde kullanımını, kabullenmeyi daha fazla kullandıkları tespit edilmiştir. Toplam DDV düzeyi ile inkâr, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, plan yapma baş etme yöntemlerinin kullanımı arasında negatif, davranışsal olarak boş verme, geri durma, madde kullanımı, kabullenme baş etme yöntemlerinin kullanımı arasında pozitif ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Bu konuda şizofreni hastalarıyla yapılan çalışmaların literatürde yer aldığı görülmüştür. Önceki yıllarda yapılan bu çalışmalarda da yüksek duygu dışavurum gösteren bakım verenlerin daha az etkili baş etme stillerini kullandıkları bulunmuştur (114,216). Şizofreni hasta yakınlarında yapılan diğer çalışmada kabullenme tutumunu daha az kullanan bakım verenlerde aşırı duygusal düşkünlük duygu dışavurumu daha fazla olarak saptanmıştır (168). Wasserman'ın şizofreni ile yaptığı çalışmada ise dini olarak başa çıkma ile soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma tutumlarının yüksek DDV'ünü öngördüğü görülmüştür (27). Bakım verenlerin duygu dışavurumları için kullandıkları başa çıkma yöntemlerinin önemli bir faktör olduğu görünmektedir.

Sonuçta, bakım vericilerin bazı özellikleri (ekonomik durum, ailede bakım gerektiren başka birinin varlığı, algılanan destek) DDV oranından ziyade DDV biçimini etkilerken, ruhsal hastalığa yönelik inançların ve baş etme biçiminin hem DDV düzeyini hem de DDV biçimini etkilediği anlaşılmıştır. Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericileri için ruhsal hastalık inançlarını değiştirebilecek ve etkili baş etme yöntemlerini kazandırabilecek müdahalelerin yararlı olabileceği öngörülmektedir. Hastaneye yatan hastaların bakım vericilerinin baş etme biçimlerini öğrenmeleri, ruhsal hastalıklara olan inançlarını değiştirebilmeleri hastanedeki personellerin ve sağlık çalışanlarının

üzerine düşen bir görev olarak algılanmalıdır. Yapılacak çalışmalarda bu bilginin dikkate alınması önerilmektedir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericisinin duygu dışavurum düzeyini, biçimini ve oranını belirlemek, duygu dışavurumu etkileyen faktörleri değerlendirmek, bakım vericilerin duygu dışavurumu ile ruhsal hastalığa yönelik inançları ve başatma biçimleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

- Hastaların yaş ortalaması $34,43 \pm 15,33$ (18-82), yarıdan çoğu (%58,1) erkektir. Hastaların %35,1'i lise mezunu, %59,5'i bekâr, %64,9'unun çocuğu yoktur, %48,6'sı anne ve babasıyla yaşamakta, %74,3'ü çalışmamaktadır ve %75,7'sinin sosyal güvencesi mevcuttur.
- Hastaların %41,9'una Bipolar Bozukluk Tip I tanısı konmuş, psikiyatri servisinde toplam ortalama $2,55 \pm 1,20$ (0-4) kere yatmış, %31,1'i son bir yıl içerisinde hospitalize edilmiş olup, %36,5'inin hastalık belirtilerinin artması nedeni ile hastaneye yatırılarak tedavi gördüğü belirlenmiştir.
- Hastaların %40,5'inin ilaçlarını düzenli kullandığı, %16,2'sinin TRSM'ni kullandığı, hasta yakınlarının %6,8'i hastasına muska yaptırarak tıp dışı yardım kullandığı belirlenmiştir.
- Bakım vericilerin yaş ortalaması $38,63 \pm 11,95$ (18-75), yarıdan çoğu (%58,1) kadındır. %60,8'i evli olup, %58,1'inin çocuğu vardır ve çocuk sayısı ortalaması $1,55 \pm 1,50$ (0-5)'dir.
- Bakım vericilerin %31,1'i lise mezunudur, %64,9'u çalışmaktadır ve %64,9'unun geliri giderine eşittir.
- Çalışmaya katılan bakım verenlerin %23'ü hastanın kardeşi, %21,6'sı hastanın annesi, %21,6'sı hastanın çocuğudur.
- Bakım vericilerin kendi sağlık durumlarını %45,9'u iyi olduğunu, %18,9'u kronik fiziksel bir rahatsızlığı olduğunu ve aile öykülerinde %16,2'sinin psikiyatrik hastalık öyküsü olduğunu bildirmiştir.
- Bakım vericiler hasta ile ortalama $15,52 \pm 9,41$ (1-35) yıl birlikte yaşamıştır, günlük ortalama $9,45 \pm 5,62$ (2-24) saat zaman geçirmektedir.
- Bakım vericilerin %39,2'sinin hastalık hakkında ne yeterli ne yetersiz seviyede bilgiye sahiptir.
- Bakım vericilerin %16,2'sinin ailesinde bakım gerektiren (yaşlı, çocuk vb.) başka biri vardır.

- Bakım vericilerin hastaya bakım verirken aileden gördüğü destek düzeyi on üzerinden ortalama $4,14 \pm 2,90$ olarak belirlenmiş ve %79,7'sinin sosyal çevreden destek görmediği saptanmıştır.
- Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericisinin %58,1'inin duygu dışavurumu yüksek, %41,9'unun duygu dışavurumu düşük olarak bulunmuştur.
- Eğitimi lise düzeyinde olan hastaların bakım vericilerinin eleştirel/düşmancıl oluş alt boyutu puan ortalamasının diğer eğitim düzeyindeki hastaların bakım vericilerinin puan ortalamasına göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.
- Çocuğu olmayan hastaların bakım vericilerinin toplam duygu dışavurum düzeyi ve aşırı duygusal düşkünlük puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Çocuğu olan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranı daha azdır.
- Hastaların kardeş sayıları ile bakım vericilerin duygu dışavurum toplam düzeyi ve eleştirel/düşmancıl oluş alt boyut ile arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur. Kardeş sayısı fazla olan hastaların bakım vericilerinin düşük duygu dışavurum oranının daha az olduğu bulunmuştur.
- Aşırı duygusal düşkünlük puan ortalamasının BTABB (Başka Türü Adlandırılmayan Bipolar Bozukluk) tipte bipolar bozukluğu olan hastalarda diğerlerine göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Bakım vericilerin ekonomik durumuna göre toplam duygu dışavurumu ve eleştirel/düşmancıl oluş alt boyut puan ortalamalarında anlamlı fark saptanmıştır. Geliri giderlerinden daha az olan bakım vericilerin toplam duygu dışavurum puan ortalaması ile eleştirel/düşmancıl alt boyut puan ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.
- Aşırı duygusal düşkünlük alt ölçeği puan ortalamasının ise ailesinde bakım gerektiren başka biri olmadığını bildirenlerde daha yüksek olduğu ve aradaki farkında anlamlı olduğu saptanmıştır.
- Bakım vericinin gördüğü destek ile eleştirel/düşmancıl oluş alt ölçeği arasında negatif yönde, zayıf düzeyde anlamlı ilişki belirlenmiştir.
- Bakım vericilerin toplam duygu dışavurumu ve eleştirel/düşmancıl oluş alt ölçeği ile ruhsal hastalıklara inançlar toplam puanı ve alt ölçekleri arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

- Yüksek duygu dışavurum grubundaki bakım vericilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlar ölçeği toplam puan ortalaması ve alt ölçek puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır.
- Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, zihinsel boş verme, yararlı sosyal destek kullanımı, şakaya vurma baş etme biçimleri ile aşırı duygusal düşkünlük alt ölçeği arasında ilişki vardır. Toplam DDÖ puanı ile inkâr, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, madde kullanımı, kabullenme, plan yapma baş etme biçimleri arasında ilişki vardır. İnkâr, dini olarak başa çıkma, davranışsal olarak boş verme, geri durma, madde kullanımı, kabullenme, plan yapma baş etme biçimleri ile eleştirel düşmancıl oluş alt ölçeği arasında ilişki vardır.
- Duygu dışavurumları düşük olanların şakaya vurma ($p<0,001$), plan yapma ($p=0,007$) baş etme biçimi, duygu dışavurumu yüksek olanların geri durma ($p=0,02$) ve kabullenme ($p<0,001$) baş etme biçimi puan ortalamalarının anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Sonuçta bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericisinin yüksek duygu dışavurum oranının daha fazla olduğu bulunmuştur. Bakım vericilerin duygu dışavurum düzeyini hastaların ve bakım vericilerinin sosyodemografik, sağlık-hastalık durumu özelliklerinden daha çok bakım vericilerin ruhsal hastalığa yönelik inançlarının ve baş etme biçiminin etkilediği ortaya çıkmıştır. Bakım vericilerin ekonomik durumunun ve algıladığı desteğin de önemli olduğu görülmüştür.

Bu çalışma sonunda aşağıdaki öneriler geliştirilmiştir;

- Bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericilerinin DDV'unun ve ihtiyaçlarının ihmal edilmiş olduğu görülmüş, çalışmamıza benzer araştırmalarla elde edilen sonuçların test edilmesinin gerekli olduğu,
- Bakım vericilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarını değerlendirmeye yönelik niceliksel çalışmaların yanı sıra niteliksel, derinlemesine çalışmalar yapılmasının gerekli olduğu,
- Bakım vericilerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının gerçekçi ve olumlu olmasının duygu dışavurumu azaltabileceği düşünülmüş, bunun çalışmalarla test edilmesinin gerekli olduğu,
- Bakım vericilerin etkili baş etme yöntemlerini geliştirmeye yönelik girişimsel çalışmaların yapılmasının gerekli olduğu,

- Bipolar hastalık tanısı almış olan ve çalışamayan hastaların bakım vericilerin maddi sıkıntılarını gidermek amacıyla verilen hasta bakım maaşlarına daha fazla bütçe ayrılmasının ihtiyaç olduğu,
- Bakım verenlerin daha fazla sosyal destek almaları ve diğer bakım verenlerle bir arada bulunup paylaşımında bulunabilmesi için hastalık hakkında veya diğer konularda danışmanlık alabileceği lokal veya derneklerin kurulmasının, bipolarla yaşam derneği ile bakım vericilerin bağlantısının kurulmasının yararlı olabileceği,
- Hastanelerde bakım verenlerin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarla ilgili tutumlarını olumlu yönde değiştirebilmek için psikiyatrik bozuklukların hastalar üzerindeki belirtileri ve hasta davranışlarını ne yönde etkilediklerini içeren eğitimlerin hasta yakınları ve birinci derecede bakım vericisine verilmesinin fayda sağlayabileceği,
- Sağlık çalışanlarının ruhsal hastalığa bakış açısı ve hastaya davranış biçimi bakım verencilere rol model olabileceği,
- Bakım verenlerin duygu dışavurumları ile ruhsal hastalıklara inanç ve başetme biçimlerinin daha ayrıntılı ve daha fazla örneklem sayısı ile araştırılması gerektiği,
- Bipolar bozukluk hastaları için daha az stres oluşturan, uyku ve ilaç düzenini bozmayan işlerde çalışabilme fırsatı sunulmasının, hastaların ailenin ekonomik gelirine katkıda bulunmasının bakım vericilerin DDV üzerine etkisinin incelenmesi gerektiği,
- Duygu dışavurumu ile hastalık süresinin, geçirilen atak sayısının, yeni yapılacak çalışmalarda değişken olarak incelenmesinin faydalı olacağı,
- TRSM’de yapılan aktivitelerinden, hasta ve bakım vericilerin yararlanma düzeyinin araştırılması ve buna yönelik aktiviteler oluşturulmasının katkı sağlayacağı,
- Bipolar bozukluk tanılı hastaların bakım vericilerinde duygu dışavurumu ve bakım veren yükü arasındaki ilişkinin incelenebileceği,
- Hastaların tedaviye uyumunun daha ayrıntılı değerlendirip bakım vericilerin DDV üzerine etkisinin değerlendirebileceği düşünülmüş ve önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Kasper S, Stamenkovic M, Letmaier M, Schreinzer D. “Atypical antipsychotics in mood disorders”, *Int Clin Psychopharmacol*, 2002, 17: 1-10.
2. Pompili M, Harnic D, Gonda X, Forte A, Dominici G, Innamorati M, Fountoulakis KN, Serafini G, Sher L, Janiri L, Rihmer Z, Amore M, Girardi P. “Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers’ burden”, *World J Psychiatr*, 2014, 4(1): 1-12.
3. Ateşçi FÇ, Karadağ F, Özdel O, Oğuzhanoglu NK. ‘Bipolar ve yineleyici major depresif bozuklukların klinik özellikleri: Karşılaştırmalı bir çalışma’, *Türkiye’ de Psikiyatri*, 2001, 3(2):95-102.
4. Morgan VA, Mitchell PB, Jablensky AV. ‘The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders’, *Bipolar Disord*, 2005, 7(4): 326–337.
5. Coryell W, Scheftner W, Keller M, Endicott J, Maser J, Klerman GL. ‘The enduring psychosocial consequences of mania and depression’, *Am J Psychiatry*, 1993, 150: 720-727.
6. Harrow M, Goldberg JF, Grosman LS, Meltzer HY. ‘Outcome in manic disorders: a naturalistic follow-up study’, *Arch Gen Psychiatry*, 1990, 47:665-671.
7. Morselli PL, Elgie R, Cesana BM. ‘GAMIAN-Europe/BEAM survey-II: cross-national analysis of unemployment, family history, treatment satisfaction and impact of the bipolar disorder on life style’, *Bipolar Disord*, 2004, 6: 487–497.
8. Perlick D, Clarkin JF, Sirey J, Raue P, Greenfield S, Struening E, Rosenheck R. ‘Burden experienced by care-givers of persons with bipolar affective disorder’, *Br J Psychiatry*, 1999, 175:56-62.
9. Chakrabarti S, Kulhara P, Verma SK. ‘Extent and determinants of burden among families of patients with affective disorders’, *Acta Psychiatr Scand*, 1992, 86: 247-252.

10. Reinares M, Vieta E, Colom F, Martínez-Arán A, Torrent C, Comes M, Goikolea JM, Benabarre A, Daban C, Sanchez-Moreno J. “What really matters to bipolar patients’ caregivers: Sources of family burden”, *J Affect Disord*, 2006, 94:157-163.
11. McPherson HM, Dore GM, Loan PA, Romans SE. ‘Socioeconomic characteristics of a Dunedin sample of bipolar patients’, *The New Zealand Medical Journal*, 1992; 105:161-162.
12. Özütek Z. *Şizofrenide Aile ve Hasta Arasındaki Etkileşimin Hastalık Belirtileri ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi* (Tez). İstanbul üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2005.
13. Pratibha, Jena SPK, Bhatia MS. “Expressed emotion research in severe mental illness”, *Delhi Psychiatry Journal*, 2012, 15(1):32-40.
14. Kocabıyık A, Beştepe E, Karşıdağ Ç, Kükürt R, Alpay N. “The Effect of Expressed Emotion on Relapse in Bipolar Disorder”, *Düşünen Adam*, 2005, 18 (1): 4-12.
15. Deveci A, Danacı AE, Yurtsever F, Deniz F, Yüksel EG. “Şizofrenide psikososyal beceri eğitimininbelirtiörüntüsü, içgörü, yaşamkalitesi ve intihar olasılığı üzerine etkisi”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2008, 19(3):266-73. .
16. Gülseren L. “Şizofreni ve aile: Güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler”, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2002, 13(2):143-51.
17. Brown GW, Birley JLT, Wing JK. “Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication”, *Br J Psychiatry*, 1972, 121:241-58.
18. Kuipers L, Bebbington P. “Expressed emotion research in schizophrenia: theoretical and clinical implications”, *Psychological Med*, 1988, 18:893-909.
19. Kavanagh DJ. “Recent Developments İn Expressed Emotion and Schizophrenia”, *British Journal Of Psychiatry*, 1992, 160, 601-620.
20. Jenkins JH, Karno M. “The meaning of expressed emotion: Theoretical issues raised by cross-cultural research”, *Am J Psychiatry*, 1992, 149:9-21.

21. Miklowitz DJ. "Family Risk Indicators in Schizophrenia", *Sch Bull*, 1994, 20 (1): 137-149.
22. Arslantaş H, Adana F. "Şizofreni hastalarının bakım vericilerinin yük algısını ve duygu dışavurumunu etkileyen etkenler", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2012,13:8-15.
23. Tüzer V, Zincir S, Baştırzi AD, Aydemir Ç, Kısa C, Göka E. "Şizofreni hastalarında aile ortamı ve duygu dışavurumunun değerlendirilmesi", *Klinik Psikiyatri*, 2003, 6: 198-203.
24. Bogren LY. "Expressed emotion, family burden, and quality of life in parents with schizophrenic children", *Nord J Psychiatry*, 1997, 51: 229-233.
25. Ran MS, Leff J, Hou ZJ, Xiang MZ, Chan CL. "The characteristics of expressed emotion among relatives of patients with schizophrenia in Chengdu, China", *Cult Med Psychiatry*, 2003, 27: 95-106.
26. Çetinkaya Duman Z, Bademli K, "Şizofreni hastalarının bakım verenleri", *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2013, 5(4):461-478.
27. Wasserman S, Weisman A, Suro G, "Nonreligious coping and religious coping as predictors of expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia", *Ment Health Relig Cult*. 2013, 16(1): 16–30. .
28. Hooley J. "Expressed emotion and relapse of psychopathology", *Annual Review of Clinical Psychology*, 2007, 3:329–352.
29. Miklowitz DJ, Goldstein MJ, Neuchterlein KH, Snyder KS, Mintz J. "Family factors and the course of Bipolar Affective Disorder", *Arch Gen Psychiatry*, 1988, 45:225-231.
30. Nomura H, Inoue S, Kamimura N, Shimodera S, Mino Y, Gregg L, Tarrier N. "A cross-cultural study on expressed emotion in carers of people with dementia and schizophrenia: Japan and England", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemio*, 2005, 40(7):564-70.

31. Öztürk MO, Ulusahin A. Ruh Sağlığı Ve Bozuklukları, 11. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, 2008, 337-428.
32. Akiskal H, Lopez J. İki Uçlu Bozukluk. WPA Yayınları, İstanbul, 2012; 12-28.
33. Angst J, Sellaro R. 'Historical perspectives and natural history of bipolar disorder', *Biol Psychiatry*, 2000, 445-457. .
34. Demirel A. 'Neurocognitive Deficits in Euthymic Bipolar Patients', *Current Approaches in Psychiatry*, 2012, 4(3):381-395.
35. Akiskal HS. 'Duygudurum bozuklukları: tarihsel gelişimi ve kavramın tanıtımı. İçinde: Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan ve Sadock Klinik Psikiyatri' (Çev. Aydın H, Bozkurt A (Eds)), Güneş Kitabevi, Ankara, 2007, 1559-1574.
36. Angst J, Marneros A. 'Bipolarity from ancient to modern times: conception, birth and rebirth', *J Affect Disord*, 2001, 67 (1-3): 3-19.
37. Kaplan H, Saddock B. 'Bipolar Disorders', *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 7th Ed, 2000, 1284- 1289.
38. Skeppar P, Adolfsson R. 'Bipolar II and the bipolar spectrum', *Nordic Journal Of Psychiatry*, 2006, 60(1):7-26.
39. Carlson GA, Goodwin FK. 'The stages of mania. A longitudinal analysis of the manic episode' *Archives of general psychiatry*, 1973, 28(2):221-228.
40. Pichot P. 'Circular insanity 150 years on', *Bulletin de l'Academie nationale de medicine*, 2004, 188 (2): 275-284. .
41. Sedler MJ. 'Falret's discovery: The origin of the concept of bipolar affective illness', Translated by Sedler MJ, Dessain EC, *Am J Psychiatry*, 1983, 140 (9): 1127-1133.
42. Oral T, 'İki uçlu bozukluk' İstanbul: WPA serisi, CSA Medikal Yayın Ajansı, 2002, 441-503.

43. Goodwin FK, Jamison KR. ManicDepressive Illness. Bipolar Disorders and Recurrent Depression, 2.nd Edition. Oxford University Press, 2007.
44. APA. ‘Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders’, 5 Edition, Arlington, American Psychiatric Association, 2013.
45. Akkaya C, Altın M, Kora K, Karamustafalıoğlu N, Yaşan A, Tomruk N, Kurt E. ‘Türkiye’de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri-HOME Çalışması’, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 2012, .
46. Cederlöf M, Larsson H, Lichtenstein P, Almqvist C, Serlachius E, Ludvigsson JF. ‘Nationwide populationbased cohort study of psychiatric disorders in individuals with Ehlers-Danlos syndrome or hypermobility syndrome and their siblings’, BMC Psychiatry, 201.
47. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. ‘Duygudurum Bozuklukları’. Çeviri: Ali Bozkurt. Kaplan&Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri, Güneş Tıp Kitapevi, Ankara, 2016, 347-386.
48. Güleç C, Köroğlu E. Psikiyatri Temel Kitabı, 2. Baskı, Hekimler Yayın Birliği,Ankara, 2007.
49. Eroğlu MZ, Özpoyraz N. ‘Bipolar Bozuklukta Koruyucu Tedavi’ *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2010, 2:206–236.
50. Gültekin, BK, Kesebir S,Tamam L. ‘Türkiye’de Bipolar Bozukluk’, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2014, 6(2):199-209.
51. Stringaris A, Youngstrom E. ‘Unpacking the differences in US/UK rates of clinical diagnoses of early-onset bipolar disorder’, *Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2014, 53(6):609-11.
52. Hendrick V, Altschuler LL, Gitlin MJ, Delrahim S, Hammen C. ‘Gender and bipolar illness’, *J Clin Psychiatry*, 2000, 61: 393-396.
53. Uğur M. Duygudurum Bozuklukları. *İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 2008, 62: 59-84.

54. Sadock BJ, Sadock K. Klinik Psikiyatri, 2. Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, 2005.
55. Hirschfeld RMA, Bowden CL, Gitlin MJ. 'Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder', *Am J Psychiatry*, 2002, 159(1):1-35.
56. Bellivier F, Golmard J, Rietschel M. 'Age at onset in Bipolar I Affective Disorder: further evidence for three subgroups', *Am J Psych*, 2003, 160: 999-1001.
57. Sobczak S, Honig A, Riedel WJ. 'Cauter tryptophan depletion in bipolar disorders', *Acta neuropsychiatrica*, 2000, 12(3): 69-72.
58. Akiskal HS. 'Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: A review. In Bipolar Disorders', Ed. Maj M, Akiskal HS, López-Ibor JJ, Sartorius N. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry, 150. Chichester, Wiley, 2002. .
59. Stahl SM. 'Duygudurum Bozuklukları', Çeviri: Alkın T. Stahl'ın Temel Psikofarmakolojisi, İstanbul Tıp Kitabevi, İstanbul, 2015, 237-283.
60. Köroğlu E. Psikonoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2004, 254-258.
61. Craddock N, Sklar P. 'Genetics of bipolar disorder: successful start to a long journey' *Trends Genetic*, 2009, 25(2): 99-105.
62. Wilcox HC, Fullerton JM, Glowinski AL, Benke K, Kamali M, Hulvershorn LA, Stapp EK, Edenberg HJ, Roberts GMP, Ghaziuddin N, Fisher C, Brucksch C, Frankland A, Toma C, Shaw AD, Kastelic E, Miller L, McInnis MG, Mitchell PB, Numberger JI JR. Traumatic stress interacts with bipolar disorder genetic risk to increase risk for suicide attempts. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2017;56:1073-1080.
63. Rice J, Reich T, Nancy C A, Endicott J, Eerdewegh MV. 'The familial transmission of Bipolar Illness', *Arch Gen Psychiatry*, 1987, 44: 441-47.
64. Köroğlu E. Duygudurum Bozuklukları. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1996, 1: 429-448.

65. Uluşahin A. 'Bipolar bozukluğun genetiği', *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 2004, 12: 318.
66. Willour VL, Seifuddin F, Mahon PB, Jancic D, Pirooznia M, Steele J, Schweizer B, Goes FS, Mondimore FM, Mackinnon DF. 'A genome-wide association study of attempted suicide', *Mol Psychiatry*, 2012, 17: 433-444.
67. Campos SB, Rocha PM, Neves FS, Miranda DM, Correa H. 'ACP1 Gene Polymorphism Associated with Suicide Attempt Type in Bipolar Disorder Patients' *Psychiatry Investig*, 2017, 14 (6): 909-910.
68. Antypa N, Souery D, Tomasini M, Albani D, Fusco F, Mendlewicz J, Serretti A. 'Clinical and genetic factors associated with suicide in mood disorder patients', *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 2016, 266:181-193.
69. Kerner B. 'Genetics of bipolar disorder', *Appl Clin Genet*, 2013, 7: 33-42.
70. Alloy LB, Abramson LY, Urosevic S, Walshaw PD, Nusslock, R, Neeren AM. 'The Psychosocial Context of Bipolar Disorder: Environmental, Cognitive and Developmental Risk Factor', *Clinical Psychology Review*, 2005, 25: 1043-107.
71. Watson S, Gallagher P, Dougall D, Poerter R, Moncrieff J, Ferrier N, Young AH. "Childhood Trauma in Bipolar Disorder". *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2013.
72. Watson S, Gallagher P, Dougall D, Porter R, Moncrieff J, Ferrier IN, Young AH. 'Childhood Trauma in Bipolar Disorder', *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 2014, 48:564-570.
73. Kessler RC, Rubinow DR, Holmes C. 'The Epidemiology Of DSM-III-R Bipolar I Disorder In A General Population Survey', *Psychol Med*, 1997, 27: 1079-1089.
74. Goodwin RD, Jacobi F, Bittner A, Wittchen HU. 'Duygudurum Bozukluklarının Epidemiyolojisi' Çev. Ed. T Oral, 2006, Sigma Yayınevi, İstanbul, 34-55.

75. Townsend MC. Mood Disorders. Psychiatric Mental Health Nursing. Concepts of Care in Evidence-Based Practice, 8.Edition, F.A. Davis Company, Philadelphia, 2015, 498-505.
76. Videbeck SL. Mood Disorders. Psychiatric-Mental Health Nursing, 5. Edition, Wolters Kluwer Health, Philadelphia, 2011,280-313.
77. Öztürk O, Uluşahin A. Duygulanım Bozuklukları.Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, 11. Baskı, Tuna Matbaacılık, Ankara, 2011, 1:337-428.
78. Miasso AI, Monteschi M, Giacchero KG. 'Bipolar Affective Disorder: Medication Adherence And Satisfaction With Treatment And Guidance By The Health Team In A Mental Health Service', *Rev Latino-Am Enfermagem*, 2009, 17(4):548-556.
79. Gönül AS, Oğuz A, Yabanoğlu I, Eşel, E. 'Tedaviye Dirençli Bipolar Hastalarda Lamotrijin Kullanımı', *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 2000,10:171-175.
80. Işık, E. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar, Görsel sanatlar yayınevi, 1.Baskı, Ankara, 2003, 467-483.
81. Darling CA, Olmstead SB, Lund VE, Fairclough JF. 'Bipolar Disorder: Medication Adherence and Life Contentmen', *Archives of Psychiatric Nursing*, 2008, 22(3):113-126.
82. Mahmood KT, Khalid N, Makhdum Z. 'Adherence T0 Drug Therapy In Psychiatric Patients', *Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 2010, 2(11):700-703.
83. Baldessarini RJ, Tondo L, Davis P, Pompili M, Goodwin FK, Hennen J. 'Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: A meta-analytic review', *Bipolar Disord*, 2006, 8: 625-639.
84. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J. 'Suicide in bipolar disorder: A review' *Psychiatria Danubina*, 2014, 26(2):108–114.
85. Işık E, Işık U. Çocuk, Ergen, Erişkin ve Yaşlılarda Depresif ve Bipolar Bozukluklar, Rotatıp Kitapevi, Ankara, 2013.

86. Scott J, Colom F, Vieta E. 'A meta analysis of relapse rates with adjunctive psychological therapies compared to usual psychiatric treatment for bipolar disorders' *Int J Neuropsychopharmacol*, 2007, 10(1):123-129.
87. Saunders JC. 'Families living with severe mental illness: a literature review' *Issues Ment Health Nursing*, 2003, 24: 175-198.
88. Toseland RW, Smith G, McCallion P. 'Family Caregivers of frail elderly', Editör: Gitterman A. *Handbook of Social Work Practice with Vulnerable and Resilient Population*, Columbia University Press, New York, 2001, 548-581.
89. Silver JH, Wellman N. 'Family caregiver training is needed to improve outcomes for older adults using home care technologies', *J Am Diet Assoc*, 2002, 102:831-836. .
90. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. 'Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings of burden', *Gerontologist*, 1980, 20: 649-655.
91. Maji R, Sood M, Sagar R, Khandelwal SK. 'A followup study of family burden in patients with bipolar disorder', *Int J Soc Psychiatry*, 2012, 58(2):217- 23.
92. Sales E. 'Family burden and quality of life', *Quality of Life Research*, 2003, 12(1): 33-41. .
93. Webb C, Pfeiffer M, Mueser M, Gladis M, Mensch E, DeGirolamo J, Levinson DF. 'Burden and well-being of caregivers for the severely mentally ill. The role of coping style and social support', *Schizophr Res*, 1998, 34: 169-180.
94. Ünal G. *Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi* (Tez), Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir,1998.
95. Oflaz F. '*Psikiyatrik Hastaların Eşlerinin Psikososyal Güçlükleri ve Stresle Baş Etme Yollarının İncelenmesi*'(Tez), GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara,1995.
96. Arkar H, Eker D. 'Akıl hastalıkları ile ilgili tutumlar: Verilen neden tipinin etkisi' *Türk Psikiyatri Dergisi*, 1996, 7(3): 191-97. .

97. Gülseren L, Coşkun, S, Gülseren Ş, Kültür S. ‘Şizofreni ve bipolar tanısı konan hastalar ile ailelerinde aile işlevleri üzerine karşılaştırmalı bir çalışma’, *3P Dergisi* 1999, 7(1): 23-31.

98. Taktak Ş, Erkıran M, Karşıdağ Ç, Özderen M, Alpay N. ‘Şizofren olgularda aile işlevselliğinin algılanması, sosyodemografik ve klinik özelliklerle ilişkisi üzerine bir çalışma’, *Düşünen Adam*, 2000, 13(4):196-203.

99. Larsen LS. ‘Effectiveness of a counseling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives’, *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*,1998, 36: 26-32. .

100. Norbeck JS, Charfetz L, Skodol-Wilson H, Weiss SJ. ‘Social support needs of family caregivers of psychiatric patients from three age groups’, *Nurse Researcher*, 1991, 40(4): 208- 13.

101. Buldukoğlu K, Tel H. ‘Psikotik bozuklukların neden olduğu sosyal ve ekonomik kayıplar’, III. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 24-26 Haziran, Sivas, 1992:581-586. Sivas.

102. Scholler JA. ‘Persons with chronic mental illness’. Ed. Fortinash KM, Holoday- Worret PA. *Psychiatric Mental Health Nursing*, Mosby Company, St. Louis,1996: 685-709. .

103. Doornbos MM. ‘The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness’ *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 1997, 35(9): 22- 6.

104. Perlick DA, Rosenheck RR, Clarkin JF, Raue P, Sirey J. ‘Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder’, *J Nerv Ment Dis*, 2001, 189: 31-37.

105. Ogilvie AD, Morant N, Goodwin GM. ‘The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder’, *Bipolar Disord*, 2005, 7 (1): 25-32.

106. Arguvanlı Çoban S, Özkan B, Medik K, Saraç B. ‘Bipolar Bozukluğu olan bireyler ve bakımverenlerinin yaşam kalitesi’, *Journal of Psychiatric Nursing*,2013, 4: 61-66.

107. Zendjidjian X, Richieri R, Adida M, Limousin S, Gaubert N, Parola N, Lançon C,Boyer L. ‘Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders’, *J Affect Disord*, 2012, 136: 660-665.

108. Gümüş BA. ‘Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri’, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2006, 7: 33-42.

109. Vaughn C,Leff JP. “The Measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients”, *Br J Soc and Clin Psychol*, 1976, 15: 157-165.

110. Bland RC. “Predicting the outcome in schizophrenia”, *Can J Psychiat*, 1982, 27: 52-62.

111. Kazarian SS. “The measurement of expressed emotion: a review”, *Can J Psychiat*, 1992, 37 (1): 51-56.

112. Kuipers L. “Expressed emotion research in Europe”, *Br J Clin Psychol*, 1992, 31: 429-443.

113. Davies T. “Psychosocial factors and relapse of schizophrenia”, *BMJ Publishing Group*, 1994, 309: 353-354.

114. Scazufca M, Kuipers E. “Links between expressed emotion and burden of care in relatives of patients with schizophrenia”, *Br J Psychiat*, 1996, 168: 580-587.

115. Strachan AM, Feingold D, Goldstein MJ, Miklowitz DJ, Nuechterlein KH. “Is expressed emotion an index of a transactional process? II. Patient’s coping style”, *Family Process*, 1989, 28 (2): 169-181.

116. Przeworski A,Zoellner LA,Franklin ME,Garcia A,FreemanJ,March JS, Foa EB. “Maternal and child expressed emotion as predictors of treatment response in pediatric obsessive–compulsive disorder”, *Child Psychiatry & Human Development*, 2012, 43(3), 337-353.

117. Amaresha AC, Venkatasubramanian G. “Expressed Emotion in Schizophrenia: Anoverview”, *Indian J Psychol Med*, 2012, 34(1), 12–20.

118. Brown G. The Discovery of Expressed Emotion: Induction or Deduction, Expressed Emotion In Families: Its Significance for Mental Illness, The Guilford Pres, New York, 1985, 7-26.

119. Cansever A. *Ailenin Duygu Dışa Vurumunun Şizofrenik Bozukluğun Seyri Üzerine Etkisi (Tez)*. GATA Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 1994.

120. Van Humbeeck G, Van Audenhove Ch, De Hert M, Pieters G, Storms G. “Expressed emotion: a review of assessment instruments”, *Clinical Psychology Review*, 2002, 22:321-341.

121. Berksun OE. “Dışavurulan duygulanım ölçeği: Ölçek uyarlama üzerine bir pilot çalışma”, *Türk Psikoloji Dergisi*, 1993, 8 (29), 10-15.

122. Kuipers L. “Expressed Emotion: a review”, *Br J Soc and Clin Psychol*, 1979, 18: 237-243.

123. Simoneau TL, Miklowitz DJ, Saleem R. “Expressed emotion and interactional patterns in the families of bipolar patients”, *J Abnorm Psychol*, 1998, 107(3):497-507.

124. Kuşçu M, Duman Z, Akman M, Üçok A. “Şizofreni Tanılı Hastaların Bakım Vericilerinde Duygu İfadesi Düzeyleri, Umut ve Kendini Suçlama İfadeleri Arasındaki İlişki”, *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*. 2005, 13: 249-54.

125. Stubbe DE, Zahner GEP, Goldstein MJ, Leckman JF. “Diagnostic specificity of a brief measure of expressed emotion: A community study of children”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 1993, 34(2), 139-154.

126. Weisman AG, Nuchterlein KH, Goldstein MJ, Snyder KS. “Controllability Perceptions and Reactions to symptoms of Schizophrenia: A Within-Family Comparison of Relatives With High and Low Expressed Emotion”, *J Abn Psychol*, 2000, 109 (1) :167-171.

127. Lue BH, Wu WC, Yen LL, “Expressed Emotion and its Relationship to Adolescent Depression and Antisocial Behavior in Northern Taiwan”, *J Formos Med Assoc*, 2010, Vol 109, No: 2, 128-137.

128. Burkhouse KL, Uhrlass DJ, Stone LB, Knopik VS, Gibb BE. “Expressed emotion-criticism and risk of depression onset in children”, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2012, 41(6), 771-777.

129. Hale WW, Crocetti E, Nelemans SA, Branje SJT, Van Lier PAC, Koot HM, Meeus WHJ. “Mother and adolescent expressed emotion and adolescent internalizing and externalizing symptom development: A six-year longitudinal study”. 6, basım yeri bilinmiyor : *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2015, 25(6), 615–624.

130. Han ZR, Shaffer A. “Maternal expressed emotion in relation to child behavior problems: differential and mediating effects”, *Journal of Child and Family Studies*, 2014, 23(8), 1491-1500.

131. Mellick W, Kalpakci A, Sharp C. “Current maternal depression moderates the relation between critical expressed emotion in mothers and depressive symptoms in their adolescent daughters”, *Psychiatry Res*, 2015, 227(2-3), 224-229. .

132. Peris TS, Miklowitz DJ. “Parental expressed emotion and youth psychopathology: New directions for an old construct”, *Child Psychiatry Hum Dev*, 2015, 46(6), 863-873. .

133. Carrà G, Cazzullo CL, Clerici M. “The association between expressed emotion, illness severity and subjective burden of care in relatives of patients with schizophrenia. Findings from an Italian population”, *BMJ Psychiatry*, 2012, 12:140.

134. Coville AL, Milkowitz DJ, Dwan O, Low KG. “Correlates of high expressed emotion attitudes among parents of bipolar adolescents”, *J Clin Psychol*, 2008; 64(4):438-449.

135. Gravener JA, Rogosch FA, Oshri A, Narayan AJ, Cicchetti D, Toth SL. “The relations among maternal depressive disorder, maternal expressed emotion,

and toddler behavior problems and attachment”, *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2012, 40(5), 803-813.

136. Hale WW, Keijsers L, Klimstra TA, Raaijmakers Q, Hawk S, Branje S, Meeus W. “How does longitudinally measured maternal expressed emotion affect internalizing and externalizing symptoms of adolescents from the general community?”. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2011, 52, 1174-1183.

137. Yılmaz S. *Psikiyatri Hastalarında İlaç Yan Etkileri Ve İlaç Uyumu (Tez)*. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, 2004.

138. Bhugra D, McKenzie K. “Expressed emotion across cultures”, *Advances in Psychiatric Treatment*, 2003, 9:342–348.

139. Wendel JS, Miklowitz DJ, Richards JA, George EL. “Expressed emotion and attributions in the relatives of bipolar patients: An analysis of problem-solving interactions”, *J Abnorm Psychol*, 2000, 109(4):792-796.

140. Priebe S, Wildgrube C, Oerlinghausen BM. “Lithium prophylaxis and expressed emotion”, *Br J Psychiat*, 1989, 154: 396-399.

141. Mino Y, Inoue S, Tanaka S, Tsuda T. “Expressed emotion among families and course of schizophrenia in Japan: a 2-year cohort study”, *Sch Res*, 1997, 24: 333-339.

142. Mino Y, Shimodera S, Inoue S, Fujita H, Tanaka S, Kanazawa S. “Expressed emotion of families and the course of mood disorder: a cohort study in Japan”, *J Affect Disorder*, 2001, 63: 43-49.

143. Butzlaff RL, Hooley JM. “Expressed Emotion and Pschiatric Relapse. A Metaanalysis”, *Arch Gen Psychiat*, 1998, 55: 547-552.

144. Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK. ‘Influence of family life on the course of schizophrenic illness’, *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 1962, 16(2), 55-68.

145. Barrowclough C, Tarrier N. "Social functioning in schizophrenic patients", *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology*, 1990, 25(3):125-9.
146. Cutting LP, Aakre JM, Docherty NM. "Schizophrenic patients' perceptions of stress, expressed emotion, and sensitivity to criticism", *Schizophr Bull*, 2006, 26: 1-8.
147. Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Cotton SM, Wade D, Crisp K, Yap MBH. "Differential predictors of critical comments and emotional over-involvement in first episode psychosis", *Psychological Med*, 2008, 40: 63-72.
148. Karanci AN, Inandilar H. "Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia", *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2002, 37: 80-88. .
149. Raune D, Kuipers E, Bebbington P. "Expressed emotion at first-episode psychosis: investigating a carer appraisal model", *Br J Psychiatry*, 2004, 184: 321-6. .
150. Breitborde N, Lopez S, Wickens D, Jenkins J, Karno M. "Toward specifying the nature of the relationship between expressed emotion and schizophrenic relapse: the utility of curvilinear models", *Int J M Psychiatr Res*, 2007, 16:1-10.
151. Weisman de Mamani AG, Kymalainen JA, Rosales GA, Armesto JC. "Expressed emotion and interdependence in White and Latino/Hispanic family members of patients with schizophrenia", *Psychiatr Res*, 2007,151:107-13. .
152. Weisman AG, Gomes L, López SR. "Shifting blame away from ill relatives: Latino families' reactions to schizophrenia", *J Nerv Men Dis*, 2003,191: 574-81. .
153. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu C, Ağargün MY, Seçil M, Can S, Çobanoğlu N. "Şizofren Hasta ve Ailelerinde Aile İşlevselliği, Sosyal Destek Ve Duygu Dışa Vurumunun İncelenmesi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001, 2(1): 5-14.
154. Taşkın EO, Özmen E, Yüksel EG, Deveci A. 'Depresyonlu hastaların depresyona yönelik tutumları', *Türkiye'de Psikiyatri*, 2005, 7: 44-53.

155. Bozdoğan S, Dündar Y. 'Farklı tedavi düzeylerindeki şizofreni hastalarının benlik saygısı ve kendini damgalama düzeyleri', III. ulusal ve uluslararası katılımlı psikiyatri hemşireliği kongresi, Düzce, 2009.

156. Arslantaş H, Gültekin KB, Söylemez A, Dereboy F. 'Bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniğine ilk kez başvuran hastaların damgalamayla ilgili inanç, tutum ve davranışları', *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 2010, 11: 11-7.

157. Sağduyu A, Aker T, Özmen E, Ögel K, Tamar D. 'Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma', *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2001, 12:99-110. .

158. Sağduyu A, Aker T, Ozmen E, Uğuz S, Özmen E. 'Relatives' beliefs and attitudes towards schizophrenia: an epidemiological investigation', *Türk Psikiyatri Dergisi* 2003, 14: 203-12.

159. Görgülü Ü, Fesci H. 'Epilepsi ile yaşam: epilepsinin psikososyal etkileri', *Göztepe Tıp Dergisi*, 2011, 26: 27-32.

160. Özbaş D, Küçük L, Buzlu S. 'Ruhsal bozukluğu olan bireye sahip ailelerin hastalığa karşı tutumları', *Düşünen Adam Dergisi*, 2008, 21: 14-23.

161. Külüg MY, Coşkun S. 'Üniversite öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik inançlarının incelenmesi', II. uluslararası VI. ulusal psikiyatri hemşireliği kongresi, Özet Kitabı, Erzurum, 2012,179-80.

162. Eker F, Atalan E, Küçük Ö, Öner Ö, Şahin S. 'Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları (Düzce örneği)', III. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Özet Kitabı, Düzce, 2009,68-70.

163. Oban G, Küçük L. 'Ergenlerde ruhsal hastalıklara yönelik damgalamayı etkileyen etmenler', *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2011, 2: 31-9.

164. Çam O, Bilge A. 'Ruh hastalığına yönelik inanç ve tutumlar', *Anadolu Psikiyatri Derg*, 2007, 8: 215-23.

165. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. 'Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes', *J Pers Soc Psychol*, 1986, 50: 992-1003.
166. Folkman S. 'Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis', *J Pers Soc Psychol*, 1984, 46: 839-852.
167. Folkman S, Moskowitz JT. 'Coping: pitfalls and promise', *Annu Rev Psychol*, 2004, 55: 745-774.
168. Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. 'Assessing coping strategies: A theoretically based approach', *J Pers Soc Psychol*, 1989, 56: 267–283.
169. Cüceloğlu EA. 'Yaşam Alanı Değişen Bir Örneklem Grubunda Uyum Sürecinde Ortaya Çıkan Belirtiler Ve Bunların Başa Çıkma Tutumları İle İlişkisi' (Tez). GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tıpta Uzmanlık Tezi, Ankara, 2008.
170. Janet H, Christopher LW. 'Coping and problem solving of selfmutilators', *J Clin Psychol*, 1997, 53(2), 177–186.
171. Solomon P, Draine J. 'Adaptive coping among family members of persons with serious mental illness', *Psychiatric Services*, 1995, 46(11): 1156- 60.
172. Hooley J, Rosen L, Richters J. "Expressed emotion: Toward clarification of a critical construct", Editör: Miller G, *The behavioral high-risk paradigm in psychopathology*, Springer; New York, 1995:88-120.
173. Özaltın G. 'Psikiyatri hemşireliğinde hasta ve hasta aileleri', *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, 1999, 3(1):1-7.
174. Sağlam F. "Bipolar Bozukluk Tanılı Hastaların Ve Birinci Derece Yakınlarının Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Belirlenmesi." Mersin Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Mersin, 2018.
175. Parijia,S.,Yadav,J., V.,Patel,K.A. Sreeraj,S. ve Yadav,J.(2018). Burden and Expressed Emotion in Caregivers of Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder Patients: A Comparative Study. *MAMC J Med Sci*,4(2),68-74.

176. Çetinkaya Duman Ç, Kuşçu MK, Özgün S. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Duygu İfadelerini Belirlemede Camberwell Aile Görüşmesi ile Duygu İfadesi Ölçeğinin Karşılaştırılması . Archives of Neuropsychiatry, 2013, 50, 301-305.

177. Şentürk B. *Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği Algıları İle Yakınlarının Duygu Dışavurumu Ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi* (Tez). Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2017.

178. Özgün S. *Şizofren Ailelerinde İletişim Etkinliği Ve Duygu İfadesi* (Tez). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: 2002.

179. Kim EY, Miklowitz DJ. Expressed Emotion as a Predictor of Outcome Among Bipolar Patients Undergoing Family Therapy. *J Affect Disord*, 2004, 82(3):343-352.

180. Heru MA, Ryan EC. "Depressive Symptoms and Family Functioning in the Caregivers of Recently Hospitalized Patients with Chronic/ Recurrent Mood Disorders", *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 2002,7,53-60.

181. Pinquart M, Sorensen, S. Gender differences in caregiver stressors, social resources and health: An updated meta-analysis. *Journal of Gerontology Psychological and Social Sciences*, 2006, 61(1),33-45.

182. Meneghelli A, Alpi A, Pafumi N, Patelli G, Preti A, Cocchi A."Expressed emotion in first-episode schizophrenia and in ultra high-risk patients: results from the Programma".*Psychiatry Res*. 2011,189(3),331-8.

183. Bachmann S,Bottmer C, Jacob S, Schröder J. Perceived Criticism İn Schizophrenia: A Comparasion Of Instruments For The Assesment Of The Patients Perspective and İts Relation To Relatives Expressed Emotion. *Psychiatry Research*. 2006,142, 167-175.

184. Ebrinç S, Çetin M, Başoğlu M ve ark. "Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışavurumunun incelenmesi", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2001,2:5-14.

185. Duman H. Şizofreni Hasta Yakınlarında Duygu Dışavurumunun Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi (Tez). Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Haliç Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi,2014.

186. Kara N. “Şizofrenide Duygu Dışavurumu: Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisi”, *Yeni Tıp Dergisi*, 2014, 31:96-101.

187. Bozorg B,Doost M,Shahrivar Z, Fata L, Mohamadzadeh A. “Facial Emotion Recognition in Adolescents with Bipolar Disorder”, *Iran J Psychiatry*,9(1): 20–24.

188. Graham SM.Facial Expression of Emotion.Sage:EncycSoc Psychol Publications.2007.

189. Almeida LIM ve Correia PCG. Emotional facial expressions in individuals with total laryngectomy. *CEFAC*, 2014, 16(1), 260-271.

190. Grover S, Nehra R, Thakur A. “Bipolar Affective Disorder and its impact on various aspects of marital relationship”.*Ind Psychiatry J*, 2017,26(2),114–120.

191. Wang X, Chen Q,Yang M. “Effect of Caregivers’ Expressed Emotion on the Care Burden and Rehospitalization Rate of Schizophrenia”, *Patient Prefer Adherence*,2017, 11:1505–1511.

192. Miklowitz JD. “The Role of the Family in the Course and Treatment of Bipolar Disorder. *Curr Dir Psychol Sci*,2007,16(4),192–196.

193. Taylor B..How to Practice Evidence-Based Psychiatry: Basic Principles and Case Studies.USA: American Psychiatric Association Publishing,2009.

194. Honig A,Hofman A, Rozendaal N, Dingemans P. “Psycho-Education in Bipolar Disorder: Effect on Expressed Emotion”, *Psychiatry Res.*,1997,72(1):17-22.

195. Berksun OE. ““Expressed emotion” kavramı’, *Psikiyatri Bülteni*, 1992, 1: 104-7.

196. Bilge A, Çam O. "Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği'nin geçerliliği ve güvenilirliği", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2008, 9(2):91-96.
197. Ağargün MY, Beşiroğlu L, Kıran ÜK, Özer ÖA, Kara H. "COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma", *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2005, 6:221- 226.
198. Hooley JM, Holly AP. Measuring Expressed Emotion:An Evaluation of the Shortcuts. *Journal of Family Psychology*, 2006, 20(3),386-396.
199. Yan LJ, Hammen C, Cohen AN, Daley SE, Henry R M. Expressed Emotion versus relationship quality variables in the prediction of recurrence in bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 2004, 83,199-206.
200. Rachel CB, Brin FS. The relationship between expressed emotion and wellbeing for families and carers of a relative with Borderline Personality Disorder. *Personality and Mental Health*, 2015, 9, 21-32.
201. Kocabıyık A, Özer D, Gırgın V, Atş Y, Beştepe E, Alyap N. Bipolar Bozuklukta Duygudışavurumu ile ailelerin sosyodemografik verileri arasındaki ilişkiler. *Düşünen Adam*, 2002, 15, 77-84 .
202. Akgülle ÖBÇ. *Şizofreni Hastalarının Yakınlarında Duygu Dışavurumunun Ve Aile İşlevselliğinin Suç İşleme Üzerine Etkisi* (Tez). Prof. Dr. Mazharosman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul, 2014.
203. Deniz H, İlnem C, Yener F. "Şizofren bireyin algıladığı duygu dışavurum düzeyinin relapsla ve aile işlevleriyle ilişkisi", *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 1998,11: 5-15.
204. Kocagöz K. *Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların, Birinci Derece Yakınları ve Sağlıklı Kontrollerle Sosyal Biliş Özellikleri ve Nörobilişsel İşlevler Bakımından Karşılaştırılması* (Tez). Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi. Uzmanlık Tezi, Trabzon, 2019.

205. Çetin N. *Şizofreni Hastalarının Günlük Yaşam Aktivite Düzeyi İle Aile Üyelerinin Bakım Yükü ve Dışa Vuran Duygu Durumu İlişkisinin İncelenmesi* (Tez). Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Sağlık Bil. Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi. Ankara, 2011.

206. Cutrona CE. *Social Support in Couples: Marriage as a Resource in Times of Stress*. Sage: Thousand Oaks, 1996.

207. Yadav K.A., Parija S, Yadav J, Patel K.A. Burden and Expressed Emotion in Caregivers of Bipolar Affective Disorder-Mania: A Cross-Sectional Study. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 2018, 5(1), 83–88.

208. Ata, G. Şizofreni Tanısı Sonucunda Hastaların Yaşadığı Damgalanmanın Aileye Olan Etkisi.2. Ruhsal İyileştirim Kongresi, 2018, 18.

209. Arguvanlı Çoban S, Taşcı S. Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastalara Bakım Verenlerin Yaşadıkları Sorunlar ve Bu Sorunlarla Başetme Durumları. *ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 2013, 1 (1), 21-30.

210. Schulz R, Eden J. *Families Caring for an Aging America*. Washinton: National Academies Press. 2016.

211. Schuz R. et at. Psychiatric and Physical Morbidity Effects of Dementia Caregiving: Prevalence, Correlates and Causes. *Gerontologist*, 1995, 35(6),771–91.

212. Pinquart M. Correlates of Subjective Health in Older Adults:A Meta-Analysis. *Psychol Aging.*, 2001, 16(3), 414–426.

213. Vitaliano PP, et al. Is Caregiving Hazardous to One’s Physical Health?A Meta-Analysis. *Psychol Bull*, 2003, 129(6):946-972.

214. Pinquart M, Sorensen S. Differences Between Caregivers and Nonearegivers in Psychological Health and Physical Health: A Meta-Analysis. *Psychol Aging*, 2003, 18(2),250-267.

215. Ostacher M, Nierenberg A, Iosifescu D, Eidelman P, Lund H, Ametrano R, Sachs G. Correlates of subjective and objective burden among caregivers of patients with Bipolar Disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2008, 118(1),49-56.

216. Scazufca M, Kuipers E. Coping Strategies in relatives of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. *Br J Psychol.*, 1999, 174:154-160.



EKLER

EK-1: Etik Kurul Onayı

OKAN ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Kararı


Toplantı Tarihi: 21.06.2017
Toplantı Sayısı: 85
Toplantıya Katılanlar:


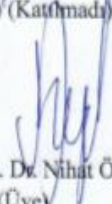


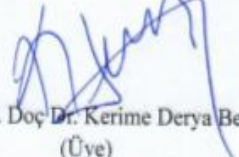
Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Başkan)
Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Dilek Öztürk	(Üye) (Katılmadı)
Prof. Dr. Ali Tayfun Atay	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 21.06.2017 tarihinde Prof. Dr. Mithat Kıyak Başkanlığında toplandı.

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 19. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü-Hemşirelik Bölümünden **Raziye GÜNGÖR**'ün "**Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Vericisinin Duygu Dışavurumunun, Ruhsal Hastalık İnançının ve Başetme Biçiminin İncelenmesi**" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Başkan)

Prof. Dr. Mazhar Semih Baskan (Üye) (Katılmadı)	Prof. Dr. Dilek Öztürk (Üye) (Katılmadı)	Prof. Dr. Ali Tayfun Atay (Üye)
 Yrd. Doç. Dr. Nermin Bölükbaşı (Üye)	 Yrd. Doç. Dr. Nihat Özaydın (Üye)	 Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal (Üye)
 Yrd. Doç. Dr. Didem Torun Özkan (Üye)	 Yrd. Doç. Dr. Kerime Derya Beydağ (Üye)	

EK-2: Kurum İzni



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 71211201-604.02
Konu : Araştırma İzni Hk. (Raziye GÜNGÖR)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: 25/09/2017 tarihli ve 31299 sayılı yazınız.

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik yüksek lisans öğrencisi Raziye GÜNGÖR'ün, "**Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Vericisinin Duygu Dışavurumunun, Ruhsal Hastalık İnancının ve Başetme Biçiminin İncelenmesi**" başlıklı çalışmasını, kurumunuzda uygulama talebi uygun görülmüştür.

Söz konusu araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi ve çalışmanın başlangıç tarihi, başlamaması, iptali veya sonlandırılması gibi durumların Müdürlüğümüze bildirilmesini rica ederim.

e-İmzalıdır.
Dr. Muhammed ATAK
Müdür a.
İl Sağlık Müdür Yardımcısı

Dağıtım:

Gereği:

S.B.Ü. İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar
Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hast. E.A.H.

Bilgi:

İstanbul Sağlık Geliştirilmesi Şube
Müdürlüğü

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tevfik Sağlam Cad. 25/2 Bakırköy İSTANBUL 0212 409 16 00 /4162
Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim Ar-Ge Birimi nilufer.savas@saglik.gov.tr

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden f8b97a46-b561-41a9-ac51-02ecb81491e3 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

EK-3: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

“Bipolar Bozukluğu Olan Hastaların Bakım Vericisinin Duygu Dışavurumunun, Ruhsal Hastalık İnancının ve Başetme Biçiminin İncelenmesi” adlı çalışma bipolar bozukluğu olan hastaların bakım vericisinin duygu dışavurumunu değerlendirmek, hastalığa yönelik inançlarını, başetme biçimlerini karşılaştırmak amacı ile yapılmaktadır. Verilerin toplanmasında literatür taranarak hazırlanan anket formu ve çalışmanın amacına uygun ölçekler kullanılacaktır. Bu formları kendi düşünce ve bilgilerinizle doldurmanız istenmektedir. Ortalama süre 20-30 dakikadır.

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

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

Raziye GÜNGÖR

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

Gönüllünün Adı-Soyadı, İmzası, Tarih:

.....

Açıklamaları yapan araştırmacının Adı-Soyadı, İmzası, Tarih:

.....

Rıza alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin Adı-soyadı, İmzası, Görevi, Tarih:

EK-4: Tanıtıcı Bilgi Formu

A-Hastanın Sosyodemografik Özellikleri

1-Hastanızın yaşı (lütfen yazınız):

2-Hastanızın cinsiyeti: 1-Kadın 2-Erkek

3-Hastanızın eğitim durumu?

1-Okur-yazar 2-İlkokul 3-Ortaokul 4-Lise 5-Üniversite 6-LisansÜstü

4-Hastanızın kardeş sayısı:

5-Hastanızın medeni durumu:

1-Bekar 2-Evli 3-Dul 4-Boşanmış 5-Diğer.....

6-Hastanızın çocuğu varmı?

1-Hayır 2-Evet (kaç tane belirtiniz).....

7-Hastanızın mesleği nedir?(lütfen yazınız):.....

8-Hastanız çalışıyor mu?

1-Hayır 2-Evet 3-Diğer.....

9-Hastanızın ekonomik durumunu nasıl tanımlarsınız?

1-Gelirim giderimden az

2-Gelirim giderime eşit

3-Gelirim giderimden fazla

10-Hastanızın Sosyal Güvencesi nedir?

1-Yok 2-SGK 3-Özel Sağlık Sigortası 4-Diğer.....

11-Hastanızın yaşadığı yer neresi?

1-İl 2-İlçe 3-Köy

12-Hastanız kimlerle birlikte yaşıyor?

1-Eşi ile 2-Eşi ve çocukları ile 3-Çocuğu ile 4-Annesi/ babası ile

5-Diğer aile bireyleri ile 6-Yalnız 7-Diğer(belirtiniz).....

B-Hastanın Klinik Özellikleri

1-Hastanızın şuanda hastanede bulunma nedeni nedir?(Bir cümleyle ifade ediniz)

.....

2-Hastanızın psikiyatri servisine bu kaçınıcı yatışı?.....

3-Son 1 yılda daha önce hastaneye yattı mı?

1-Hayır 2-Evet (kaç defa).....

4-Bakım vermiş olduğunuz hastanızın hastalığı nedir?

1-Bipolar bozukluk I 2-Bipolar bozukluk II 3-Siklotimik bozukluk

4-Başka türlü adlandırılmayan bipolar bozukluk

5-Bu tanı hastanıza ne zaman konuldu?(ay veya yıl olarak).....

6-Hastanız ilaçlarını düzenli olarak kullanıyor mu?

1-Hayır 2-Evet (belirtiniz).....

7-Hastanız toplum ruh sağlığı merkezinden hizmet alıyor mu?

1-Hayır 2-Evet (belirtiniz).....

8-Hastanıza iyileşmesi için tıbbi tedavi dışında çeşitli yöntemlere başvuruyor musunuz?

1-Hayır 2-Evet (belirtiniz).....

C-Hasta Yakının Sosyodemografik ve Diğer Özellikleri

1-Yaşınız (lütfen yazınız):.....

2-Cinsiyetiniz: 1-Kadın 2-Erkek

3-Eğitim durumunuz?

1-Okur-yazar 2-İlkokul 3-Ortaokul 4-Lise 5-Üniversite

6-LisansÜstü

4-Medeni durumunuz:

1-Bekar 2-Evli 3-Dul 4-Boşanmış 5-Diğer.....

5-Çocuğunuz var mı?

1-Hayır 2-Evet (kaç tane belirtiniz).....

6-Mesleğiniz (lütfen yazınız):.....

7-Çalışıyor musunuz?

1-Hayır 2-Evet 3-Diğer.....

8-Ekonomik durumunuzu nasıl tanımlarsınız?

1-Gelirim giderimden az 2-Gelirim giderime eşit 3-Gelirim giderimden fazla

9-Sağlık durumunuzu kendi yaşitlarınıza göre nasıl değerlendirirsiniz?

1-Çok kötü 2-Kötü 3-Orta 4-İyi 5-Çok iyi

10-Tedavi gördüğünüz kronik bedensel bir rahatsızlığınız var mı?

1-Hayır 2-Evet(belirtiniz).....

11-Daha önce psikiyatrik bir tanı kondu mu?

1-Hayır 2-Evet (belirtiniz).....

12-Profesyonel psikolojik yardım aldınız mı?

1-Hayır 2-Evet(belirtiniz).....

13-Şuanda psikiyatrik tedavi görüyor musunuz?

1-Hayır

2-Evet (belirtiniz).....

14-Hasta ile yakınlık dereceniz nedir?

1-Çocuğum 2-Eşim 3-Annem 4-Babam 5-Kardeşim 6-Diğer.....

15-Ne kadar süredir birlikte yaşıyorsunuz?(ay-yıl olarak).....

16-Hastanızla gün (24saat) içinde birlikte geçirdiğiniz ortalama süre kaç saattir?

.....

17-Ne kadar süredir hastanızla, tedavisiyle ilgileniyorsunuz?(ay-yıl olarak)

.....

18-Hastanızın hastalığı hakkında bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz?

1-Tamamiyle yeterli 2-Yeterli 3-Neyeterli,neyetersiz 4-Yetersiz 5-Hiçyok

19-Hastanıza bakım verirken diğer aile bireylerinden /akrabalarınızdan gördüğünüz desteğe 0 ile10 arasında kaç puan verirsiniz?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Hiç Memnun değilim					Orta Düzeyde memnunu m					Çok memnunum

20-Hastanızın atak dönemlerinde size en çok yardımcı olan kişi kimdir, yakınlık dereceniz nedir?

21-Hastanız ile ilgilenirken aileniz dışında kalan (arkadaşlarınız vb...) sosyal çevrenizden yeterince destek görüyor musunuz?

1-Hayır 2-Evet

22-Ailenizde bakımınızı gerektiren başka biri (çocuk, yaşlı, hasta gibi) var mı?

1-Yok 2-Var (belirtiniz).....

23-Ailenizde psikiyatrik tedavi gören başka biri var mı?

1-Yok 2-Var (belirtiniz).....

EK-5: Dışa Vurulan Duygulanım Ölçeği (DDÖ)

AÇIKLAMA: Aşağıda hastanızla aranızdaki ilişkinin bazı yönlerini tanımlayan cümleler vardır. Lütfen hastanızı düşünerek cümleleri okuyun ve tanımlanan durumlar size uygunsa doğruyu (D), uygun değilse yanlış (Y) işaretleyin. Bunu yaparken son bir yılınızı düşünün.

1. Onun bazı şeyleri kasten yaptığını düşünüyor ve öfkeleniyorum. (D) (Y)
2. Onun hasta olduğuna inanmıyorum. (D) (Y)
3. Onunla sohbet etmekten hoşlanıyorum. (D) (Y)
4. Benim için onun istekleri diğer aile üyelerininkinden daha önemlidir. (D) (Y)
5. Onunla ilgili her şeyi, kendine özel konuları bile öğrenmeye çalışıyorum. (D) (Y)
6. Onun varlığı beni deli ediyor. (D) (Y)
7. Düşünüp düşünüp yanıyorum ne hata yaptık diye. (D) (Y)
8. Onun bazı yönlerini beğeniyor ve takdir ediyorum. (D) (Y)
9. Ona sık sık öğüt veriyorum. (D) (Y)
10. Onunla uyuşamıyoruz. (D) (Y)
11. Bıraktım artık ne hali varsa görsün. (D) (Y)
12. Aile içinde onun her şeyiyle ben ilgileniyorum. (D) (Y)
13. Ona kırılıyor, güceniyorum. (D) (Y)
14. Onun fikirlerini sonuna kadar dinlerim. (D) (Y)
15. Onun üstüne titrerim. (D) (Y)
16. Onunlayken başka şeyle ilgilenemiyorum, ilgim hep onunla oluyor. (D) (Y)
17. O benim hayatımı yaşamama engel oluyor. (D) (Y)
18. O hasta oldu diye dünya başıma yıkılmış gibi geliyor. (D) (Y)
19. Onun yaptığı işleri beğenmiyorum. (D) (Y)
20. Onun giyim kuşamını beğenmiyorum ve bunu ona söylüyorum. (D) (Y)
21. Ondan benim beklediğim gibi davranmasını istiyorum. (D) (Y)
22. Ona en ufak bir şey olacak diye endişeleniyorum. (D) (Y)
23. Onun her şeyi ile ben ilgileniyorum. (D) (Y)
24. “Ondan ah bir kurtulsam” diye düşündüğüm oluyor. (D) (Y)
25. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda anlıyor ve ondan uzak duruyorum. (D) (Y)
26. Kendi işlerini sıralı ve düzenli yapması için onu sık sık ikaz ediyorum. (D) (Y)
27. Hastaneye yatması beni perişan ediyor, ondan ayrılamıyorum. (D) (Y)

28. Biz birbirimize benziyoruz. (D) (Y)
29. Onun yanlışlarını düzeltmesini istiyorum. (D) (Y)
30. Onunla iyi anlaşıyoruz. (D) (Y)
31. Aklim fikrim hep onda başka hiçbir şey düşünemiyorum. (D) (Y)
32. Kendini düzeltmesi için onu sık sık eleştiriyorum. (D) (Y)
33. Ondan uzak kalmak istiyorum. (D) (Y)
34. Başıma bir sürü dert açıyor. (D) (Y)
35. O olmasa bütün işler yoluna girecek. (D) (Y)
36. Bir zorlukla karşılaşsam başa çıkabiliyorum. (D) (Y)
37. Onun her şeyi ile ilgilenmek bana zevk veriyor. (D) (Y)
38. Öfkelendiğinde ondan uzak durmam, onu yatıştırmaya çalışırım. (D) (Y)
39. Huzursuz ve keyifsiz olduğunda onunla sohbet etmeye çalışırım. (D) (Y)
40. Onun hastalığını abarttığını düşünüyorum. (D) (Y)
41. Onun morali bozuk olduğunda genellikle ben destek oluyorum. (D) (Y)

EK-6: Ruhsal Hastalığa Yönelik İnançlar Ölçeği (RHIÖ)

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.

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

Maddeler	0	1	2	3	4	5
1.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin başkalarına zarar verme olasılığı, sağlıklı bir bireye göre daha fazladır.						
2.Ruhsal hastalıklar, fiziksel hastalıklara göre, daha uzun bir iyileşme süreci gerektirir.						
3.Davranışları tehlikeli olması nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireylerden uzak durmak iyi bir fikirdir.						
4.“Ruhsal hastalık” ifadesi beni rahatsız eder.						
5.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin, sorumluluğu az olan bir işte çalışması gerekir.						
6.Ruhsal hastalığı olan bireylerin suç işleme olasılığı daha fazladır.						
7.Ruhsal hastalıklar tekrarlayıcıdır.						
8.Ruhsal hastalık teşhisi alırsam; patronumun, arkadaşlarımla ve başkalarının, hakkımda düşünecekleri şeyler beni endişelendirir.						
9.Ruhsal hastalık teşhisi konmuş bireyler, hastalıklarının olumsuzluklarını ömür boyu yaşayacaklardır.						
10.Bir kez ruhsal hastalık tedavisi alan bireyler, gelecekte tekrar tedaviye gereksinim duyma eğilimindedirler.						
11.Ruhsal hastalığı olan bireylerin dakik olma veya sözünde durma gibi toplumsal kurallara uyması zordur.						
12.İnsanlar daha önce ruhsal hastalık tedavisi alan bir birey ile yakın arkadaşlık kurduğumu bilseydi, utanırdım.						
13.Bana zarar verebileceği nedeniyle, ruhsal hastalığı olan bireyden korkarım.						
14.Ruhsal hastalığı olan bir bireyin iyi anne- baba olma olasılığı daha düşüktür.						
15.Ailemden bir bireyin ruhsal hastalığı olsa, utanırım.						
16.Ruhsal hastalığın tamamen iyileşebileceğine inanmıyorum.						
17.Sorumluluk alamadıkları için ruhsal hastalığı olan bireylerin kendi başlarına yaşayabilmeleri çok uygun değildir.						
18.Çoğu birey ruhsal hastalığı olan bir bireyle, bile bile arkadaşlık kurmaz.						
19.Ruhsal hastalığı olan bireylerin davranışları önceden tahmin edilemez.						
20.Ne kadar tedavi edilirse edilsin, ruhsal hastalığın iyileşmesi mümkün değildir.						
21.Çalışma ekibimdeki ruhsal hastalığı olan bir bireyin yaptığı işe güvenemem.						

EK-7: Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

AÇIKLAMA: Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunalı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine de siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığımızda genel olarak ne yaptığımızı ya da nasıl davrandığımızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin. Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam

2=Çok az böyle yaparım

3=Orta derecede böyle yaparım

4=Çoğunlukla böyle yaparım

Maddeler	1	2	3	4
1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.				
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.				
3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.				
4.Başkalarından bu tür sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.				
5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.				
6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.				
7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.				
8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.				
9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayı bırakır ve soruna teslim olurum.				
10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vaz geçiririm.				
11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.				
12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				
13.Kendimi yasadığım soruna alıştırmaya çalışırım.				
14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.				
15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.				
16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.				
17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.				
18.Allah`in yardımını umarım.				
19.Bir eylem planı yaparım.				

Maddeler	1	2	3	4
20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.				
21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.				
22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.				
23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.				
24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçerim.				
25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.				
26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.				
27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.				
28.Duygularımı dışarı vururum.				
29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.				
30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.				
31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.				
32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.				
33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.				
34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.				
35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.				
36.Sorunla ilgili şaka yaparım.				
37.İstediğimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.				
38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.				
39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.				
40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.				
41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.				
42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.				
43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.				
44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.				
45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.				
46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.				
47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için daha iyi bir tavır takınırım.				
48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımın bir huzur bulmaya çalışırım.				
49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.				
50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.				
51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.				
52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.				
53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.				

Maddeler	1	2	3	4
54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.				
55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.				
56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.				
57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.				
58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.				
59.Basına gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.				
60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.				



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

<i>Adı</i>	Raziye	<i>Soyadı</i>	Güngör Uğuz
<i>Doğum Yeri</i>	Osmangazi	<i>Doğum tarihi</i>	19.01.1992
<i>Uyruğu</i>	T.C.	<i>Telefon</i>	
<i>Gmail</i>	rzygungor@gmail.com		

Eğitim Düzeyi

	<i>Mezun Olduğu Kurum</i>	<i>Mezuniyet Yılı</i>
<i>Yüksek Lisans</i>	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2019
<i>Lisans</i>	Kütahya Dumlupınar Üniversitesi	2014
<i>Lise</i>	Celebi Mehmet Anadolu Lisesi	2010

İş Deneyimi

<i>Görevi</i>	<i>Kurum</i>	<i>Süre</i>
<i>Hemşire</i>	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E.A. Hastanesi	2016-Halen
<i>Hemşire</i>	Özel Çekirge Kalp ve Aritmi Hastanesi	2014-2015

Yabancı Diller

<i>Yabancı Diller</i>	<i>Okuduğunu Anlama</i>	<i>Konuşma</i>	<i>Yazma</i>	<i>YDS Puanı</i>	<i>Diğer Puan</i>
<i>İngilizce</i>	Orta	Orta	Orta		

Bilgisayar Bilgisi: Microsoft Word, Microsoft Excel

	<i>Sayısal</i>	<i>Eşit Ağırlık</i>	<i>Sözel</i>
<i>Ales Puanı</i>	71,0	72,8	73,7

Yayınları/Tebliğleri/Sertifikalari/Ödülleri