

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Calgary Aile Müdahale Modeline Dayalı Aile Destek
ve Psikoeğitim Programının Kronik Psikiyatri
Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik
Distres ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi**

AYŞE SARI

**PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

İZMİR-2021

TEZ KODU: DEU.HSI.PhD-2016970104

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**Calgary Aile Müdahale Modeline Dayalı Aile Destek
ve Psikoeğitim Programının Kronik Psikiyatri
Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik
Distres ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi**

**PSİKIYATRİ HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA TEZİ**

AYŞE SARI

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN

Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Şube Müdürlüğü tarafından 2018.KB.SAG.021
sayı ile desteklenmiştir.

Tez kodu: DEU.HSI.PhD-2016970104

İÇİNDEKİLER

1. GİRİŞ VE AMAÇ	5
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	5
1.2. Araştırmanın Amacı.....	11
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	11
2. GENEL BİLGİLER	12
2.1. Kronik Ruhsal Hastalıklar ve Aile	12
2.1.1. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakım Verenlerin Deneyimleri.....	12
2.2. Psikolojik Distres Kavramı	14
2.2.1. Kronik Ruhsal Hastalıklar ve Psikolojik Distres	15
2.3. Psikolojik Dayanıklılık/Sağlamlık Kavramı	17
2.3.1. Risk Mekanizmaları	17
2.3.2. Koruyucu Mekanizmalar/Süreçler	18
2.3.3. Aile Dayanıklılığı.....	18
2.3.4. Klinik Uygulamalarda Aile Dayanıklılığı	20
2.4. Kronik Ruhsal Hastalığa Bakım Veren Olarak Aile Başetmesi.....	20
2.4.1. Duygu Odaklı Başetme ve Problem Odaklı Başetme Yöntemi.....	21
2.5. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Aile Müdahaleleri.....	22
2.5.1. Aile Psikoeğitimi.....	23
2.5.2. Destek Grup Müdahaleleri	23
2.5.2.1. Karşılıklı Destek Grup Müdahaleleri	23
2.5.2.2. Aileden Aileye Destek Grup Müdahaleleri	24
2.6. Aile Çalışmalarında Kavramlar.....	25
2.6.1. Aile Merkezli Bakım ve Aile Odaklı Bakım	25
2.6.2. Aile Hemşireliği ve Aile Sistemleri Hemşireliği.....	25
2.7. Kavramsal Çerçeve.....	26
2.7.1. Calgary Aile Değerlendirme ve Müdahale Modelinin Teorik Temelleri.....	26
2.7.1.1. Postmodernizm.....	27
2.7.1.2. Sistem Teorisi	27
2.7.1.3. Sibernetik.....	28

2.7.1.4. İletişim Teorisi	28
2.7.1.5. Değişim Teorisi.....	28
2.7.1.6. Biliş Biyolojisi	29
2.8. Calgary Aile Değerlendirme Modeli	29
2.8.1. Yapısal Değerlendirme.....	29
2.8.2. Gelişimsel Değerlendirme	30
2.8.3. Fonksiyonel Değerlendirme.....	30
2.9. Calgary Aile Müdahale Modeli.....	30
2.9.1. Aile Görüşmeleri Aşamaları.....	31
2.9.1.1. Etkileşim (Engagement) Aşaması.....	32
2.9.1.2. Değerlendirme (Assessment) Aşaması	32
2.9.1.3. Müdahale (Intervention) Aşaması.....	32
2.9.1.4. Sonlandırma (Termination) Aşaması	34
2.9.2. Calgary Aile Müdahale Modeli ve Araştırma Sürecinde Kullanımı	36
Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması	
3.1. GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1.1. Araştırmanın Tipi	39
3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	39
3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	39
3.1.4. Çalışma Materyali.....	40
3.1.5. Araştırmanın Değişkenleri	40
3.1.6. Veri Toplama Araçları	40
3.1.6.1. Bakım Veren Tanıtıcı Özellikler Formu.....	40
3.1.6.2. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu.....	40
3.1.6.3. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği	40
3.1.7. Araştırma Planı	42
3.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	42
3.1.8.1. Birinci Aşama: Dil Geçerliği	43
3.1.8.2. İkinci Aşama: İçerik Geçerliği.....	43
3.1.8.3. Üçüncü Aşama: Pilot Çalışma	46

3.1.8.4. Dördüncü Aşama: Psikometrik İnceleme	46
3.1.9. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları.....	47
3.1.10. Etik Kurul Onayı.....	47
4.1. BULGULAR.....	48
4.1.1. Hasta ve Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formuna İlişkin Analiz Sonuçları	49
4.1.2. Geçerlik ve Güvenirlilik Analizi Sonuçları.....	51
4.1.2.1. Homojenlik Analizleri.....	51
4.1.2.2. Geçerlik Bulguları	57
4.1.2.3. Güvenirlilik Bulguları.....	60
5.1. TARTIŞMA.....	61
6.1. SONUÇ VE ÖNERİLER	64
Calgary Aile Müdahale Modeline Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik Distres ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi: Yarı Deneysel Araştırma	
3.2. GEREÇ VE YÖNTEM	65
3.2.1. Araştırmanın Tipi	65
3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	65
3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	66
3.2.4. Çalışma Materyali.....	70
3.2.5. Araştırmanın Değişkenleri	70
3.2.6. Veri Toplama Araçları	70
3.2.6.1. Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formu.....	70
3.2.6.2. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu.....	70
3.2.6.3. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği	70
3.2.6.4. Genel Sağlık Anketi (GSA)	72
3.2.6.5. Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği	72
3.2.6.6. Veri Toplama Süreci	73
3.2.6.6.1. Ön Uygulama Basamağı (Programı Yapılandırma Süreci)	74
3.2.6.6.2. Aile Destek ve Psikoeğitim Programı Uygulama Aşaması	75
3.2.7. Araştırma Planı	78

3.2.8. Verilerin Değerlendirilmesi.....	80
3.2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	80
3.2.10. Etik Kurul Onayı.....	81
4.2. BULGULAR.....	82
4.2.1. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar	83
4.2.2. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçlar	87
4.2.3. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Genel Sağlık Anketi Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçlar	91
4.2.4. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçlar	97
5.2. TARTIŞMA.....	101
5.2.1. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçların Tartışılması	102
5.2.2. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Genel Sağlık Anketi Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçların Tartışılması.....	106
5.2.3. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçların Tartışılması ...	110
6.2. SONUÇ VE ÖNERİLER	114
6.2.1. Sonuçlar	114
6.2.2. Öneriler	116
7.2. TEZİN BÜTÇESİ.....	117
8.2. KAYNAKLAR	118
9.2. EKLER	142
Ek 1. Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formu.....	142
Ek 2. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu	143
Ek 3. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği (Orijinal Form)	144
Ek 4. F-COPES Ölçeği Uyarlama Yazılı İzin Formu	146

Ek 5. Ege Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni Yazısı.....	147
Ek 6. İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği İzin Yazısı.....	148
Ek 7. Ölçek İçerik Geçerliği İçin Uzman Görüşü Alınan Uzmanlar	149
Ek 8. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği (Türkçe Form).....	150
Ek 9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Birinci Aşama).....	151
Ek 10. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği	152
Ek 11. Transparent Reporting of Evaluations with Non-Randomized Designs Rehberi	153
Ek 12. Genel Sağlık Anketi (28 Maddelik Form)	156
Ek 13. Connor Davidson Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.....	158
Ek 14. Aile Destek ve Psikoeğitim Programı Yönlendirici Kitapçığı.....	159
Ek 15. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (İkinci Aşama)	218
Ek 16. Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurul İzni	219
Ek 17. Arbis Formatında Özgeçmiş	224
Ek 18. Tez ile Bağlantılı Yayınlar.....	227

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Karşılıklı Destek Grubu ve Psikoeğitim Müdahalesi Arasındaki Farklar	24
Tablo 2. CAMM Basamakları Doğrultusunda Aile Destek ve Psikoeğitim Programı	38
Tablo 3. İçerik Geçerlik İndeksi Sonuçları.....	45
Tablo 4. Bakım Veren Tanıtıcı Özellikleri (n = 153).....	49
Tablo 5. Hasta Tanıtıcı Özellikleri (n = 153)	50
Tablo 6. Madde Toplam Puan Analizi (n = 153)	52
Tablo 7. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Toplam Puanları Korelasyon Tablosu (n = 153).....	54
Tablo 8. Madde Toplam Puan Analizi (n = 153)	55
Tablo 9. Açıklayıcı Faktör Analizi (n = 153)	58
Tablo 10. Model Uyum İndeks Değerleri.....	60
Tablo 11. Ölçek ve Alt Boyut İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları.....	60
Tablo 12. Örneklem Dâhil Olma ve Dışlanma Ölçütleri.....	67
Tablo 13. Araştırma Planı.....	79
Tablo 14. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n = 46)	84
Tablo 15. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n = 46)	86
Tablo 16. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Zamana Göre Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması (n = 46).....	88
Tablo 17. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Zamana Göre Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması (n = 46).....	90
Tablo 18. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Genel Sağlık Anketi Puanlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (n = 46).....	93
Tablo 19. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Genel Sağlık Anketi Alt Boyut Puanlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (n = 46).....	95
Tablo 20. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (n = 46).....	98
Tablo 21. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (n = 46)	100

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Calgary Aile Müdahale Modeli Aile İşlev Alanlarının Kesişimi ve Müdahaleler	30
Şekil 2. Modelin Kavramsal Yapısı.....	35
Şekil 3. Araştırmanın Planı	42
Şekil 4. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi	59
Şekil 5. Araştırmanın Tasarım Şeması	69



KISALTMALAR

AMOS: Analysis of Moment Structures

APA: American Psychiatric Association

BAP: Bilimsel Araştırma Projeleri

CADM: Calgary Ailesi Değerlendirme Modeli

CAMM: Calgary Aile Müdahale Modeli

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

F-COPES: Family Crisis Oriented Personal Evaluation

GFI: Goodness-of-Fit Index

GSA: Genel Sağlık Anketi

ICN: International Council of Nurses

IFI: Incremental Fit Index

KMO: Kaiser Meyer Olkin

M-İGİ: Madde İçerik Geçerlik İndeksi

NAMI: National Alliance on Mental Illness

Ö-İGİ: Ölçek İçerik Geçerlik İndeksi

PORT: The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team

RMSEA: Root Mean Square Error of Approximation

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TREND: Transparent Reporting of Evaluations with Non-randomized Designs

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim süresince hem akademik yaşamdaki çalışma disiplini hem de insani değerleri ile bana örnek olan ve kendisinden çok şey öğrendiğim, kendimi her konuda rahatça ifade edebildiğim, her zaman her konuda beni destekleyen ve gelişimime katkı sağlayan, çıkmış olduğum bilimsel yolculuğumda rotamı doğru şekilde bulmamda büyük emekleri olan çok değerli danışman hocam *Prof.Dr. Zekiye Çetinkaya Duman*'a öncelikle teşekkürü bir borç bilirim.

Doktora eğitimim ve tez sürecimde vermiş oldukları değerli katkı ve öneriler için değerli hocalarım *Doç.Dr. Neslihan Günüşen* ve *Prof. Dr. Köksal Alptekin*'e,

Tezimin analizlerinde ihtiyaç duyduğumda her zaman bana destek olan değerli hocam *Prof.Dr. Murat Bektaş*'a,

Ailenin yaşamımızda ne kadar önemli olduğunu bir kez daha bu süreçte fark etmemi sağlayan ve kendilerinden de çok şey öğrendiğim araştırmalarımın yer alan *aile üyelerine*,

Tez sürecinde her zaman bana destek olan kıymetli oda arkadaşım *Büşra Ertuğrul*'a ve destek olan *tüm arkadaşlarıma*,

Bugün varolduğum ben olmamı sağlayan çok kıymetli canım aileme; canım kardeşlerim *Neşe (Sarı) Gül* ve *Şule Sarı*'ya, canım *babama* ve bana öğrettiklerini hep hatırlayarak yaşamaya, yaşatmaya çabaladığım *canım anneme* sonsuz teşekkür ederim.

Ayşe SARI
İzmir-2021

**CALGARY AİLE MÜDAHALE MODELİNE DAYALI AİLE DESTEK VE
PSİKOEĞİTİM PROGRAMININ KRONİK PSİKİYATRİ HASTALARININ BAKIM
VERENLERİNİN BAŞETME, PSİKOLOJİK DİSTRES VE PSİKOLOJİK
DAYANIKLILIK DÜZEYLERİNE ETKİSİ**

Ayşe SARI

Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı

aysesar2012@gmail.com, sari.ayse@deu.edu.tr

ÖZET

Amaç: Araştırmanın amacı kronik psikiyatri hastalarının ailelerine uygulanan Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı aile destek ve psikoeğitim programının ailenin baş etme, psikolojik distres ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine etkisini incelemektir.

Yöntem: Araştırma ön test ve son test kontrol grubu desenli yarı deneysel araştırma olarak yürütülmüştür. Verilerin toplanmasında Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği, Genel Sağlık Anketi ve Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılmıştır. Bakım veren aile üyelerine yönelik uygulanan destek ve psikoeğitim programı öncesi, sonrası, 3. ve 6. aylarda veriler toplanmıştır. Verilerin analizinde nonparametrik analizler kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grubunun zamana göre başetme, psikolojik distres ve psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları arasındaki fark Friedman analizi ile test edilmiştir. Farkın ileri analizi için Wilcoxon Rank analizi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının arasındaki fark için gruplar arası karşılaştırmada Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Bulgular: Calgary Aile Müdahale Modeline Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programı uygulanan kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerde distres puan ortalamaları arasında müdahale öncesi ile karşılaştırıldığında müdahale sonrası, 3. ay ve 6. ay ölçümleri arasında anlamlı bir azalma olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Bakım verenlerin müdahale öncesi ile karşılaştırıldığında başetme puanları ve psikolojik dayanıklılık puanları arasında müdahale sonrası, 3. ve 6. aylarda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Sonuç: Kronik ruhsal hastalığa bakım veren aile üyelerine uygulanan Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı aile destek ve psikoeğitim programının bakım verenlerin genel sağlık durumu üzerinde olumlu etkilere sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Ruhsal Hastalık, Bakım Veren, Destek, Psikoeğitim, Calgary Aile Müdahale Modeli, Psikiyatri Hemşireliği.



**EFFECTS OF THE FAMILY SUPPORT AND PSYCHOEDUCATION PROGRAM
BASED ON THE CALGARY FAMILY INTERVENTION MODEL ON THE COPING,
PSYCHOLOGICAL DISTRESS AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE LEVELS OF
THE CAREGIVERS OF CHRONIC PSYCHIATRIC PATIENTS**

Ayşe SARI

Dokuz Eylul University Institute of Health Sciences Department of Nursing

aysesar2012@gmail.com, sari.ayse@deu.edu.tr

ABSTRACT

Objective: This study was aimed at investigating the effects of family support and psychoeducation program based on Calgary Family Intervention Model on coping, psychological distress and psychological resilience levels of families of chronic psychiatric patients.

Methods: This study having a pre-test and post-test control group design was conducted as a quasi-experimental study. The data was collected using the Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale, General Health Questionnaire and Connor Davidson Psychological Resilience Scale. Data were collected before, immediately after, and 3 and 6 months after the support and psychoeducation program applied to caregiving family members. Nonparametric analysis was used in the analysis of the data. The difference between the mean scores for the coping, psychological distress, and resilience over time of the intervention group and those of the control group was tested with Friedman analysis. Wilcoxon Rank analysis was used for further analysis of the difference. To determine the difference between the intervention and control groups, the Mann Whitney U test was used for the intergroup comparison.

Results: A significant decrease was determined between the pre-intervention mean distress score of the participants who gave care to individuals with chronic mental illnesses and participated in the Family Support and Psychoeducation Program based on the Calgary Family Intervention Model and the mean scores they obtained immediately after, and 3 and 6 months after the intervention ($p < 0.05$). No statistically significant difference was found between the pre-intervention coping scores and psychological resilience scores of the caregivers and the mean scores they obtained immediately after, and 3 and 6 months after the intervention ($p > 0.05$).

Conclusion: It was concluded that the family support and psychoeducation program based on the Calgary Family Intervention Model applied to family members giving care to individuals with chronic mental illnesses had positive effects on the general health status of the caregivers.

Key Words: Chronic Mental Illness, Caregiver, Support, Psychoeducation, Calgary Family Intervention Model, Psychiatric Nursing.



1. GİRİŞ VE AMAÇ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Dünya Sağlık Örgütü (2012) verilerine göre tedavi edilmemiş ruhsal hastalıklar küresel hastalık yükünün %13'ünü oluşturmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü [DSÖ], 2012). Ülkemizde de hastalık yükü nedenleri dağılımında ikinci sırada psikiyatrik hastalıklar yer almaktadır (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). Kronik ruhsal hastalıklar yalnızca hasta birey için değil, sistemin bir parçası olan aile ve aile üyeleri için de önemli bir stresördür (Shamsaei, Cheraghi, & Esmaeilli, 2015). Kronik ruhsal hastalıkların bakımında hastane temelli uygulamalardan toplum temelli uygulamalara geçiş ile birlikte, aileler üzerindeki bakım sorumluluğu artmış ve bunun bir sonucu olarak da bakım veren üzerindeki etkileri belirgin hale gelmiştir (Von Kardorff ve ark., 2016). Bakım verenlerin deneyimlerine ilişkin literatürde yer alan birçok çalışma, bakım verenlerin yaşamlarının fizyolojik, psikolojik, ekonomik olarak birçok yönden olumsuz etkilendiğini ortaya koymaktadır (Dadson, Annor, & Salifu Yendork, 2018; Kâmil & Velligan, 2019; Rahmani, Ebrahimi, Seyedfatemi, Namdar Areshtanab, ve ark., 2018; Wan & Wong, 2019; Ntsayagae, Poggenpoel, & Myburgh, 2019). Bu durum bakım veren aile üyelerinin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemekte (Leng, Xu, Nicholas, Nicholas, ve ark., 2019; Zendjidjian ve ark., 2012) ve aile üyeleri yüksek düzeyde bakım veren yükü deneyimlemektedir (Yu, Chen, Hu, & Hu, 2019).

Bakım veren yükü ruhsal hastalığı olan birey ile yakın etkileşimde olmanın sonuçları doğrultusunda ortaya çıkan bir kavramdır (Chan, 2011). Bakım veren olmak, birey için seçilmiş ya da planlanmış bir durum değildir. Bakım verme deneyimi çoğu zaman çok boyutlu ve karmaşık bir deneyimdir (Kızılırmak & Küçük, 2016). Literatürde kronik ruhsal hastalığa bakım veren aile üyelerinin ruhsal sağlık sorunları açısından yüksek düzeyde risk taşıdığı, diğer bir ifade ile distres düzeylerinin yüksek olduğu belirtilmektedir (Arciszewska, Siwek, & Dudek, 2015; Chang, Zhang, Jeyagurunathan, Lau, Sagayadevan, Chong, & Subramaniam, 2016; Gonçalves-Pereira ve ark., 2013; Stanley, Balakrishnan, & Ilangovan, 2017; Şengün İnan & Çetinkaya Duman, 2013). Psikolojik distres; bireye geçici ya da kalıcı olarak zarar veren belirgin bir olumsuz duruma karşı (stresör) deneyimlenen rahatsız edici duygusal durumdur (Ridner, 2004). Kronik hastalıkla yaşayan aileler için psikolojik distres ele alınması gereken önemli bir sorundur (Del-Pino-Casado ve ark., 2019; Gonçalves-Pereira ve ark., 2013; Kageyama, Solomon, & Yokoyama, 2016). Ong ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları kesitsel çalışma sonuçlarına göre şizofreni hastasına

bakım verenlerin %31.5' i psikolojik distres yaşamaktadır (Ong ve ark., 2016). Arciszewska ve arkadaşları (2015) bipolar hastasına bakım veren eşler arasında ve bipolar tipleri arasında yük deneyimi ve distres düzeyini karşılaştırmıştır. Bakım verenlerin yük düzeyi cinsiyet ve hastalık tipine göre değişim gösterse de distres düzeyi her grupta yüksek düzeyde bulunmuştur (Arciszewska ve ark., 2015). Hegde ve arkadaşları (2019) şizofreni ve duygudurum bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde distresi değerlendirdiği kesitsel çalışmasında bakım veren distresini hem hastalık hem de bakım veren ile ilişkili faktörlerin etkilediğini belirtmiştir. Bununla birlikte algılanan destek, hasta ile geçirilen zaman gibi bakım veren ile ilişkili faktörlerin bakım veren distresini daha fazla etkilediği bulunmuştur (Hegde, Chakrabarti, & Grover, 2019). Lerner ve arkadaşları (2018) şizofreni ve şizoaffektif tanılı hastaların bakım verenlerinde sosyal destek yetersizliği, bakım verenin sağlık sorunları ve bakımın olumsuz olarak değerlendirilmesi gibi faktörlerin distres düzeyine en çok katkı veren değişkenler olduğunu belirtmiştir.

Ruhsal hastalığa bakım verenlerin deneyimlemiş olduğu distres ve bakım vermenin diğer olumsuz etkileri ile bu durumlarla başetmeleri arasında da önemli bir ilişki bulunmaktadır (Goossens ve ark., 2008; Hegde ve ark., 2019). Bakım verenlerin işlevsel olmayan/olumsuz başetme becerileri arttıkça, bakım veren yükleri de artmaktadır (Yu, Chen, Hu, & Hu, 2019). Bu nedenle bakım verenlerde başetme becerilerinin geliştirilmesi de oldukça önem taşımaktadır. Jansen ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları bir sistematik derlemede psikoz tanılı bireylerin bakım verenlerinde psikolojik distresi etkileyen faktörler arasında başetme önemli bir değişken olarak yer almıştır. Özellikle kaçınan tip başetmenin, bakım verenlerde psikolojik distres ve bakım veren yükü ile ilişkili olduğu belirtilmiştir (Jansen, Gleeson, & Cotton, 2015).

Aile çalışmalarında son yıllarda ailelerin defisitleri ya da sorunlu yönlerine odaklanmak yerine iyileştirilebilir, dayanıklı yönlerine odaklı bakış açısı önem kazanmıştır (Kuşcu & Namlı, 2018). Riskli ya da zor koşullara rağmen olumlu uyum sağlama davranışları dayanıklılık olarak tanımlanmaktadır (Masten & Powell, 2003). Hem birey hem aile ve toplum bazında dayanıklılık, sağlığın korunması ve iyileştirmesinde anahtar role sahiptir. Dünya Sağlık Örgütü'nün raporunda Avrupa bölgesinde "Herkes İçin Sağlık ve Sağlık Eşitsizliğinin Azaltılması" kapsamında belirlenen dört öncelik alanından biri, dayanıklı toplum ve destekleyici çevrenin oluşturulmasıdır (DSÖ, 2017). Psikolojik dayanıklılık, birey ile çevresindeki etkileşimi esas alan, olumsuz bir yaşam olayı ve bu olumsuz duruma olumlu adaptasyon ile ilişkilidir (Fletcher & Sarkar, 2013).

Dayanıklılık, doğuştan getirilen bir kişilik özelliği değil, gelişimsel süreçler içerisinde edinilen bir kazanımdır (Kumpfer, 2002; Masten & Powell, 2003). Bu yönüyle kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerin dayanıklılık süreçlerine katkı sağlayacak müdahaleler bakım verenlerin güçlendirilmesi için oldukça önemli müdahalelerdir. Bishop ve arkadaşlarının (2015) yapmış oldukları kesitsel çalışmanın sonucunda; toplumsal destek, destekleyici iletişim, ailenin bir arada olması ve iç kontrol odaklılığı gibi faktörler şizofreni tanılı bireylerin ailelerinde dayanıklılık kaynakları olarak bulunmuştur (Bishop & Greeff, 2015). Bununla birlikte dayanıklılık özellikleri gösteren kronik ruhsal hastalığa bakım veren aile üyeleri, bakım sürecinde yaşanan olumsuz durumlarla daha iyi başa çıkabilmekte ve bu durumları daha iyi yönetebilmektedir (Zauszniewski ve ark., 2010). Ruhsal hastalığa bakım verenlerde yürütülen katılımcı modele dayalı randomize kontrollü bir psikoeğitim müdahalesi ile bakım verenlerin dayanıklılık düzeylerinde artma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Zoladl ve ark., 2020). Bu yönüyle psikiyatri hemşirelerinin kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerin, aile üyelerinin dayanıklılık düzeylerine katkı sağlayacak müdahaleler planlamaları, hem bakım veren üzerinde yükü azaltma hem de işlevselliğe katkı sağlamada önemli bir girişimdir (Zauszniewski ve ark., 2010). Bakım verenlerin dayanıklılıklarını iyileştirmek hem birey hem de ailenin başatmesine katkısı boyutuyla özellikle ailelerle çalışan psikiyatri hemşirelerinin önemli bir rolünü oluşturmaktadır (Foster ve ark., 2012).

Kronik ruhsal hastalıkların aile üzerindeki yükü ve bununla baş etmede (Yesufu-Udechuku ve ark., 2015), bakım veren distresini azaltmada (Claxton ve ark., 2017) ve dayanıklılık düzeyine katkı sağlamada (Zauszniewski ve ark., 2010) aile temelli müdahaleler oldukça önemlidir. Ailelerle çalışmada ana hedef, aile bireylerinin iyileşmelerini desteklemek için gerekli bilgi ve becerileri geliştirmelerine yardımcı olmaktır (McFarlane, 2016). Literatürde de aile üyelerinin hastalıkla başa çıkmasına yardımcı olacak girişimlerin planlanması önerilmektedir (Bucci ve ark., 2016; Gülseren, Çam, Karakoç, Yiğit, ve ark., 2010). Aile müdahaleleri, Amerikan Psikiyatri Birliği de dâhil olmak üzere dünya çapında birçok ruh sağlığı kurumu tarafından ailelere uygulanması önerilen kanıta dayalı uygulamalardır (Caqueo-Urizar ve ark., 2017; Reinares ve ark., 2016). Bu müdahaleler ile aile dinamiklerine yönelik farkındalığın artırılması sağlanarak, işlevsel olmayan aile etkileşimlerinin iyileştirilmesi amaçlanmaktadır. Böylece aile yükünde azalma sağlanıp, bakım verenin duygusal iyilik halinde iyileşme olduğu belirtilmektedir (Koutra, Simos, Triliva, Lionis, & Vgontzas, 2016). Psikotik bozukluklar için ailelere verilen psikoeğitimin en etkili psikososyal

tedavilerden birisi olduğu belirtilmektedir. Aile psikoeğitimi, bir hastanın aile üyeleri, bakım verenlerinin hastanın akut ya da devam eden tedavi ve rehabilitasyonuna dâhil edilmesi için yapılandırılmış bir yöntemdir (McFarlane, 2016; Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011). Ailelere yapılan psikoeğitim aile üyelerine semptomlar, tedavi planı, relaps belirtileri gibi ruhsal hastalığa dair bilgiler sağlamaktadır. Aile üyeleri aynı zamanda hasta için strese neden olabilecek yaşam olayları hakkında da bilgi edinmektedir (McFarlane, 2016). Aile psikoeğitimi özellikle şizofreni hastalarında ve diğer ciddi ruhsal hastalıklarda literatürde kanıta dayalı çalışmalar arasında yer almaktadır (Dixon ve ark., 2010; Taylor ve ark., 2009). Şizofreni hastalarında bir psikososyal müdahale türü olarak aile psikoeğitimleri destekleyici aile ortamı yaratmada hem hasta sonuçlarına hem de bakım verenlere olumlu yönde katkı sağlamaktadır. Psikoeğitsel müdahaleler hastalık ve tedaviler hakkında bilgi, hastalığa bağlı gelişen davranışların yönetimi, hastalıkla başetme ve problem çözme gibi bileşenleri içermektedir (Chien ve ark., 2013). The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT) tedavi rehberi şizofreni hastalarında psikoeğitimin hastalık eğitimi, krize müdahale, duygusal destek ve başetme becerilerini içermesini önermektedir. Böylece hastanın hem klinik hem de işlevsel sonuçlarını geliştirirken, ailenin de stresini azaltmak amaçlanmaktadır (Dixon ve ark., 2010; McFarlane, 2016).

Ailenin stresini azaltmada, eğitimin tek başına uygulandığı durumlarda bile etkili olduğu vurgulanmaktadır (Grácio ve ark., 2016). Fakat hasta davranışları ile ilgili sonuçlarda, relapsların önlenmesinde ve bakım verenlerin duygu ifadesinin düzenlenmesinde yalnızca eğitimin yeterli olmadığı belirtilmektedir (Chien ve ark., 2013, Grácio ve ark., 2016). Kronik ruhsal hastalık ile yaşamı sürdürmeye çalışan hasta ve ailelere yönelik uygulanan diğer bir müdahale tipi ise destek gruplarıdır. Bu gruplar kendi kendine yardım grupları olarak da bilinen karşılıklı destek ve akran destek grupları olarak literatürde yer almaktadır (Chien, 2008; Chien, Bressington, & Chan, 2018; Chien & Norman, 2009; Pistrang, Barker, & Humphreys, 2008). Bu müdahale grupları psikoeğitimden farklı olarak daha çok sorunu birebir yaşayan katılımcıların birbirini duygusal olarak desteklediği, bilgi verme ve paylaşımı içeren karşılıklı etkileşim süreçlerini içerisinde barındırmaktadır (Chien, Chan, Morrissey, & Thompson, 2005). Destek grup müdahalelerinden aileden aileye destek programının ruhsal hastalığın getirdiği yükü ve distresi azalttığı ve ailenin başetme düzeyinde iyileşme sağlayıp güçlendirdiğine yönelik çalışmalar yer almaktadır (Toohey ve ark., 2016; Mercado ve ark., 2016, Bademli & Duman, 2014a). Psikoz tanılı bireylerin

yakınlarında aile müdahalelerinin etkisine yönelik yapılan sistematik derlemede, çalışmaların %60'ının bakım veren sonuçları üzerinde anlamlı düzeyde etkisinin olduğu bulunmuştur (Lobban ve ark., 2013). Ma ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında standart bakım ile karşılaştırıldığında psikoz tanılı bireylerin bakım verenlerine yönelik aile müdahaleleri hem kısa hem de uzun dönemde bakım veren yükünü azaltmada etkili olarak bulunmuştur. Özellikle destek grup müdahaleleri işlevselliği artırmada psikoeğitime göre daha etkili müdahaleler olarak bulunmuştur. Bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerine yönelik yapılan randomize kontrollü ve çok merkezli psikoeğitim müdahalesinin bakım verenlerin adaptif başetme becerilerini geliştirmede etkili olarak bulunmuştur (Sampogna ve ark., 2018).

Aile hemşireliği uygulamalarının klinik uygulama alanlarında güçlendirilmesinde kuram ve modellere temellendirilmiş müdahaleler, teorinin klinik uygulamalara yansımada önemli bir etkiye sahiptir (Duhamel, 2010; Leahey & Wright, 2016). Bu modellerden Calgary Aile Müdahale Modeli kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin aileleri ile çalışan psikiyatri hemşireliği uygulamalarında aile işlevselliğini artırma ve değişimi sağlamada önemli bir modeldir (Lee ve ark., 2016; Dirik ve ark., 2017). Calgary Aile Müdahale Modeli, aile sistemleri hemşireliği yaklaşımını temel almaktadır. Bu modele göre “aile” tıpkı bakım verilen bir hasta birey gibi ele alınır (Wright & Bell, 2004). Modelin üç temel bileşeni olan bilişsel, duygusal ve davranışsal bileşenler, uygulanan psikososyal müdahalelere entegre edilerek bakım veren aile üyelerinin bu alanlarda iyileşmesine katkı sağlanmaktadır (Sveinbjarnardottir, Svavarsdottir, & Wright, 2013). Modelin uygulamalarda yer aldığı ve ağırlıklı olarak nicel araştırmalarla sonuçlarının değerlendirildiği ülkeler Kanada ve İzlanda'dır. Farklı örneklem grupları ile aile sistemleri hemşireliği yaklaşımı uygulanmış ve aileler üzerinde olumlu etkileri/çıktıları saptanmıştır. Sveinbjarnardottir ve arkadaşları (2013) akut psikiyatri yatan hasta birimlerinde ailelere yönelik Calgary Aile Değerlendirme ve Müdahale Modeline dayalı terapötik iletişim müdahalesini uygulamış ve algılanan destek, ailenin işlevselliği ve genel iyilik halini değerlendirmişlerdir. Araştırma sonucunda kısa terapötik iletişim müdahalesi alan aile üyelerinde kontrol grubuna göre bilişsel ve duygusal destek algısı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Başka bir çalışmada Gísladóttir ve arkadaşları (2011) yeme bozukluğu hastalarının aile üyelerine Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı eğitim ve destek programı uygulamışlardır. Araştırma sonunda duygu ifadesi, yeme davranışları, problemin reddi gibi değişkenlerin ölçümünde anlamlı düzeyde iyileşme olduğu

sonucuna varılmıştır (Gísladóttir & Svavarsdóttir, 2011). Lee ve arkadaşları (2016) yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada kısa aile merkezli bakım programını yataklı birimlerdeki bipolar bozukluk tanılı hastalar ve ailelerine uygulamıştır. Uygulama sonucunda bakım verenlerin aile işlevselliği, çatışma, iletişim ve problem çözmeleri üzerine anlamlı etkileri olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Lee ve ark., 2016).

Olumlu sonuçları kanıt düzeyinde olmasına rağmen aile müdahalelerinin uygulamalarda yer alması ile ilgili sorunlar yaşanmaktadır (Eassom ve ark., 2017; Glynn, 2012). Ülkemizde ve küresel düzeyde kronik ruhsal hastalığa bakım veren aile üyelerinin destek ve psikoeğitim gibi etkili psikososyal müdahalelere erişimlerinde engeller mevcuttur. Bu engeller bakım verenin kendisinden kaynaklanabildiği gibi önemli bir bölümü ise sistem kaynaklı erişim engelleridir (Bucci ve ark., 2016). Bademli ve Duman (2013)'ın yapmış oldukları derleme çalışmasında aile müdahalelerinin rutin uygulama içerisinde yer almadığı, bu tür uygulamaların sağlık sistemi içerisine yeni girdiği vurgulanmaktadır. Ailelerle iş birliği noktasında ruh sağlığı profesyonelleri, hastalar ve aileler aynı amaca odaklanmalı ve birlikte hareket etmelidirler (Eassom ve ark., 2017). Literatürde ailelerin hastalığa ilişkin semptomların ortaya çıkardığı distres ile başetmede bakım verenlere/ailelere destek müdahaleleri (Chaturvedi ve ark., 2014), bakım veren olmanın gerektirdikleri ile başetmede ailelere yönelik destek ve psikoeğitim uygulamaları önerilmektedir (Stanley ve ark., 2017). Genellikle uzun dönemli aile müdahalelerini sürdürme konusunda yaşanan sorunlar göz önüne alındığında bakım verenlere kısa aile müdahalelerinin planlanması ve uygulanmasının bakım verenlerin bu alandaki ihtiyaçlarını karşılaması noktasında önemli bir gereksinimi karşılayacağı düşünülmektedir. Bakım veren aile üyelerinin ruhsal hastalıklar konusunda güçlendirilmesinde ülkemizde kronik ruhsal hastalığa bakım verenler ile yürütülmüş ve Calgary Aile Müdahale Modeline temellendirilmiş bir aile müdahalesi çalışmasına ulaşamamıştır. Uzun dönemli kayıpları önleme ve kısa vadeli süreçte bakım verenleri güçlendirme konusunda modele temelli uygulanan bu aile müdahalesi çalışmasının klinik uygulama alanlarına yerleştirilmesini de kolaylaştıracığı düşünülmektedir. Kısa aile müdahalesinin etkisini değerlendirme ve farklı kronik ruhsal hastalık tanı gruplu aile üyelerini içeren müdahale olması yönüyle, ülkemizde uygulanan aileden aileye destek müdahalesinden bu müdahale çalışması ayrılmaktadır. Kronik ruhsal hastalık tanılı bireylerin aile üyeleri/bakım verenlerine uygulanan Calgary Aile Müdahale Modeline dayalı destek ve psikoeğitim programının bakım verenlerin

başetme, psikolojik distres ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine olumlu yönde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda ülkemizde ruh sağlığı hizmetlerinde yeri olmayan aileleri hizmetlere entegre edilmesini kolaylaştırma, çeşitli ülkelerde uygulanan aile modelinin ülkemizde kronik ruhsal hastalıklı bireylerde uygulanan sonuçlarını görme açısından literatürde önemli bir boşluğu kapatacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma iki aşamalı olarak yürütülmüştür.

- ✚ Araştırmanın birinci aşamasının amacı; kronik ruhsal hastalığa bakım veren aile üyelerinin başetme düzeylerini değerlendirmek amacı ile kullanılan Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği (Family Crisis Oriented Personal Evaluation-FCOPES) ölçeğinin ikinci aşamada kullanılmak üzere geçerlik ve güvenirliğinin yapılmasıdır.
- ✚ Araştırmanın ikinci aşamasının amacı kronik ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı aile destek ve psikoeğitim programının bakım verenlerin baş etme, psikolojik distres ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine etkisini incelemektir.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: Aile Destek ve Psikoeğitim grubundaki kronik psikiyatri hastası bakım verenlerin başetme puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bakım verenlerin başetme puan ortalamaları arasında program öncesi, sonrası, 3 ve 6. aylarda fark vardır.

Hipotez 2: Aile Destek ve Psikoeğitim grubundaki kronik psikiyatri hastası bakım verenlerin distres düzeyi puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bakım verenlerin distres düzeyi puan ortalamaları arasında program öncesi sonrası, 3 ve 6. aylarda fark vardır.

Hipotez 3: Aile Destek ve Psikoeğitim grubundaki kronik psikiyatri hastası bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları arasında program öncesi sonrası, 3 ve 6. aylarda fark vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Kronik Ruhsal Hastalıklar ve Aile

2.1.1. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakım Verenlerin Deneyimleri

Kronik ruhsal hastalıklar dünyada ve ülkemizde yaygın görülen ve birçok bireyin yaşamını önemli düzeyde etkileyen küresel bir toplum sağlığı sorunudur (DSÖ, 2019). Ruhsal hastalık tanısı; hasta bireyin yaşamındaki etkileri ile birlikte, aynı zamanda yeni bir rol üstelenen ailenin yaşamının da birçok alanını etkilemektedir. Bu süreçte bakım veren rolüne bürünen ailenin yaşamında birçok değişim meydana gelmekte ve özellikle primer bakım veren aile üyesi bu süreçte birçok güçlük deneyimlemektedir. (Ntsayagae, Poggenpoel, & Myburgh, 2019). Şizofreni gibi kronik ruhsal hastalık tanısı ile ilişkili travmatik süreç, tanı almadan önceki değişimlerle başlamakta ve hastalığın ortaya çıkışı ile birlikte hem hasta hem de bakım veren aile üyesi için yaşam boyu devam etmektedir (Shiraishi & Reilly, 2019). Bakım veren olmak; uzun ve zorlu bir süreçtir ve bakım veren bireyin yaşamında fizyolojik, psikolojik, ekonomik etkilere neden olmaktadır. Bakım verenin yaşamının çeşitli alanlarını etkileyen bu etkiler bakım veren yükü olarak tanımlanmaktadır. Fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yük bakım verenlerin en sık yaşamış olduğu yaşam deneyimleridir (Kâmil & Velligan, 2019; Vermeulen, Lauwers, Spruytte, & Van Audenhove, 2015). Kronik ruhsal hastalığın bakım verenlere etkileri aşağıda kapsamlı olarak açıklanmıştır:

Duygusal Etkiler: Bakım veren aile üyeleri bu süreçte yoğun olumsuz duygular deneyimlemektedir. Bu olumsuz duygusal etkiler; suçluluk, çaresizlik, utanma, güçsüzlük, yalnızlık ve kaygı olarak yoğun biçimde yaşanmaktadır (Ntsayagae, Poggenpoel, & Myburgh, 2019; Sarı & Çetinkaya Duman, 2020a). Bakım veren bireyler duygularını yönetmekte güçlük yaşamaktadır (Quinlan, Deane, & Crowe, 2018). Hastalık sürecinde iyileşmenin görülmediği durumlarda bakım verenlerde duygusal tükenme de görülebilmektedir. Düzelmeye sağlanamayan hastalık süreci, bakım verenlerde umutsuzluk ve yorgunluğa, yaşama ilişkin enerji ve motivasyonda azalmaya neden olmakta, bu durum da duygusal tükenme sürecini beraberinde getirmektedir (Rahmani, Ebrahimi, Seyedfatemi, Namdar Areshtanab, ve ark., 2018). Bazı bakım verenler bu süreci bir kayıp ve yas süreci olarak yaşayabilmektedir. Chang ve arkadaşlarının (2018) yapmış olduğu çalışmada yaşanan kayıplar bakım verenler tarafından “iyileşmeyen bir yara”ya benzetilmektedir. Bu süreç bakım verenler tarafından “bitmeyen bir yolculuk” olarak ifade edilmektedir (Chang, Huang, Cheng, & Chien, 2018).

Sosyal Etkiler: Kronik ruhsal hastalığı olan bireye bakım vermenin bakım veren bireylerin sosyal yaşam, aile yaşamı ve bireysel yaşamları üzerine olumsuz etkileri bulunmaktadır. Hastanın bakım gereksinimleri, bakım verene olan sürekli ihtiyacı ve ev içerisindeki roller bakım verenin de sosyal yaşamdan çekilmesine neden olmaktadır (Bui, Han, Diwan, & Dao, 2018). Bireylerin günlük yaşamdaki rollerine ek olarak ortaya çıkan bakım veren rolü, bireylerin ihtiyaç ve önceliklerini değiştirmektedir (Ntsayagae, Poggenpoel, & Myburgh, 2019). Ev içerisinde artmış iş yükü ve sorumluklar bireylerin günlük rutinlerini bozmaktadır. Bakım veren bireyler yaşamdan keyif aldıkları uğraş ve ilişkilerini bırakmak durumunda kalmakta, sosyal yaşam alanları daralmaktadır (Von Kardorff, Soltaninejad, Kamali, & Eslami Shahrabaki, 2016). Tan ve arkadaşları (2012) şizofreni bakım verenleri ile yürütmüş oldukları çalışmanın sonucunda, bakım verenlerin %26.7'sinin günlük normal yaşam aktivitelerine odaklanmakta zorlandığını ve rutinlerinin bozulduğunu saptamıştır (Tan, Yeoh, Choo, Huang, ve ark., 2012). Sosyal yaşamdan çekilme ve aile dinamiklerine etki eden diğer önemli bir faktör ise damgalanmadır (Akbari, Alavi, Irajpour, & Maghsoudi, 2018; Dadson, Annor, & Salifu Yendork, 2018). Bakım veren bireylerin yaşamları damgalanma nedeniyle olumsuz yönde etkilenmekte, bireyler kendilerini toplumdan izole etmektedir (Marimbe, Cowan, Kajawu, Muchirahondo, ve ark., 2016). Bakım verenler damgalanma nedeni ile profesyonel yardım arayışından da kaçınmaktadır (Von Kardorff, Soltaninejad, Kamali, & Eslami Shahrabaki, 2016; Şengün İnan, Çetinkaya Duman, & Sarı, 2020).

Fiziksel Etkiler: Kronik ruhsal hastalığı olan bireye bakım verme bakım verenlerin fiziksel sağlığını da olumsuz yönde etkilemektedir (Vermeulen, Lauwers, Spruytte, & Van Audenhove, 2015). Bakım verenlerde uyku problemleri, somatik şikâyetler, enerji kaybı ve yorgunluk görülebilmektedir (Von Kardorff, Soltaninejad, Kamali, & Eslami Shahrabaki, 2016). Avrupa'da beş ülkeden elde edilen verilerle şizofreni hastasına bakım veren bireylerin, bakım vermeyen grup ve diğer durumlarda (Alzheimer vb) bakım veren grup ile karşılaştırıldığı çalışmada; şizofreni bakım verenlerinin diğer bakım veren grubuna göre daha fazla uyku güçlüğü, uykusuzluk, ağrı ve anksiyete yaşadığı bulunmuştur (Gupta, Isherwood, Jones, & Van Impe, 2015). Aynı zamanda hastaların özellikle psikotik özelliklerinin belirgin olduğu dönemlerde bakım verenlere yönelik saldırgan ve agresif davranışları da olabilmektedir. Bu durum da bakım verenler üzerinde hem

fiziksel hem de psikolojik olumsuz etkilere neden olmaktadır (Marimbe, Cowan, Kajawu, Muchirahondo, ve ark., 2016).

Ekonomik Etkiler: En önemli bakım veren yüklerinden birisi de ekonomik yüküdür. Hastalık sürecinde ailenin hem ekonomik gelir kayıpları (Kâmil & Velligan, 2019), hem de hastanın bakımına ve yaşam boyu tedavi ihtiyacına bağlı harcamalar bakım veren ve aile için ekonomik bir yük oluşturmaktadır (Vermeulen, Lauwers, Spruytte, & Van Audenhove, 2015; Von Kardorff, Soltaninejad, Kamali, & Eslami Shahrbabaki, 2016). Ekonomik güçlükler bakım verme sürecinde bakım verenin psikolojik sağlığını da olumsuz etkilemektedir (Dadson, Annor, & Salifu Yendork, 2018).

Olumlu Bakım Veren Deneyimleri: Bakım verme sürecinin olumsuz deneyimleri kadar bakım veren bireyler üzerinde olumlu etkileri de bulunmaktadır. Bakım veren bireylerin kişiler arası ilişkileri ya da “içsel” olarak hissettikleri memnuniyet, bakım vermeye ilişkin süreçte yeni bir anlam oluşturmalarını sağlar. Aynı zamanda kişisel olarak gelişme ve güç kazanma da bu deneyimin olumlu çıktıları arasında yer almaktadır (Campos, Mota Cardoso, & Marques-Teixeira, 2019; Gelkopf & Roe, 2014; Sarı & Çetinkaya Duman, 2020a). Literatürde bahsedilen diğer olumlu bakım veren deneyimleri ise aile dayanışması, olumlama, sevgi, şefkat, özgüven ve kişisel gelişimdir (Shiraishi & Reilly, 2019).

2.2. Psikolojik Distres Kavramı

Psikolojik distres kavramı; depresyon ve kaygı semptomları ile karakterize duygusal olarak acı çekme düzeyi olarak tanımlanmaktadır (L'Abate, 2012). DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) tanı ölçütlerinde psikolojik distres kavramı “Bir kişinin iç yaşamındaki sık sık yaşadığı rahatsız edici, kafa karıştırıcı veya olağan dışı olduğu düşünülen bir dizi semptom ve deneyim” olarak tanımlanmıştır (American Psychiatric Association [APA], 2013). Psikolojik distres kavramı sık kullanılan bir kavram olmakla birlikte, literatürde bazı kavramlarla yakın ilişki içerisinde bulunmakta ve bu kavramlar arasında ayırım yapmak güç olabilmektedir. Distres kavramı ile yakın ilişki içerisinde ve birbirinin yerine kullanılabilen kavramlar stres ve gerginlik kavramlarıdır. Gerginlik, stres faktörlerinin bireyler üzerindeki etkisini tanımlamak için kullanılmaktadır. Stres kavramı ise, Hans Selye tarafından üzerinde uzun yıllar çalışılan bir kavramdır. Selye (1976) stresi “vücudun iyi veya kötü herhangi bir talebe spesifik olmayan yanıtı” olarak tanımlamıştır. Selye’ye göre stres kaçınılması gereken bir durum değildir, çünkü stresin

olmadığı yerde yaşamda yoktur. Stres, zarar verici olması zorunluluğu olmayan *olumlu ya da olumsuz* bir stresöre karşı spesifik olmayan bir biyolojik tepkidir. Stres, olumlu ya da olumsuz olabilmektedir. Bu yönüyle iyi stres östres, kötü stres ise distres olarak açıklanmıştır (Selye, 1976). Bununla birlikte distres, bireye zarar veren yani olumsuz bir stresöre ilişkin, spesifik olmayan biyolojik veya duygusal tepkidir. Ridner (2004) psikolojik distres kavramına ilişkin yapmış olduğu kavram analizinde iki tür distres kavramından bahsetmiştir. Bu kavramlar biyolojik distres ve psikolojik distrestir. Biyolojik distres; bir stres durumuna tepki olarak insan vücudunda meydana gelen potansiyel olarak zararlı *fizyolojik* değişiklikler olarak tanımlanmıştır. Psikolojik distres ise; bireye geçici veya kalıcı olarak zarar veren belirli bir stresöre yanıt olarak yaşanan rahatsız edici *duygusal* durum olarak tanımlanmıştır. Psikolojik distresi tanımlayan beş özelliği mevcuttur. Bu özellikler; etkili baş edememe, duygusal durumda değişim, rahatsızlık (konfor alanını bozan herhangi bir neden), iletişimde rahatsızlık ve zarar vermedir (Ridner, 2004).

Distres kavramı farklı kültürlerde farklı şekillerde ifade edilebilen bir kavramdır. Kültüre özgü olarak Japon kültüründe “Taijin Kyofusho”, Mexika’da “Susto” Çin’de “Shenjing shuairuo” olarak distres kavramı kültürel bağlamda açıklanmıştır. Güney Asya’da “Dhat Sendromu” anksiyete, yorgunluk, halsizlik ve depresif ruh hali gibi çeşitli belirtilerle başvuran hastalar için kültürel bir distres açıklamasıdır (APA, 2013). Benzer şekilde Zimbabve’de distresin kültüre özgü açıklaması “çok fazla düşünmek” olarak belirtilen “Kufungisisa” kavramıdır (APA, 2013; Kaiser, Haroz, Kohrt, Bolton, ve ark., 2015).

2.2.1. Kronik Ruhsal Hastalıklar ve Psikolojik Distres

Kronik hastalıklar uzun dönemli ve kalıcı rahatsızlıklardır ve bireyin psikolojik, fizyolojik ve sosyal işlevlerine etki ederek distres gelişimine neden olabilmektedir. Psikolojik distres kronik hastalıklarda, ağrıyı artırıp, işlevselliği kısıtlayarak, öz bakıma ilişkin istekliliği azaltarak fiziksel hastalığın etkisini artırmaktadır. Aynı zamanda klinik hastalığın seyrini de değiştirerek komplikasyon oranlarında artışa neden olmakta ve genel sağlığı düşürmektedir (Doran, 2010). Bakım verenlerin günlük yaşam rollerine eklenen bakım veren rolü bireylerde “rol distresi” oluşturmakta, bu durum da bakım verenin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir (Quah, 2014).

Kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerin yaşamış oldukları yüksek düzeyde distres hem kalitatif hem de kantitatif çalışmalarda belirtilmektedir (Arciszewska, Siwek, & Dudek, 2015; Han, Diwan, & Sun, 2019; Hegde, Chakrabarti, & Grover, 2019; Tan, Yeoh, Choo, Huang ve ark.,

2012; Ong, Ibrahim, & Wahab, 2016; Sintayehu, Mulat, Yohannis, Adera, ve ark., 2015). Şizofreni, bipolar bozukluklar gibi kronik ruhsal hastalıklarda bakım veren distresi öznel yükün yordayıcısı olarak oldukça önemlidir (Jansen, Harder, Haahr, Lyse, ve ark., 2015a). Yalnızca kronik ruhsal hastalıklarda değil, ruhsal hastalık riski taşıyan ya da ilk atak psikoz hastalarının bakım verenlerinde de distres düzeyleri yüksektir (Jansen, Harder, Haahr, Lyse, ve ark., 2015a; Jansen, Haahr, Harder, Trauelsen, ve ark., 2015b; Young, Murata, McPherson, Jacob ve ark., 2019). Bakım veren distresini hem hastalığın kendisi hem de bakım verenler ile ilişkili faktörler etkilemektedir. Distresi etkileyen hastalıkla ilişkili faktörleri Hegde ve arkadaşları (2019) semptomların yoğunluğu, işlevsellik düzeyi ve nesnel yük olarak tanımlarken, bakım veren ile ilişkili faktörleri öznel yük, hastalığı değerlendirme biçimi, başetme, algılanan destek, bakım veren ile geçirilen zaman, nörotisizm ve aile bağlılığı olarak belirtmiştir (Hegde, Chakrabarti, & Grover, 2019). Başka bir çalışmada distresin prediktörleri olarak yetersiz sosyal destek, iki ya da daha fazla hasta başvurusu, psikotik hastaya bakım verme, çiftçi olma ve kadın olma belirtilmektedir (Sintayehu, Mulat, Yohannis, Adera, ve ark., 2015). Şizofreni bakım verenlerinde yapılan başka bir çalışmada bakım verenlerin genç yaşta olması, düşük eğitim seviyesinde olması ve yüksek yük ve damgalanma algısı bakım verenlerin depresif semptomları ile ilişkili bulunmuştur (Magaña, Ramirez Garcia, Hernández, & Cortez, 2007). Wasley ve arkadaşları (2018) duygudurum bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde etkili olmayan (maladaptif) başetmenin distresin önemli bir yordayıcısı olduğunu belirtmektedir (Wasley & Eden, 2018). Şizofreni hastalarının bakım verenleri ile yapılan başka bir çalışmada da benzer şekilde maladaptif başetme, yüksek düzeyde distres ile ilişkili bulunmuştur. Adaptif olmayan başetme biçimi distres değişkenine ilişkin varyansın %34.9 unu açıklamaktadır (Friedman-Yakoobian, De Mamani, & Mueser, 2009).

Hemşirelerin psikolojik distresin değerlendirilmesinde önemli bir rolü vardır. Bu değerlendirmeyi psikolojik distresin görsel ve sözel ipuçlarına dikkat ederek, geçerli ve güvenilir araçlarla distresi değerlendirerek, hasta ve aile ile açık iletişim becerileri kullanarak ve onlarla hastalıkla yaşam deneyimlerini paylaşarak yapabilir (Doran, 2010). Aynı zamanda bakım vermenin distresle ilişkili etkileri ile daha etkili başedebilmesi için sağlık profesyonelleri tarafından yürütülen bakım verenlere yönelik destek ve psikoeğitim programları önemli bir ihtiyaçtır (Jeyagurunathan, Sagayadevan, Abdin, Zhang, ve ark., 2017).

2.3. Psikolojik Dayanıklılık/Sağlamlık Kavramı

Dayanıklılık/sağlamlık (resilience) kavramı zorluklardan güçlenerek çıkma kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Dayanıklılık, yaşamda deneyimlenen zorluklar, acı tecrübelerle rağmen dayanıklı olmaktan ziyade, bu zorlukların kendisinden ortaya çıkan bir deneyimdir. Dayanıklılık, kriz ya da yaşanan güçlüklerle bir yanıt olarak aktif bir süreçtir. Bireysel dayanıklılık, ancak aile ya da daha geniş bir sosyal alan içerisinde en iyi anlaşılabilir (Walsh, 2006). Başka bir tanıma göre dayanıklılık “risk veya zorluklara rağmen olumlu adaptasyon paternleri/örüntüleri” olarak tanımlanmıştır. Dayanıklılık bir kişilik özelliği değildir, kişilerin davranışlarında kendini göstermektedir. Kişinin “dayanıklı” bir insan olup olmadığı biçimde bir değerlendirme tanı koyma işlemine benzemektedir ve bireyin özelliklerinin dayanıklılık içerip içermediğini değerlendirmeyi gerektirir. Bu yaklaşım doğru bir yaklaşım değildir. Bir kişiye “dayanıklısı/dayanıklı değildir” demek yerine “dayanıklılık özellikleri göstermektedir” ifadesi daha doğru bir yaklaşımdır (Masten & Powell, 2003).

Dayanıklılık kavramı (resilience), hardiness (dayanıklılık-tahammül) kavramından farklı bir kavramdır. Hardiness (dayanıklılık-tahammül) kavramı, olumsuz koşullara dayanabilme olarak tanımlanmaktadır. Dayanıklılık (Resilience) kavramının aksine hardiness kavramı bir kişilik özelliğidir (Earvolino-Ramirez, 2007). Hardiness-dayanıklılık kavramı resilience-dayanıklılığın bir belirleyicisi/indikatörü olarak belirtilmektedir. Psikolojik dayanıklılık ise, devam eden güçlüklerle veya potansiyel olarak travmatik olaylara maruz kalan bireylerin zaman içinde olumlu psikolojik adaptasyon yaşadığı gelişimsel ve psikososyal bir süreç olarak tanımlanmaktadır (Graber, Pichon, & Carabine, 2015). Bununla birlikte dayanıklılığın sonucunda etkili başa çıkma ve pozitif uyum sağlama görülürken hardiness kavramında ortaya çıkmayabilir (Earvolino-Ramirez, 2007). Dayanıklılık kavramını yapılandırmada üç temel yapıdan bahsedilmektedir. Bu yapılar risk veya zorluk, koruyucu (protective) faktörler ve dayanıklılıktır (Lacharité, 2005; Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2010)

2.3.1. Risk Mekanizmaları

Risk, bireyin stresöre direncini azaltan, güçlüklerle ilişkili durumlardır (Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2010). Risk, “bir birey, aile ya da grubu gelecekte istenmeyen ya da olumsuz bir sonuca yatkın hale getiren” anlamını taşımaktadır. Mevcut bir riskin soruna/probleme dönüşmesi olasılığı ise yatkınlık/kırılganlık (vulnerability) olarak tanımlanmaktadır. Bir yatkınlık

faktörü her zaman tek başına bir risk faktörü değildir (Lacharité, 2005). Bir anlamda yatkınlık kavramı ve diğer kavram olan koruyucu etki kavramları aynı yapının artı ve eksi iki kutbu gibi düşünülebilir. Ortak noktaları ise her iki kavramın da risk değişkeni ile ortaya çıkmasıdır (Rutter, 1987). Riski ele alırken risk faktörlerinden ziyade risk mekanizmalarına odaklanmak daha doğru bir yaklaşımdır. Çünkü aynı değişken bir durum için risk iken, başka bir durum için koruyucu faktör olabilir (Rutter, 1993). Ayrıca risk faktörleri genellikle diğer risk faktörleri ile eş zamanlı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle yakın dönemli yaklaşımlar yalnız tek bir risk faktörüne odaklanmak yerine, kümülatif riske odaklanmıştır (Masten & Powell, 2003). Aynı zamanda risk faktörleri farklı yaş gruplarında farklı etkilere neden olabilir. Bu bağlamda, insanların yaşamlarındaki potansiyel dönüm noktalarının önemi ortaya çıkmaktadır (Rutter, 1993). Ruhsal hastalığa bakım veren bireydeki risk faktörleri bakım yükü, damgalanma, ruh sağlığı hizmetlerine ulaşamama gibi faktörler olabilmektedir (Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2010).

2.3.2. Koruyucu Mekanizmalar/Süreçler

Aynı ya da benzer zor süreçler ya da güçlükler yaşayan diğer insanlar vazgeçme ve umudunu yitirme noktasında iken, neden ve nasıl bazı kişilerin öz yeterliklerini koruyabildiğinin yanıtı koruyucu süreçler ile ilişkilidir. Koruyucu faktörler dayanıklılığı iyileştirirken, riskin etkisini azaltmaktadır (Rutter, 1987). Koruyucu mekanizmalar doğrudan olumlu sonuçları düzenlemez, psikososyal tehditlere ilişkin direnci artırmaktadır (Rutter, 1993). Dayanıklılık bireylerin değişmeyen sabitlenmiş bir kişilik özelliği değildir. Koşullar değiştiğinde dayanıklılık da değişebilir (Rutter, 1987). Dayanıklılığı desteklemede bireysel düzeyde koruyucu faktörler; destekleyici aile ortamı, güvenli bağlanma, ebeveyn gözlemi, sosyal destek, başetme becerileri ve stabil/istikrarlı bir yaşam ortamı olarak belirtilmektedir (Graber, Pichon, & Carabine, 2015).

2.3.3. Aile Dayanıklılığı

Aile dayanıklılığı kavramı, bir işlevsel birim olan ailede başetme ve adaptasyon süreçlerini ifade etmektedir. Yaşanan zorlu durumlarla ailenin olumlu başetmeleri aile dayanıklılığıdır (McCubbin & McCubbin, 1988). Dayanıklı aile kavramı; ailenin yaşanan olumsuz deneyimler, yaşamsal krizlerden koruyucu faktörler yoluyla güçlenerek çıkmasını ifade etmektedir (Walsh, 2003). Aile dayanıklılığı kavramı, odağı bireysel dayanıklılıktan, bir sistem olan aileye yönlendirmiştir (Walsh, 1996). Aile dayanıklılığında odak; bireysel olarak kişilik özellikleri değil, aile, akraba ya da arkadaşlarla olumlu ilişkilerdir. Ailenin dayanıklılık özellikleri ailenin yaşam

döngüsü içerisindeki herhangi bir zamanda geliştirilebilir. Hiçbir aile sorunsuz değildir. Fakat yaşanan sorun ailenin işlevselliğini azaltabileceği gibi tam tersi etki de gösterebilmektedir (Black & Lobo, 2008). Yaşamın içerisinde en zor zamanlar, aynı zamanda en iyi zamanlar da olabilmektedir (Walsh, 1996; Walsh, 2003).

Aile sistemi, ailenin uyumunu etkilemektedir. Bu noktada sistem yaklaşımı, aile dayanıklılığı ve başatmeleri anlama noktasında bir çerçeve sunmaktadır (Walsh, 2006; Walsh, 2015). Dayanıklılık kavramı stres ve başatme kavramları ile yakından ilişkili olsa da stresli durumları yönetmenin daha ötesinde bir kavramdır (Walsh, 2013; Walsh, 2016). Aile dayanıklılığı krize tepki olarak stresin altındaki güce odaklanmaktadır. Aynı zamanda aileleri dayanıklılık çerçevesinde ele alırken, tek bir modele bağlı kalmamakta, her aileyi içerisinde bulunduğu bağlama göre değerlendiren bir bakış açısı sunmaktadır (Walsh, 2003; Walsh, 2015). Dayanıklılık krizden, sorunlardan yara almadan çıkmak demek değildir; yaşanan bu sorundan öğrenmek, bununla başatmek ve bunu yaşamın geri kalanına entegre etmek anlamını taşımaktadır (Walsh, 2015). Hem bireysel hem de ilişkisel bir dönüşüm ve olumlu yönde bir büyümeyi içerisinde barındırmaktadır. Aile dayanıklılığının ortaya çıkmasında 3 temel süreç rol oynamaktadır. Bu süreçler, aile inanç sistemleri, organizasyon kalıpları ve iletişim/problem çözme süreçleridir (Walsh, 2002; Walsh, 2003; Walsh, 2013; Walsh, 2016).

- **Aile İnanç Sistemleri:** Yaşanan kriz durumuna ilişkin aile üyelerinin paylaşılan değerleri dayanıklılığı pekiştirmektedir (Walsh, 2002). Bu inanç sistemlerinin içerisinde yaşanan *olumsuzluklardan anlam çıkarma, maneviyat (spiritüalite) ve olumlu bakış açısı* yer almaktadır. Kriz durumlarında yaşanan distresi normalleştirmek ve kabul etmek, ailenin “yapılabilir, başarılabilir” ruhunu ortaya koymasını sağlarken, birbirini suçlama, utanç, öfke gibi olumsuz duyguların oluşmasını da önlemektedir (Walsh, 2013). Olumlu bakış açısı ise “umut” ile yakın ilişkilidir ve akciğerler için oksijenin anlamı ile ruh için “umut” un anlamı eşdeğer olarak belirtilmektedir. Güç elde etmeye giden inanç sistemleri içerisindeki diğer bir yol ise maneviyattır. Maneviyatın içerisinde dini ya da kültüre özgü uygulamalar yer alabilmektedir (Walsh, 2003).
- **Organizasyon Kalıpları:** Bir organizasyon/örgüt olarak ailede dayanıklılığı oluşturan yapılar; *esneklik, bağlılık, sosyal ve ekonomik kaynaklar*dır. Esneklik, dayanıklılıkta temel bir yapıdır ve değişime açık olmak ve yeni duruma uyum sağlamakla ilişkilidir. Ailenin olumsuz yaşam deneyimine uyumu esnek bir aile yapısı ile sağlanabilir. Bir metafor olarak güçlüklerle mücadele için

“sıçrayış” esnek bir yapıyı gerektirmektedir. İşlevsellik için diğer bir parametre ise bağlılık ve kaynaklardır. Aile bağlılığının içerisinde karşılıklı destek, ihtiyaçlara ve farklılıklara saygı yer almaktadır. Kaynakların ise toplumsal destek grupları gibi sosyal ve ekonomik boyutta kaynakları içermesi önemlidir.

- **İletişim/Problem Çözme Süreçleri:** *Açık olma, açık duygusal paylaşım ve işbirlikçi problem çözümü* iletişim/problem çözme süreçlerinin üç temel bileşenleridir. Dayanıklılık tutarlı ve açık bilgi ile kolaylaştırılabilir. Her aile kendi kültürü, kendi değerleri ve kaynaklarına uyan yolu kendisi bulmalıdır. Bu sebeple işbirlikçi problem çözme ve çatışma yönetimi dayanıklılık için bir gerekliliktir (Black & Lobo, 2008; Walsh, 2002; Walsh, 2013; Walsh, 2016).

2.3.4. Klinik Uygulamalarda Aile Dayanıklılığı

Bakım verenlerde dayanıklılık kavramının tanımları değişiklik göstermektedir; fakat tüm tanımlar bir ortak özelliği paylaşmaktadır. Tanımların ortak yönü bakım verenlerin yalnızca bakım yükünden kurtulmaları için değil, daha güçlü, daha sağlıklı ve daha esnek bir insan olmak için güçlüklerin üstesinden gelmesini içermektedir (Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2010). Dayanıklılık bakış açısı/çerçevesi kriz durumları ve yaşamsal güçlük oluşturan durumlarda geniş çaplı olarak uygulanabilmektedir ve üç temel dayanıklılık sürecini destekleyen müdahaleler ailelerin krizle başetmesinde de bir kaynak sağlayabilir (Walsh, 2003). Dayanıklılık bakış açısından ailelerle çalışırken; ailelerin kusurlu yönleri yerine güçlü, iyileştirilebilir yönlerine odaklanmak paradigmatik bir değişim sunmaktadır. Dayanıklılık statik değil, dinamik bir kavramdır ve dayanıklılığa giden yollar aileye özgüdür (Hawley, 2000). Çoklu aile psikoeğitimsel grupları ve kendi kendine yardım gruplarının özellikle aile dayanıklılığını geliştirmek için çok uygun olduğu belirtilmektedir. Bu tür gruplar, ailelerin ağır ruhsal veya fiziksel hastalığı olan bir üyenin bakımında zorlanmaları ile baş etmelerine yardımcı olmaktadır. Dayanıklılık, benzer zorluklarla uğraşan diğer ailelerle temas yoluyla ve birbirlerinden öğrenilerek kazanılmaktadır (Walsh, 1996).

2.4. Kronik Ruhsal Hastalığa Bakım Veren Olarak Aile Başetmesi

Bireyin stresli yaşam olaylarını ve kaynaklarını aşan durumları yönetme süreci başetme olarak tanımlanmaktadır (Lazarus & Folkman, 1984). Başetme kaynaklarının hem fiziksel hem de psikolojik sağlık üzerinde doğrudan etkisi bulunmaktadır (Taylor & Stanton, 2007). Başetme yöntemleri ile ilgili standart bir sınıflandırma bulunmamakla birlikte adaptif ve maladaptif (ilaç ve madde kullanma, uyku, sigara kullanımı vb) başetme sık kullanılan sınıflamalardan biridir (Grover,

Pradyumna, & Chacrabarti, 2015; Rao, Grover, & Chacrabarti, 2020). Adaptif başetme biçimleri bakım verenlerde hasta ile ilişkili olumlu sonuçlar ve düşük düzeyde psikolojik distres ile ilişkili iken (Rao, Grover, & Chacrabarti, 2020), başka bir çalışmada maladaptif başetme yöntemi puanları daha yüksek olan bakım verenlerin bakım yükü daha yüksek bulunmuştur (Rahmani, Ranjbar, Hosseinzadeh, Razavi, ve ark., 2019). Lazarus ve Folkman (1984) ise iki tür başetme yönteminden bahsetmektedir. Bu yöntemler duygu odaklı başetme ve problem odaklı başetme yöntemleridir. Bireyin çevre ile etkileşimi sonucu ortaya çıkan distresin ortadan kaldırılmasına yönelik süreçler problem odaklı başetme ile ilişkili iken, bu duygudurumu düzenlemeye ilişkin süreçler duygu odaklı başetme ile ilişkilidir (Folkman & Lazarus, 1988). Kronik ruhsal hastalığa bakım verme sürecinde bakım verenler birçok stresöre maruz kalmakta ve hem duygu odaklı hem de problem odaklı başetme yöntemlerini kullanmaktadırlar (Saunders, 2003; Marimbe, Cowan, Kajawu, Muchirahondo, ve ark., 2016).

2.4.1. Duygu Odaklı Başetme ve Problem Odaklı Başetme Yöntemi

Duygu odaklı başetme biçimi, ortaya çıkan zararlı, tehdit edici duruma ilişkin herhangi bir değişimin yapılamayacağına ilişkin bir değerlendirme sonucu ortaya çıkan başetme yöntemidir (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman & Lazarus, 1988). Duygu odaklı başetme yöntemlerine; kaçınma, uzaklaşma, sorumluluğu kabullenme ya da suçlama ve olumlu yeniden değerlendirme örnek olarak verilebilir (Folkman & Lazarus, 1988). Bu yöntemlerde birey stres yaratan durumları çözemediği için durumun olumsuz etkisini bilişsel olarak kontrol etmeye çalışmakta ve duygusal etkisini azaltmaktadır (Parasar ve ark., 2015). Rahmani ve arkadaşları (2019) şizofreni hastasına bakım verenler ile yapmış olduğu kesitsel çalışmada bakım verenlerin başetme becerilerini değerlendirmiştir. Çalışma sonucunda bakım verenlerin %54.22'sinin en sık kullanmış oldukları başetme yönteminin duygu odaklı başetme yöntemi olduğu bulunmuştur.

Problem odaklı başetme yöntemleri ise sorunu tanımlama ve soruna yönelik olası çözümler üretmeye ilişkin bir başetme yöntemidir (Lazarus & Folkman, 1984). Problem odaklı başetme yöntemlerine problem çözme becerilerinin kullanılması, bilgi arama, yüzleşme, artı ve eksilerin değerlendirilmesi ve sosyal destek ağları oluşturmak örnek olarak verilebilir (Grover, Pradyumna, & Chacrabarti, 2015; Parasar ve ark., 2015). Ruhsal hastalığa bakım verenler ile yapılan bir çalışmanın sonucunda, bakım verenlerin en sık kullandığı başetme yöntemi sosyal destek ve problem çözme olarak bulunmuştur (Pompeo, Carvalho, Olive, Souza, ve ark., 2016). Rexhaj ve

arkadaşlarının (2013) yapmış oldukları çalışmada da benzer biçimde şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin sık kullanmış oldukları başetme yöntemi problem odaklı ve sosyal destek odaklı başetme yöntemleri olmuştur. Çalışmada duygu odaklı başetme yöntemi daha az kullanılan bir başetme yöntemi olmuştur (Rexhaj ve ark., 2013). Bakım veren aile üyelerinde problem odaklı ve adaptif başetme biçimleri daha çok olumlu bakım veren sonuçları ile ilişkilidir (Grover ve ark., 2015)

Ruhsal hastalıklarda bakım veren başetmesi ile ilişkili en sık incelenen değişkenlerden biri bakım veren yükü iken, diğeri ise distrestir (Chadda ve ark., 2007; Geriani, Savithry, Shivakumar, & Kanchan, 2015; Grover ve ark., 2015; Lam ve ark., 2015). Şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinde bakım yükü bakım verenlerin maladaptif başetme becerileri ve yüksek düzeyde psikolojik distres düzeyleri ile ilişkili bulunmuştur (Kate ve ark., 2013). Rahmani ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında maladaptif başetme yöntemi puanları daha yüksek olan şizofreni bakım verenlerinde bakım yükü daha yüksek bulunmuştur (Rahmani ve ark., 2019). Başka bir çalışmada duygu odaklı başetme yöntemini kullanan bakım verenlerde daha fazla bakım veren yükü bulunmuştur (Chadda ve ark., 2007). Ong ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmada şizofreni bakım verenlerinde madde kullanımı, kendini suçlama, duygusal destek kullanımı gibi maladaptif başetme yöntemleri ile psikolojik distres arasında olumlu yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur.

2.5. Kronik Ruhsal Hastalıklarda Aile Müdahaleleri

Aile müdahaleleri, etkiliği araştırmalarla kanıtlanmış psikosoyal müdahale yöntemidir. Aile müdahaleleri;

- ✚ Relapsları azaltır,
- ✚ Hastaneye yeniden yatış sayısı ve süresinde önemli azalma sağlar,
- ✚ Sosyal işlevsellikte artmayı sağlar,
- ✚ Ailenin stresini azaltırken iyileşmesine de katkı sağlamaktadır (Pratt, Gill, Barrett, & Roberts, 2007).

Mevcut bakımı iyileştirmede aile müdahaleleri önemli bir yere sahiptir. Ampirik olarak kanıtları bulunan ve literatürde sıkça kullanılan aile müdahaleleri psikoeğitim ve destek grup müdahaleleridir (Chan, 2011).

2.5.1. Aile Psikoeğitimi

Psikoeğitim, hasta ve ailesine ruhsal hastalıklar, tedavileri, başetme yöntemleri konusunda bilgi sağlayan bir psikosoyal müdahale yöntemidir (Chan, 2011). Aile psikoeğitimi en etkili yapılandırılmış psikosoyal müdahale yöntemlerinden biridir. Aile psikoeğitimi bilişsel, davranışsal terapötik ve destekleyici bileşenleri içerisinde barındırmaktadır. Aile psikoeğitimi genellikle hastalığa özgü bilgileri içeren ve klinisyen tarafından başlatılıp sürdürülen bir psikosoyal müdahaledir. Eğitim içeriğinde genellikle hastalıklar, tedavisi, hastalığa verilen duygusal tepkiler, iletişim, problem çözme, başetme gibi temel bileşenleri barındırmaktadır (McFarlane, 2016). Tek ailenin ya da çoklu ailelerin dâhil olduğu, yalnızca aile ya da yalnızca hasta için planlanan biçimlerde yürütülebilmektedir (Drapalski, Leith, & Dixon, 2009). Bir psikoeğitim programının ortalama süresinin 12 oturum (hafta) olması önerilmektedir. Psikoeğitim programları 10 oturumdan daha az olduğu durumlarda bu programlar “kısa psikoeğitim programı” olarak adlandırılmaktadır (Zhao, Sampson, Xia, & Jayaram, 2015).

2.5.2. Destek Grup Müdahaleleri

2.5.2.1. Karşılıklı Destek Grup Müdahaleleri

Karşılıklı destek grup, benzer sorunu yaşayan bir grup insanın bilgi alışverişi yapmak, psikolojik destek alıp vermek amacıyla bir araya geldiği grup olarak tanımlanmaktadır (Pistrang, Barker, & Humphreys, 2008). Karşılıklı destek müdahaleleri bir profesyonelin kontrolünde yürütülen hasta/danışan güdümlü müdahalelerdir. Bu müdahale türü karşılıklı olarak deneyimleri ve bilgiyi paylaşmayı hem yardım almayı hem de yardım vermeyi içeren karşılıklı öğrenmeye dayalı bir müdahaledir. Profesyonellerle otoriter bir uzman ilişkisi değil, daha çok işbirlikçi bir ilişki kurulur. Sağlık profesyoneli daha çok *kolaylaştırıcı (facilitator)* olarak rol almaktadır (Chan, 2011). Karşılıklı destek grupları literatürde “karşılıklı yardım”, “karşılıklı destek”, “kendine yardım grupları” ya da “destek grupları” gibi farklı isimlerle belirtilebilmektedir (Pistrang, Barker, & Humphreys, 2008). Karşılıklı destek grup müdahaleleri daha az yapılandırılmış destekleyici müdahaleler olarak 1990’lı yıllarda ortaya çıkmıştır. Akran güdümlü olarak yürütülen, daha çok etkileşime dayalı ve esnek müdahalelerdir (Chien, Bressington, & Chan, 2018). Chien ve arkadaşlarının (2005) yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada altı aylık izlemde aile destek ve psikoeğitim müdahalesinin şizofreni tanılı bireylere bakım veren aile üyelerinde psikoeğitim müdahalesine göre işlevsellikte artış sağladığı bulunmuştur. Uzun dönemli izlem çalışmalarında

karşılıklı destek grup müdahalelerinin psikoeğitim ile karşılaştırıldığında psikotik hastaya bakım verenlerde işlevsellikte artışı sağlayıp, hastaneye yeniden yatışları azalttığı belirtilmektedir (Chien, Chan, & Thompson, 2006; Chien, Bressington, & Chan, 2018). Tablo 1’de psikoeğitim müdahalesi ve karşılıklı destek grupları arasındaki farklar yer almaktadır:

Tablo 1. Karşılıklı Destek Grubu ve Psikoeğitim Müdahalesi Arasındaki Farklar

	Karşılıklı Destek Grubu	Psikoeğitim
Liderlik	Sağlık profesyoneli kolaylaştırıcı Akran güdümlü	Profesyonel güdümlü
İçerik	Detaylı içeriğin kararını grup üyeleri vermektedir.	İçerik araştırma ekibi tarafından belirlenmektedir.

(Kaynak: Chien, Chan, Morrissey, & Thompson, 2005)

2.5.2.2. Aileden Aileye Destek Grup Müdahaleleri

Aileden Aileye Destek Müdahaleleri, “Umuda Yolculuk” ismi ile ilk olarak yapılandırılmış ve eğitsel müdahaleler olarak Joyce Burland tarafından 1990 yılında geliştirilmiş ve şizofreni bipolar bozukluk ve depresyon gibi kronik ruhsal hastalık grubunda uygulanmıştır (Bademli & Çetinkaya Duman, 2011). Bu müdahaleler akran güdümlü eğitim programlarıdır. Müdahalenin amacı aile üyesine ruhsal hastalık, tedaviler, çözüm yöntemleri konusunda destek sağlamaktır (Drapalski ve ark., 2009). “Umuda Yolculuk” programını 1997 yılında Ruhsal Hastalıklar için Ulusal Birlik (NAMI-National Alliance on Mental Illness)’in desteklemesinden sonra programın 8 oturumluk süresi 12 oturuma uzatılmış ve ismi “Aileden Aileye Destek Programı” olmuştur (Bademli & Duman, 2014b; Drapalski ve ark, 2009). Aileden aileye destek programının bakım verenlerin algılanan bakım yükünde azalma sağladığı (Yıldırım, Buzlu, Hacıhasanoğlu, Camcioğlu, ve ark., 2013) başetme becerileri ve genel sağlık durumlarında iyileşme sağladığına ilişkin sonuçlar (Bademli & Duman, 2014a) literatürde belirtilmektedir. Bu müdahale türünde “eğitici eğitimi” ile grup üyesine önceden eğitim verilmektedir. Grup oturumlarında eğitilmiş bakım veren grup üyesinin liderlik yapması yoluyla grup süreci yürütülmektedir (Bademli & Duman, 2011; Bademli & Duman, 2014a; Bademli & Duman, 2014b).

2.6. Aile Çalışmalarında Kavramlar

2.6.1. Aile Merkezli Bakım ve Aile Odaklı Bakım

Aile odaklı ve aile merkezli bakım kavramları daha çok çocuk sağlığı uygulamalarında ve çocuk ergen ruh sağlığı literatüründe kullanılan bakım kavramlarıdır. Bu iki kavram ailelerle yürütülen çalışmalarda birbirinin yerine kullanılmaktadır. Fakat bu kavramlar birbiri ile aynı kavramlar değildir. Ailenin algılanış biçimi açısından kavramlar arasında farklılıklar bulunmaktadır (Çetinkaya Duman, 2015).

Aile merkezli bakım kavramı, ailelerin karar alma rollerinin desteklendiği ve kilit bir role sahip olduğu, ebeveyn ve profesyonellerin eşit düzeyde görüldüğü bir bakım felsefesidir (Espe-Sherwindt, 2008). Bu bakış açısı bakım birimi olarak aileyi merkeze almaktadır (Uniacke, Browne, & Shields, 2018). Aile merkezli bakımın birçok temel ilkesi bulunmaktadır. Bu ilkeler; her bakım kararında aile ve hastanın yer alması, bakım verirken hastalık yerine bireylere odaklanmak, hasta ve ailesini kendi değer ve ihtiyaçları konusunda uzman olarak görmek, profesyoneller, hasta ve aile arasında karşılıklı saygıya dayanan iş birliği ilişkisinin geliştirilmesidir (MacKean, Spragins, L'Heureux, Popp, ve ark., 2012). Aile odaklı modelde ise, profesyoneller aileleri profesyoneller tarafından tanımlanan ve ailelere sunulan seçenekleri uygulayan kişiler olarak görmektedir (Espe-Sherwindt, 2008). Aile merkezli bakımda; hasta ve aile kendi ihtiyaçları konusunda uzman olarak görülürken, aile odaklı yaklaşımda profesyoneller uzman olarak görülmektedir. Aile merkezli bakımda *ailenin sürece getirmiş olduğu güce* odaklanılırken, aile odaklı bakımda aile bu yönüyle yalnızca *bilgi kaynağıdır*. Aile merkezli bakımda müdahalenin amacı hasta ve aileyi güçlendirmek iken, aile odaklı yaklaşımda profesyoneller tarafından tanımlanan tedavinin uygulanmasıdır (MacKean, Spragins, L'Heureux, Popp, ve ark., 2012).

2.6.2. Aile Hemşireliği ve Aile Sistemleri Hemşireliği

Aile hemşireliği ve aile sistemleri hemşireliği birbirinden farklı iki kavram ve uygulamadır. Aile hemşireliğinde hemşirelik amaçları bireylere odaklıdır. Hasta bireyler dışındaki bireylerin işlevi hastadaki değişim için destekleyici ağdan biri olmalarıdır (Friedemann, 1989). Aile hemşireliğinde odak, yalnızca hasta ya da yalnızca aile bağlamında ele alınabilir. Kavramsallaştırılırsa, bu yaklaşıma göre *aile bağlamında bireye* odaklanılabileceği gibi, *birey bağlamında aileye* de odaklanılabilir. Diyabeti olan bir hasta bireyin ailesi ile yapılan görüşmede aileye hastanın diyabeti ve bununla ilişkili diyet durumu vb. hakkındaki görüşlerinin sorulması

örnek olarak verilebilir. Bu örnekte, görüşme aile ile yapılsa da odak hastadır. Tam tersi bir uygulama olarak, kalp krizi geçiren bir hastanın aile üyeleri ile bu sürecin onlara etkisi ile ilgili görüşmek ise bağlamın aile olduğu bir aile hemşireliği uygulaması örneğidir (Wright & Leahey, 1990).

Aile sistemleri hemşireliği kavramı; ise ilk kez 1980 yılında aile birimine yönelik hemşirelik müdahalelerini ayırt etmek için Lorraine Wright ve Maureen Leahey tarafından kullanılmıştır (Bell, 2009). Bu yaklaşım aile hemşireliğinden farklı olarak, bakım birimi olarak *tüm aileye* odaklanır. Aile sistemleri hemşireliği temelinde yer alan sibernetik, iletişim ve hemşirelik gibi birçok kavramın entegrasyonundan oluşan çok boyutlu bir modeldir (Wright & Leahey, 1990; Wright, Watson, & Bell, 1990). Aile sistemleri hemşireliğinin odak noktası sağlığın sürdürülüp, iyileşmenin desteklenmesidir. Aynı zamanda, kişilerarası ilişkilerin sağlık ya da hastalık üzerindeki etkisine vurgu yapılmaktadır (Bell, 2009).

Aile sistemleri hemşireliği, sistem süreci ya da sistemin yapısını değiştirmeyi amaçlar. Bu değişimler birey ve aile etkileşim sistemine yönelik yürütülen hemşirelik müdahaleleri ile sağlanır (Friedemann, 1989). Bu yaklaşımı benimseyen hemşire öncelikle bu sistemlerin değerlendirmesini yaparak uygulayacağı müdahaleye karar verir. Bu yaklaşım hiyerarşik düzenden ziyade iş birliği içerisindeki birey ya da aile arasındaki *ilişkide* gerçekleşir (Bell, 2009). Aile hemşireliği tüm hemşirelik alanındaki disiplinler tarafından uygulanabilirken, aile sistemleri hemşireliği uygulamaları farklı uygulama becerilerini gerektiren psikiyatri hemşireliği uzmanlığını gerektirmektedir (Friedemann, 1989).

2.7. Kavramsal Çerçeve

2.7.1. Calgary Aile Değerlendirme ve Müdahale Modelinin Teorik Temelleri

Hemşirelik teori ve modelleri, hemşirelerin klinik bakımda farklı bakış açısı ve yaklaşımları anlamasına yardımcı olmaktadır. Son dönemde aile hemşireliği ve aileyi bakıma dâhil eden teoriler de literatürde sıkça belirtilmektedir. Temelini sistem teorisinden alan “Aile Sistem Hemşireliği”nde hem hasta birey hem de aile bir bütün olarak ele alınmaktadır. Aile sistem hemşireliği Calgary Ailesi Değerlendirme Modeli (CADM) ve Calgary Ailesi Müdahale Modeli (Camm) ile geliştirilmiştir (Denham, Eggenberger, Young, & Krumwiede, 2015, sf: 32).

Model Wright ve Leahey tarafından geliştirilmiş ve hem aile değerlendirme modeli hem de müdahale modeli olarak iki ayrı modeli içermektedir. Modeli geliştiren kişilerin kendi klinik

gözlem ve uygulamaları (deneyimleri) ve bu alandaki meslektaşları ve hemşirelik öğrencilerinin süpervizyonlarından ortaya çıkmış bir model olması, Calgary Aile Değerlendirme ve Müdahale Modeli'ni diğer modellerden ayıran bir yönüdür. Model bu yönüyle uygulamaya dayalı kanıt niteliği de barındırmaktadır. Calgary Aile Değerlendirme Modeli ilk olarak 1984' te açıklanmıştır. Daha sonra modele Calgary Aile Müdahale Modeli de eklenmiştir (Leahey & Wright, 2016). Calgary Aile Değerlendirme Modeli, ailenin gelişimsel aşamaları, yapısı ve işlevlerini değerlendirmeye katkı sağlayarak hemşirelere rehberlik ederken, Calgary Aile Müdahale Modeli ise ailenin işlevselliğini destekleyen dayanıklılığa dayalı bir modeldir (Denham, Eggenberger, Young, & Krumwiede, 2015, sf: 168). Modelin altı teorik temel ve dünya görüşü; postmodernizm, sistem teorisi, sibernetik, iletişim teorisi, değişim teorisi ve biliş (cognition) biyolojisi.

2.7.1.1. Postmodernizm

Modern görüş, günümüzdeki aydınlanmış olarak tabir edilebilecek tüm görüşlerin öncesinde yer alan tüm görüşleri içermektedir. Modeli geliştiren Wright ve Leahey' de postmodern görüşten etkilenmiştir ve bu görüş modelin yapısındaki hemşirelik uygulamalarında da etkisini göstermiştir. Bu görüşte iki anahtar noktaya değinilmiştir. Bunlardan birisi “çoğulculuk” diğeri ise “bilgi” dir. Çoğulculuk kavramı ile anlatılmak istenen çeşitliliklere ve farklılıklara olan saygıdır. Aileyi ele alırken doğrusal tek bir bakış açısı ile bakmak yerine, her bireyin ve ailenin farklılık taşıyabileceği anlayışı ile yaklaşmak önem taşımaktadır. Bilgi kavramı ile hastalık sürecini deneyimleyen ailelerle çalışırken ailenin yalnızca tıbbi öyküsüne odaklanmak yerine ailenin deneyimine odaklanmak vurgulanmaktadır. Burada aile ile hemşirenin kurduğu iş birliği ilişkisel hemşireliğin temelidir (Wright & Leahey, 2009; Wright & Leahey, 2013).

2.7.1.2. Sistem Teorisi

Genel Sistem Teorisi Bertalanffy (1968) tarafından ele alınan “bütüncüllük” ile ilgili bir bilimdir. Sistem kavramı genel tanımı ile birbiri ile etkileşim halinde olan yapılar olarak belirtilmektedir. Tüm canlı sistemler açık sistem olarak tanımlanmıştır (Bertalanffy, 1968). Aile de açık bir sistemdir ve bu modelde sistem teorisinin ilkeleri aileye yapılandırılmıştır. Buna göre;

- ✚ Aile büyük bir sistemdir ve birçok alt sistemi içerisinde barındırmaktadır. Aynı zamanda bir sistem olarak aile alt sistemdeki parçalarının toplamından daha büyüktür.
- ✚ Birbirine bağlı ve etkileşim halinde oldukları için bir aile üyesinde değişim olduğu durumda bu durumdan tüm sistem yani tüm aile etkilenmektedir.

- ✚ Canlı sistemlerde de tıpkı kapalı sistemler gibi değişim ve denge bir arada olabilmektedir. Ailede bir değişim ya da karmaşa durumu meydana geldiğinde sistem yeniden kendisini dengeye alabilir.
- ✚ Aile içinde üyelerin davranışları dairesel bir bakış açısı ile anlaşılabilir. Buradaki önemli nokta, aile içindeki bir durumun nedenini tek bir olaya bağlayacak doğrusal bir bakış açısından ziyade, bu sürecin karşılıklı bir etkileşim süreci olduğunun farkına varılmasıdır (Wright & Leahey, 2009; Wright & Leahey, 2013).

2.7.1.3. Sibernetik

Sibernetik, sistem ile çevre (environment) arasındaki iletişime dayalı bir kontrol sistemleri teorisidir. Aynı zamanda sistemin çevre ile ilgili işlevinin kontrolünü (geribildirim) de sağlamaktadır. Açık sistemler ile sibernetik kavramı birbiri ile yakından ilişkilidir. Açık sistemlerde sistemin kendi parçaları arasında dinamik bir etkileşim vardır. Sibernetik modelinin temelinde ise geribildirim döngüsü ve bilgi vardır (Bertalanffy, 1968). Bu tanım ailelere uyarlandığında, genel sistem teorisine göre aile kendi içerisinde alt sistemleri barındırmaktadır. Sibernetik disiplini açısından ele alındığında bu alt sistemler birbiri ile etkileşim halinde birbirini etkileme ve değiştirip geliştirme yetkinliğine sahiptir. Bu gelişim süreci ise karşılıklı geribildirim süreci ile gerçekleştirilebilir (Wright & Leahey, 2009; Wright & Leahey, 2013).

2.7.1.4. İletişim Teorisi

Aile odaklı hemşirelik uygulamalarında iletişim en temel yapılardan biridir. Etkili iletişim ise, sorular sorulduğunda, sorulan sorulara uygun yanıtlar alınabildiğinde ve verilen mesajın anlaşılır olduğundan emin olunduğunda sağlanmaktadır (Denham, Eggenberger, Young, & Krumwiede, 2015, sf: 74). İletişim teorisinde vurgulanan temel boyut ise yalnızca sözel mesajlar değil, sözel olmayan boyutunun da taşıdığı önemdir. Buna göre sözel olmayan mesaj da anlam taşımaktadır. Bu yönüyle hemşirenin hasta ya da ailenin verdiği sözel mesajlar kadar beden diline ilişkin gözlemleri de içeren sözel olmayan mesajları da dikkate alması önemlidir (Wright & Leahey, 2013).

2.7.1.5. Değişim Teorisi

Değişim, aile hemşireliğinin felsefesinde yer alan kavramlardan biridir. Ailenin bir problemle ilişkili davranışlarına yol gösteren ailenin o probleme ilişkin inanç sistemidir. Problemleri inanışlar ailenin problem çözme becerilerini de etkilemektedir. Bu konuda hemşirenin ailenin

problemini tanımlamaya ilişkin alternatif yollar sunması, değişimin başlangıç noktası olacaktır. Ailenin değişim yeteneği, problem algısını değiştirebilme yeteneğine bağlıdır. Bu nedenle ilk aşamada ailenin mevcut soruna ilişkin algısının ne olduğu anlaşılmalıdır (Wright, Watson, & Bell, 1990).

2.7.1.6. Biliş Biyolojisi

Modelde nesnel görüşe vurgu yapılmaktadır. Bu bakış açısına göre “nesnellik” ve “parantez içinde nesnellik” olarak iki kavram modelde açıklanmıştır. Buna göre varlıkların gözlemci bir varlıktan bağımsız olarak nesnel doğruları ve kararlılığı bulunmaktadır. Ortama bir gözlemci eklendiğinde (bu bir hemşire olabilir) bu nesnellik parantez içinde nesnellik olarak tanımlanmıştır. Bu durumda “gerçek” gözlemci tarafından ortaya atılandır. Hemşirelerin hastalık süreci ile başetmede aileleri parantez içinde nesnellığe yönlendirmesi gerekmektedir. Kısaca; herkesin görmüş olduğu dünya gerçek dünya değildir, ancak başkaları ile etkileşim içerisinde olduğumuzda gerçek dünyayı görebiliriz görüşü savunulmaktadır (Wright & Leahey, 2013).

2.8. Calgary Aile Değerlendirme Modeli

Calgary Aile Değerlendirme Modeli, 1984’den bu yana aile değerlendirmelerini çok boyutlu olarak ele alan bütüncül bir değerlendirme modelidir. Uluslararası Hemşireler Birliği (International Council of Nurses-ICN), modeli dünyadaki önde gelen dört aile değerlendirme modellerinden biri olarak görmüştür. Modelin yapısal, gelişimsel ve fonksiyonel olmak üzere üç kategorisi vardır. Her bir boyutta ailenin yapısal, gelişimsel ve fonksiyonel değerlendirmesi ele alınmaktadır (Levac, Wright, & Leahey, 1997; Wright & Leahey, 2013).

2.8.1. Yapısal Değerlendirme:

Ailenin yapısal olarak değerlendirilmesinde ailenin kimlerden oluştuğu ve bu üyeler arasındaki bağlantının (bağlam) ne olduğu değerlendirilir. Yapısal değerlendirme içyapı, dış yapı ve bağlamın değerlendirilmesini içerir. Ailenin içyapısında cinsiyet özellikleri, sınırlar, alt sistemler, cinsel yönelim gibi değişkenler değerlendirilirken; dış yapıda geniş aile özellikleri ve daha büyük sistemlerle olan etkileşim değerlendirilir. Bağlam, bir durum ya da kişilikle ilişkili geçmiş olarak tanımlanmıştır. Bağlam değerlendirmesi ise ırk, etnik köken ve maneviyat, din gibi değişkenlerin değerlendirilmesini içerir. Yapısal değerlendirme aracı olarak genogram kullanılabilir (Levac, Wright, & Leahey, 1997; Wright & Leahey, 2013).

2.8.2. Gelişimsel Değerlendirme:

Aile gelişimi, aile yapısının önemli bir parçasıdır ve oldukça kapsamlı bir kavramdır. Yaşam içerisinde ailenin deneyimlemiş olduğu birçok deneyim ile gelişim şekillenir. Her ailenin genel bir yaşam döngüsü vardır. Bu döngü doğum, çocuğun okula başlaması, evlilikler gibi yaşam olaylarını içerebilir. Bu dönemlerde özellikle aile içinde rollerin ve sorumlulukların iyi belirlenmesi gerekmektedir (Levac, Wright, & Leahey, 1997; Wright & Leahey, 2013).

2.8.3. Fonksiyonel Değerlendirme

Fonksiyonel değerlendirme, aile üyeleri ve ailenin işlevi arasındaki etkileşimin değerlendirildiği alandır. Bu alan enstrümental ve dışavurumsal işlevin değerlendirilmesini içermektedir. Enstrümental işlev alanında değerlendirme ailenin günlük yaşam rutinlerinin değerlendirilmesidir. Bunlar yemek, uyku vb. olabilir. Hastalık durumlarında bu enstrümental işlevlerde değişim meydana gelmektedir. Dışavurumsal işlev alanında hemşire ailenin üyeleri arasındaki etkileşime odaklanır, ailenin güçlü yanları ve sınırlıkları değerlendirilir. Dışavurumsal işlevde değerlendirilen parametreler duygusal, sözel ve sözel olmayan iletişim, problem çözme, roller, etki ve güç, inançlar gibi değişkenlerdir.

2.9. Calgary Aile Müdahale Modeli

Calgary Aile Müdahale Modeli (CAMM) hemşirelik alanındaki ilk aile müdahale modelidir. Bu modelin temel odak noktalarından birisi ailenin işlevsel olmayan yanları yerine ailenin güçlü yanlarına odaklanmasıdır (Denham, Eggenberger, Young, & Krumwiede, 2015). Bu yönüyle dayanıklılığa temelli bir modeldir. Calgary Aile Müdahale Modeli aile işlevselliğini üç alanda iyileştirme, geliştirme ve sürdürmeye odaklanır. Bu üç alan bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlardır. Modelde hemşire ailenin işlevsellik alanlarına odaklanarak müdahalelerini uygular. Hemşire ve aile, iş birliği içerisinde terapötik etkileşimler içerisinde “uyum” alanları ya da “etkililik” alanlarını keşfetmek için birlikte çalışırlar (Şekil 1) (Wright & Leahey, 2013).

Hemşire Tarafından Yürütülen Müdahaleler	
Aile İşlevsellik Alanları	Bilişsel
	Duygusal
	Davranışsal
“Uyum” ya da “Etkililik”	

Şekil 1. Calgary Aile Müdahale Modeli Aile İşlev Alanlarının Kesişimi ve Müdahaleler

Modelin sekiz dile çevirisi yapılmış, 26'dan fazla ülkenin eğitim müfredatı ve müdahale araştırmalarında kullanılmıştır (Leahey & Wright, 2016). Svavardottir (2008) İzlanda'da bir üniversite hastanesinde bir proje kapsamında yapmış oldukları çalışmada; aile sistem hemşireliğinin kurumsal düzeyde uygulama aşamalarını açıklamıştır. İlk aşamada dört yıllık bir uygulama programı için bir yönetim komitesi oluşturulmuştur. Bu komite beş üyeden oluşmuştur. Bu üyeler üç yönetici hemşire, bir proje yöneticisi ve üniversitenin aile hemşireliği alanından bir profesördür. İlk aşamada; ön değerlendirme ve modelin uygulanabilirliği incelenmiştir. Oluşturulan komite modelin uygulanabilir olduğunu belirtmiştir. Aile hemşireliğinde lider hemşireler uygulamalarında genogramı kullanmaya başlamış ve “15 dakikalık aile hemşireliği görüşmesi” ne dayanarak ailelere müdahaleler sunulmaya başlanmıştır. Üçüncü aşamada lider hemşireler bir grup olarak teorik eğitimi tamamladığında, onlara bir sertifika verilmesi ve böylece bu sertifikayı alan lider hemşirelerin, komite ile birlikte hemşireleri eğitme konusunda rol alması planlanmıştır. Eğitim ve klinik alandaki seminerler iki günü alacak biçimde toplam sekiz saatte tamamlanmıştır. Dördüncü aşama olan son aşamada hastanenin belirlenen birimlerinde uygulama aşamasına geçilmiştir. Bu uygulamanın tüm birimlerde uygulanır olmasının dört yılı alacağı öngörülmüştür (Svavardottir, 2008).

Bu dört yıllık sürecin sonunda Svavarsdottir ve arkadaşları (2012) yapmış oldukları başka bir çalışmada Landspítali Üniversitesi'nde Calgary Aile Değerlendirme ve Müdahale Modeli'ne dayalı kısa dönemli terapötik iletişim müdahalesinin etkililiğini akut ve kronik hastalığı olan çocukların ailelerinde değerlendirmeyi amaçlamışlardır. Araştırmanın sonunda akut hastalığı olan bireylerin yer aldığı deney grubunda kontrol grubu ile karşılaştırıldığında algılanan aile desteği puanları müdahale grubunda anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Akut hastalık grubunda algılanan bilişsel destek puanları anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur, fakat algılanan duygusal destek puanları arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Kronik rahatsızlığı olan bireylerin yer aldığı grupta algılanan destek açısından deney ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Svavarsdottir, Tryggvadottir, & Sigurdardottir, 2012).

2.9.1. Aile Görüşmeleri Aşamaları

Calgary Aile Müdahale Modeli'nde hemşire ile aile arasındaki terapötik etkileşimin 4 temel aşaması vardır. Bu aşamalar; Etkileşim (Engagement), Değerlendirme (Assessment), Müdahale (Intervention) ve Sonlandırma (Termination) şeklindedir.

2.9.1.1. Etkileşim (Engagement) Aşaması

Bu aşama aile ile terapötik etkileşimin başlatıldığı ilk aşamadır ve kurulan ilk bağlantıdır.

Bu aşamanın amaçları;

- ✚ Aile ile karşılıklı güven ve iş birliğine dayalı olumlu bir ilişkinin kurulması,
- ✚ Aile üyelerinin önceden edinmiş olduğu deneyimlerden bu ilişkiye kazandıracağı gücün ve kaynakların farkındalığını kazanmak,
- ✚ Terapötik ilişki içerisinde ortaya çıkabilecek yanlış anlaşılmaları önlemektir (Levac, Wright, & Leahey, 1997).

Hemşirenin sabırlı ve iş birliğine açık bir tutum sergilenmesi bu aşamada önemli bir tutumdur. Hemşire, bu aşama ve sonrasında uzmanlık deneyimini ortaya koymaktadır. Bu aşamada önemli noktalardan biri olarak ailenin de kendi uzmanlık deneyiminin de göz ardı edilmemesidir. Ailenin hastalık süreci ile ilgili edinmiş olduğu deneyimler de ailenin uzmanlık alanıdır. Bu aşamada aile ile hemşirenin önceden getirmiş oldukları deneyimler etkileşim aşamasında birleştirici etki niteliğindedir.

2.9.1.2. Değerlendirme (Assessment) Aşaması

Bu aşama aile için problemin ne olduğunun tanımlandığı aşamadır. Bu tanımlamada önemli olan yalnızca problemin ne/neler olduğunun değil, ailenin güçlü özelliklerinin de listelenmesidir. Bu aşama tamamlanan bir aşama değil, sürecin devam eden bir parçasıdır. Bu aşama için hemşirenin algısal, kavramsal ve yönetsel becerilerlerinin güçlü olması gerekmektedir. Hemşirenin algısal becerileri; terapötik süreçte gelişen durumları gözlemleyebilme becerileri, kavramsal becerileri; bu gözlemleri anlamlandırabilme becerileri, yönetsel becerileri ise bu anlamlandırılan gözlemlerin terapötik görüşme sürecine aktarılma ve yansıtılması ile ilişkili becerilerdir.

2.9.1.3. Müdahale (Intervention) Aşaması

Bu aşama aileler ile birlikte yürütülen klinik çalışmanın en temel aşamasıdır. Bu aşamada yürütülen müdahalelerde aile işlevselliğinin bilişsel, duygusal ve davranışsal alanlarına odaklanılır. Bilişsel, duygusal ve davranışsal alanda bir değişim meydana geldiğinde, bu değişim ailenin iç dinamiklerini de etkilemektedir (Wright & Leahey, 2013).

2.9.1.3.a. Aile Fonksiyonunun Bilişsel Alanında Değişim İçin Müdahaleler

Bilişsel alana yönelik müdahaleler yaşanan belirli bir sağlık sorunu konusunda aileye yeni fikir, düşünce ve bilgi sağlamaktadır. Bu alanda yer alan müdahalelerin amacı ailede bilişsel alanı etkileyerek işlevselliğini olumlu yönde etkilemektir. Bu alanda yer alan müdahaleler; ailenin güçlü yanlarını överek ailenin bu yönlerini ortaya çıkarma ve aileye bu konuda farkındalık kazandırma, aileye ihtiyacı olan noktalarda bilgi ve görüş vermektir.

Övgü veya ailenin/aile üyesinin olumlu yönlerini övmek modelin temelinde olan dayanıklılık ilkesine temellenmektedir. Hastalık ve bununla mücadele etme sürecinde aileler kendilerinin sahip olduğu gücün ya da başardıklarının farkında olamayabilir. Bu noktada farkedilen olumlu yönlerin her görüşmede vurgulanması önemlidir.

Ailenin hastalık sürecinde sağlık profesyonellerinden edineceği bilgi ihtiyacı da gündeme gelmektedir. Sağlık profesyonellerinden edinilen bilgi onlara güven vereceği gibi stres seviyelerini de azaltmaktadır (Wright & Leahey, 2013).

2.9.1.3.b. Aile Fonksiyonunun Duygusal Alanında Değişim İçin Müdahaleler

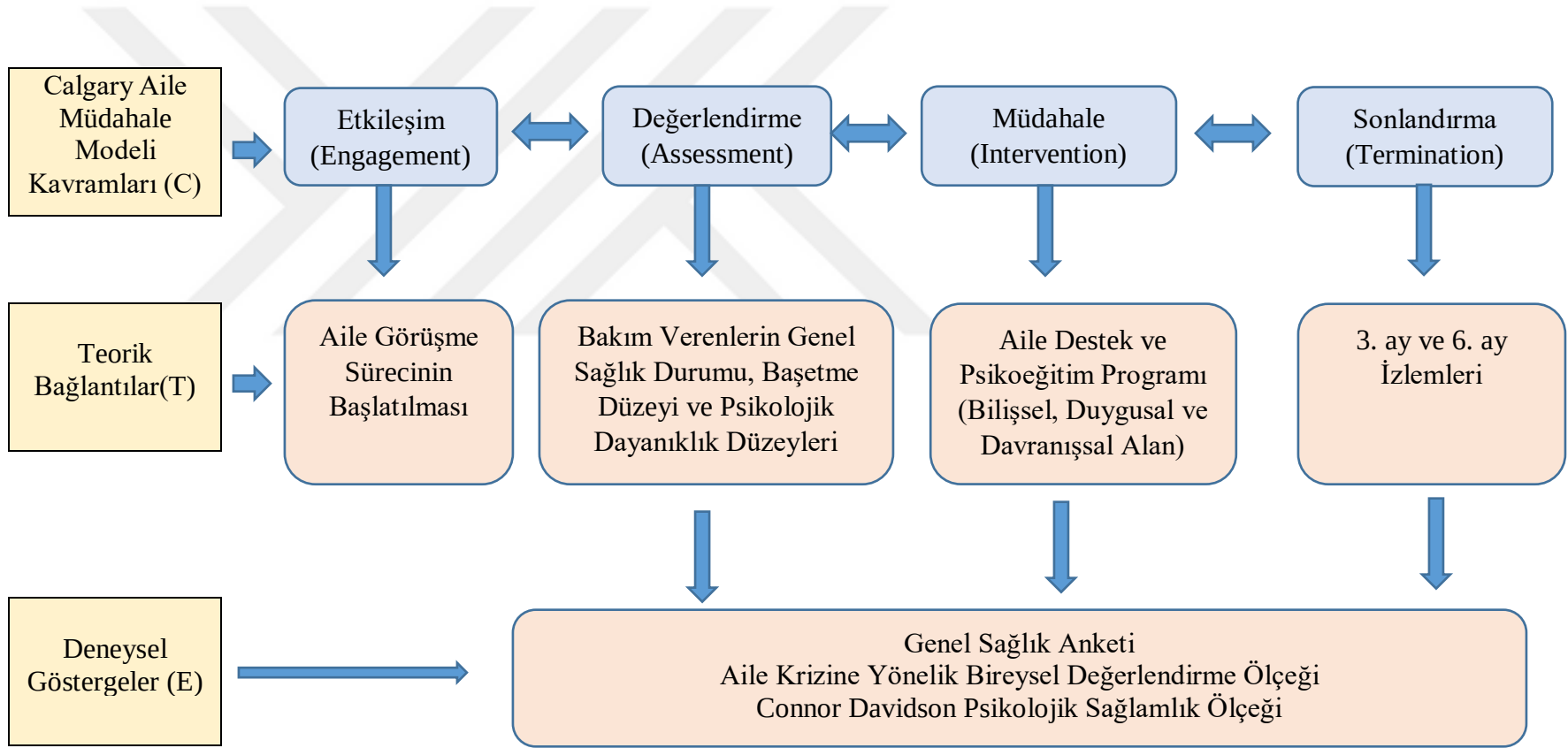
Bu alanda yürütülen müdahaleler ailenin duygusal alandaki işlevselliğini etkileyen yoğun duyguların azaltılmasına yöneliktir. Ailenin vermiş olduğu duygusal yanıtları hemşirenin kabullenmesi ve kendisi tarafından bunların onaylandığı ve kabullenildiğinin aileye yansıtılması, ailenin öyküsünü anlatması konusunda cesaretlendirmek ve ileri aile desteği bu alanda yürütülebilecek müdahaleler arasındadır. Ailenin hastalık öyküsünü anlatırken dikkat edilmesi gereken nokta, aileye kendi deneyimlerini, yaşantılarını anlatması için desteklemektir. Tıbbi öykü biçiminde bir aktarım yerine, ailenin bu süreçte güçlendiği, dayanıklılık kazandığı noktalara odaklanmasına yönlendirilir.

2.9.1.3.c. Aile Fonksiyonunun Davranışsal Alanında Değişim İçin Müdahaleler

Bu alanda yürütülen müdahaleler ailelerde davranış değişimini hedefleyen müdahalelerdir. Bu müdahalelerin içerisinde bakım veren desteği konusunda dengenin sürdürülmesi, kendilerine zaman ayırma konusunda aile üyelerini teşvik etme ve bireysel yaşam rutinlerini sürdürmek yer almaktadır. Bakım verenler özellikle kronik bir hastalık durumunda kendilerini ve kendi yaşamlarını geri planda tutabilmektedir. Bu noktada bakım verenlerin kendilerine zaman ayırma, günlük rutinlerin oluşturulması ya da diğer aile üyeleri ile bunların görev paylaşımının yapılması konusunda desteklenmesi gerekmektedir (Wright & Leahey, 2013).

2.9.1.4. Sonlandırma (Termination) Aşaması

Bu aşamada terapötik sonlandırma; ailelerin gelecekte karşılaşılabileceği sorunlara ilişkin problem çözme becerilerine ilişkin yeni anlayışlar geliştirerek/kazanarak terapötik sürecin sonlandırılmasını içermektedir (Wright & Leahey, 2009, Wright & Leahey, 2013). Ailelerle bir klinik çalışmayı sonlandırmak başlatmak kadar önemlidir. Sonlandırma aşamasında aileler, hem sağlık durumlarını, ilişkilerini yönetme becerileri kazanmalı hem de kendilerinde olan içsel güç ve kaynaklarını keşfedebilmelidir. Sonlandırma kararını verirken sorunun tamamen çözülmesi ya da iyileştirilmesi zorunlu değildir. Tam tersi ailenin sorunlarla yaşama becerisi ve azalmış duygusal etkiler sonlandırma kararının belirleyicisidir. Eğer etkileşim, değerlendirme ve müdahale aşamaları sorunsuz bir şekilde yürütülmüş ise, bu aşama da başarılı bir şekilde yürütülür. Aileden yeni çözüm önerileri geliyor ve aile işlevlerinde farklılık oluyorsa sonlandırma aşamasına geçilebilir. Çünkü bu farklılıklar değişimin başladığının göstergesidir (Wright & Leahey, 2004). Şekil 2’de modelin bakım veren aileler ile yürütülen araştırma entegrasyonu belirtilmektedir.



Şekil 2. Modelin Kavramsal Yapısı

2.9.2. Calgary Aile Müdahale Modeli ve Araştırma Sürecinde Kullanımı

Kronik ruhsal hastalığa bakım veren ailelere yönelik yürütülen bu müdahale araştırmasında, kronik ruhsal hastalığı olan bakım veren aile üyelerine yönelik oluşturulan programda bakım verenleri desteklemede Calgary Aile Müdahale Modeli (CAMM) kullanılmıştır. Calgary Aile Müdahale Modeli 'ne göre terapötik sürecin dört temel aşaması vardır. Bu aşamalar; Etkileşim, Değerlendirme, Müdahale ve Sonlandırma aşamasıdır. İlk aşama olan etkileşim aşamasında hemşire, aile ile terapötik ilişkiyi başlatmaya ve sürdürmeye yönelik becerilerini kullanmaktadır. Bu aşamaya yönelik ruhsal hastalık yaşayan ailelerin bakım verenleri ile yüzyüze veya telefonla iletişim başlatılmış ve bakım veren aile üyesini desteklemek amacıyla oluşturulan destek grup hakkında bilgilendirilmiştir. Grup sürecinde yer almaya istekli bakım verenler ile süreç içerisinde de etkileşim sürdürülmüştür.

İkinci aşama olan değerlendirme aşaması problemlerin tanımlanması ve güçlü yönlerin ortaya çıkarılmasını içermektedir (Wright & Leahey, 2009). Bu aşama bakım veren ile etkileşimin başladığı ilk andan itibaren başlamış ve süreç içerisinde de devam etmiştir. Bakım verenler hastalık süreci, yaşamış oldukları güçlükler, süreçte edinmiş oldukları kazanımlarını hem yönlendirici hem de grubun üyeleri ile paylaşmışlardır. Modelin bu aşamasında her aile kendi öyküsünü ortaya koymaktadır. Bakım verenlerin kendi yaşamlarının bir parçası olan hastaları ve kendilerine ait öykülerini grup üyeleri ile paylaşımlarını sağlayıcı ortam sağlanmış ve sürdürülmüştür. Süreç içerisinde paylaşılan öyküler bazen bir kayıp öyküsü, zaman zaman ise umuda ilişkin bir öykü olarak ortaya çıkmıştır. Modelin bu aşamasında yalnızca bu paylaşımların bile kendi başına terapötik bir eylem olduğu vurgulanmaktadır. Aynı zamanda bu aşama tamamlanmayan ve sürekli devam eden bir aşamadır.

Üçüncü aşama olan müdahale aşaması; ailenin ya da aile üyesinin küçük ya da önemli değişimler için bağlam oluşturabileceği temel aşamalardan biridir. Bu aşamada bakım verenler ile problem çözme becerileri, duygularını “ben dili” ile ifade etme ve refleksin uygulaması yapılmıştır. Refleksin uygulamasında bakım verenlerin grup ile birlikte ortak belirlediği bir problem refleksin basamakları doğrultusunda analiz edilmiştir. Önce problemin adı bakım verenler tarafından belirlenmeye çalışılmış, yönlendirici desteği ile kendileri ile ilişkilendirerek sorunun ne olduğu belirlenmiştir. Daha sonra sorundan etkilenenler belirlenmiş, her etkilenen kişinin duyguları ve düşüncelerinin neler olabileceği üzerinde tartışılmıştır. En son basamakta eylem planı olarak çözüm seçenekleri listelenmiştir. Modelin aşamaları ile paralel olarak grup oturumlarında da

önceki oturuma dönme, bir sonraki oturumun konusu ile ilgili soruları oturuma taşıma gibi geriye ya da ileriye gidişler de grup sürecinde deneyimlenmiştir. Her aşama değerlendirme aşamasını da kapsamıştır.

Sonlandırma aşaması; bakım veren ya da ailede yeni anlayışlar edinerek terapötik ilişkinin sonlanmasını içermektedir (Wright & Leahey, 2009). Bu aşama, altıncı ay izlemleri ile birlikte tamamlanmıştır. Tablo 2’de uygulanan müdahalenin içeriğinin modelin değişkenleri ile ilişkilendirilerek açıklanmış tablosu yer almaktadır (Tablo 2).



Tablo 2. CAMM Basamakları Doğrultusunda Aile Destek ve Psikoeğitim Programı

Aşamalar	İçerik	Müdahaleler
Etkileşim Aşaması	Terapötik sürecin başlatılması İşbirliğine açık bir tutum	Telefon veya yüz yüze hem klinik hem de poliklinikten etkileşimin başlatılması, program hakkında ailelere bilgi verilmesi
Değerlendirme Aşaması	Problemin tanımlanması Güçlü yanların belirlenmesi	Ailelerin kronik ruhsal hastalık süreçlerinde deneyimleri ile ilgili kalitatif çalışmanın yürütülmesi ve ihtiyacın belirlenmesi- programın oturumlarının içeriğini oluşturulması Metaforlar (hırçın dalgalar, eşek benzetmesi)
Müdahale Aşaması	Bilişsel alana yönelik müdahaleler	Kronik ruhsal hastalıkların doğası, tedaviler ve yaklaşımlar konusunda bilgi verme (psikoeğitim) Ailenin yararlanabileceği bilgiyi içeren kalitatif çalışma sonucu ve literatür doğrultusunda hazırlanan el kitapçığı Ailelerin olumlu yönlerine geribildirimler verme Reflektif sürece dayalı problem çözme uygulamaları
	Duygusal alana yönelik müdahaleler	Ailenin deneyimlerinin ve yoğun duyguların paylaşımı Grup üyeleri tarafından destek, başardıklarına yapılan vurgu
	Davranışsal alana yönelik müdahaleler	Molaların desteklenmesi Ev ödevleri (ilaçlar oturumundan önce ilaçların yazılması)
Sonlandırma Aşaması	Sonuçların değerlendirilmesi	3. ve 6. aylarda ailelerle yüz yüze ya da telefonla son görüşmelerin yürütülmesi

ARAŞTIRMANIN BİRİNCİ AŞAMASI

Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği'nin Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması

3.1. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1.1. Araştırmanın Tipi

Bu çalışmanın birinci aşaması metodolojik araştırma tasarımıdır.

3.1.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Haziran 2017- Şubat 2019 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Psikiyatri Kliniği ve Polikliniği, Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Şizofreni Dayanışma Derneği'nde yürütülmüştür.

3.1.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Psikiyatri Kliniği ve Polikliniği, Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Şizofreni Dayanışma Derneği'nde kayıtlı hastaların yakınları oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Psikiyatri Kliniği ve Polikliniği, Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Şizofreni Dayanışma Derneği'ne kayıtlı ve örneklem alım ölçütlerini karşılayan bireyler oluşturmuştur. Literatürde örneklem büyüklüğü için çeşitli kurallar önerilmektedir. Bunlardan birisi 10'lar ve 100'ler kuralıdır. 10'lar kuralına göre değişken başına en az 10 katılımcıya ulaşılmalıdır. 100'ler kuralına göre ise değişken başına beş katılımcı olmalı ya da en az 100 kişiye ulaşılmalıdır (Şencan, 2005; Tavşancıl, 2014). Bu nedenle örnekleme alınacak birey sayısı ölçek 30 maddeden oluştuğu için 150 olarak belirlenmiştir. Araştırmaya 153 bakım veren birey dâhil edilmiştir.

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

- ✚ Okuryazar olma
- ✚ 18 yaş üstünde olma
- ✚ Kronik ruhsal hastalığı olan (bipolar afektif bozukluk, şizofreni, şizoafektif bozukluk) bireyin bakımından sorumlu olmak

Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

- ✚ Hasta ve bakım veren arasında akrabalık ilişkisi olmaması ve bakım verenin ücret karşılığı bakım vermesi

3.1.4. Çalışma Materyali

Araştırma çalışma materyali içermemektedir.

3.1.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın ilk aşaması metodolojik araştırma olduğu için değişken içermemektedir.

3.1.6. Veri Toplama Araçları

Veriler Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formu, Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu ve Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği ile toplanmıştır. Her üç veri toplama aracı da öz bildirime dayalı veri toplama araçlarıdır. Bakım verenler ölçekleri nasıl dolduracakları ile ilgili önceden bilgilendirilmişlerdir. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği'ni doldurmak için gerekli olan minimum süre 10 dakika, maksimum süre ise 15 dakikadır.

3.1.6.1. Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formu

Bakım vereni tanıtıcı özellikler formu hastanın bakım verenine ilişkin tanıtıcı bilgileri içermektedir. Bu form yaş, cinsiyeti, eğitim durumu, bakım verme süresi, bakım veren yakınlık derecesi, çalışma durumu gibi bakım veren bireyin tanıtıcı bilgilerini içermektedir (Ek 1).

3.1.6.2. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu

Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu hastaya ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren bir formdur. Hastanın tanısı, yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, medeni durumu gibi değişkenleri içermektedir (Ek 2).

3.1.6.3. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği

Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği (Family Crisis Oriented Personal Scales, F-COPES) aile baş etmesini ölçmek amacıyla McCubbin ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen 30 maddelik likert tipi bir ölçektir (Ek 3). McCubbin ve arkadaşlarının (1983) teorisine göre ailelerin başetme becerileri iyileştikçe, stresli yaşam olaylarına daha kolay uyum sağlamaktadırlar. Ölçek aile etkileşiminin iki düzeyine odaklanmaktadır:

- 🌈 Kendi içerisinde aileyi etkileyen zor ya da problemlili durumların nasıl üstesinden geldikleri,
- 🌈 Ailenin dışarıdaki ortamlardan kaynaklı aileyi etkileyen zor ya da problemlili durumların nasıl üstesinden geldikleridir.

Ölçek beşli likert tipindedir. Değerlendirme şekli şu şekildedir: 1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Kısmen Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Kısmen Katılıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum. Orijinal ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar;

- ✚ Sosyal destek edinme (9 madde)
- ✚ Yeniden anlamlandırma (8 madde)
- ✚ Manevi destek arama (4 madde)
- ✚ Yardım almak için harekete geçmek (4 madde)
- ✚ Pasif değerlendirme (4 madde)

Sosyal destek alt boyutu 9 madde içermektedir ve ailenin arkadaş, diğer aileler ya da akrabalarından destek kazanma becerisini ölçmektedir. Yeniden anlamlandırma alt boyutu 8 maddeden oluşmakta ve ailenin stresli olayları yeniden tanımlama becerisini değerlendirmektedir. Manevi destek arama alt boyutu 4 maddeden oluşmakta ve ailenin manevi destek alabilme becerisini ölçmektedir. Yardım almak için harekete geçmek alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır ve ailenin toplumsal kaynaklara yönelme ve başkalarından gelecek yardımı kabul etme becerisini ölçmektedir. Pasif kabul alt boyutu 4 maddeden oluşmakta ve ailenin, tepkiselliği en aza indiren zor konuları kabul etme kabiliyetini ölçmektedir.

F-COPES puan değerlendirmesi yapılırken alt ölçekler hesaplanmakta ve toplanmaktadır. Ölçekten alınabilecek puanlar 30 ile 150 arasında değişmektedir. Ölçekte yer alan maddelerin bir kısmı puanlanırken tersine çevrilmesi gerekmektedir. Bu maddeler 12, 17, 26 ve 28. maddelerdir. Toplam puan ne kadar yüksek olursa, zor durumlar sırasında ailenin problem çözme ve davranış tepkilerinin o kadar iyi olduğu yönünde değerlendirilmektedir (Fischer & Corcoran, 2007; McCubbin ve ark., 1991) (Ek 3).

3.1.7. Araştırma Planı

Araştırmaya Mart 2017’de ölçeği geliştiren yazardan uyarlama izni alınması ile başlanmıştır (Ek 4). Ölçeğin kullanımı konusunda izin alındıktan sonra etik kurul ve kurum izinleri alınmış ve etik kurul onayı sonrası veri toplama sürecine geçilmiştir. Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilimdalı’nda izlenen hastaların bakım verenlerine ulaşmakla ilgili örnekleme erişim güçlükleri yaşandığı için Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilimdalı (Ek 5) ve İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği de (Ek 6) araştırmanın yürütüldüğü kurumlara eklenmiştir. Temmuz 2017 - Kasım 2018’ de veri toplama süreci tamamlanmış ve Şubat 2019’da araştırmanın yazımı tamamlanmıştır (Şekil 3).



Şekil 3. Araştırmanın Planı

3.1.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 15.0 (IBM Corporation, New York, United States) paket programı kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizinin değerlendirmesinde AMOS 25.0 paket programı kullanılmıştır. Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formu ve Hasta Tanıtıcı Özellikler

Formu'nun verileri sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma kullanılarak değerlendirilmiştir. Aile bağışmesini değerlendirmek amacı ile Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği'nin geçerlik ve güvenirlik incelemesi yapılmıştır. Geçerlik analizleri için; dil geçerliğinde çeviri-geri çeviri, içerik geçerliği için uzman görüşleri alınmış, yapı geçerliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Güvenirlik analizleri için Cronbach alfa güvenirlik katsayısı, madde toplam puan analizleri, test-tekrar test güvenirlik incelemesi yapılmıştır.

3.1.8.1. Birinci Aşama: Dil Geçerliği

İlk aşamada, ölçeğin dil geçerliğini sağlamak için çeviri-geri çeviri yöntemi kullanılmıştır. Literatürde, dil geçerliğini sağlamak için çevirmen seçimine dikkat edilmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Çevirmenler her iki dili de iyi bilmeli, çalışılan kültüre aşina olmalı ve ölçülen yapı hakkında bilgili olmalıdır (Deniz, 2007). Geçerliği incelenecek metin birbirinden bağımsız olarak en az iki kişi tarafından çevrilmelidir. Metin bağımsız olarak çevrildikten sonra, çeviriler anlamsal, dilbilimsel ve bağlamsal yönlerden karşılaştırılır ve iki metin tek bir metne dönüştürülür (Çapık, Gözüm, & Aksayan, 2018). Çalışmada birbirinden bağımsız alanda uzman üç fakülte üyesi tarafından ölçek maddelerinin Türkçe'ye çevirisi yapılmıştır. Tüm çeviriler incelenmiş ve ölçeğin Türkçe formu hazırlanmıştır.

İkinci aşama ise geri çeviri sürecidir. Bu aşamada ölçeğin Türkçe formu bağımsız bir çevirmen tarafından tekrar İngilizce diline çevrilmiştir. Geri çevirisi yapılan ölçek ile orijinal ölçek karşılaştırılmıştır. Aynı zamanda geri çevirisi yapılan ölçek formu, ölçek yazarına gönderilmiş ve yazardan uygun olduğuna dair geribildirim alınmıştır. Orijinal formu ile karşılaştırılarak ölçeğe son hali verilmiş ve dil geçerliği sağlanmıştır.

3.1.8.2. İkinci Aşama: İçerik Geçerliği

Bu aşamada alanında uzman 10 araştırmacıdan (dokuz öğretim üyesi ve bir klinisyen) maddelerin anlaşılabilirliği, Türk toplumuna uygun olup olmadığı ve maddelerin ölçülecek değişkene uygun olup olmadığını değerlendirmeleri istenmiştir. Uzmanlar değerlendirmelerini dörtlü derecelendirmesi olan bir form üzerinde (1: uygun değil, 2: biraz ilgili, 3: oldukça ilgili 4: son derece ilgili) yapmışlardır. Uzman değerlendirmesi üç puan ve altında ise uzmanlardan maddeye ilişkin uzman görüşü istenmiştir (Polit & Beck, 2006) (Ek 7). Uzman görüşleri tamamlandıktan sonra tek bir tabloda tüm uzman görüşleri birleştirilmiştir. Uzmanlar tarafından öneri belirtilen maddeler revize edilmiştir. Ölçeğe ilişkin içerik geçerliğini saptamada içerik geçerlik indeksi

kullanılmış olup ölçek içerik geçerlik indeksi ve madde içerik geçerlik indeksi değerlendirilmiştir. Ölçeğe ilişkin içerik geçerlik indeksi 0.96 olarak saptanmış, madde içerik geçerlik indeksi 27. madde dışında tüm maddelerde 0.80 üzerinde elde edilmiştir. Uzmanların önerileri ölçek maddelerinden 27. madde de “minister” kavramının anlaşılmadığı yönünde olmuştur. Bu konuda ölçek yazarı bilgilendirilmiş ve anlam açısından kültürel farklılık oluşturan ifade düzenlenmiş ve ölçekten çıkartılmamıştır. Ayrıca 14. ve 23. maddede yer alan dini hizmetlere yönelik ifadeler arasındaki ayrımın uzmanlar tarafından anlaşılmadığı belirtilmiştir. Bu konu da yazara iletilmiş ve ölçek yazarının açıklamaları doğrultusunda madde düzenlenmiş ve son hali verilmiştir. Uzman görüşleri doğrultusunda maddelere son hali verilmiş ve pilot çalışma aşamasına geçilmiştir (Tablo 3).

Tablo 3. İçerik Geçerlik İndeksi Sonuçları

Madde	UZMANLAR											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Toplam	M-İGİ
1.	X	X	-	-	X	X	X	X	X	X	8	0.80
2.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
3.	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	9	0.90
4.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
5.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
6.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
7.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
8.	X	X	-	X	X	X	X	X	-	X	8	0.80
9.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
10.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
11.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
12.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
13.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
14.	X	-	X	X	X	X	X	X	X	X	9	0.90
15.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
16.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
17.	X	X	X	-	X	X	X	X	X	X	9	0.90
18.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
19.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
20.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
21.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
22.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
23.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
24.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
25.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
26.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
27.	X	-	-	X	X	X	-	-	-	X	5	0.50
28.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
29.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
30.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	10	1.00
Toplam	30	28	27	27	30	30	29	29	29	30	9.61/10: 0.96	
Ö-İGİ	1.00	0.93	0.90	0.90	1.00	1.00	0.96	0.96	0.96	1.00		

3.1.8.3. Üçüncü Aşama: Pilot Çalışma

Uzman görüşleri sonrası son hali verilen ölçek örneklem ölçütlerini karşılayan 20 hasta yakını aile üyesine uygulanmıştır. Ön uygulama aşamasına dâhil edilen hasta yakınları, uygulama aşamasına dâhil edilmemiştir (Deniz, 2007; Şencan, 2005). Hasta yakınlarından ölçeği yanıtlamaları ve açıklık, anlaşılabilirlik açısından değerlendirmeleri istenmiştir. Hasta yakınları anlaşılmayan ve net olmadığını düşündükleri maddeleri ve önerilerini de ölçekte belirtmişlerdir. Ön uygulama sonrası önerilen değişiklikler yapılmış ve ölçeğe son hali verilmiştir (Ek 8).

3.1.8.4. Dördüncü Aşama: Psikometrik İnceleme

Geçerlik analizleri kapsamında; yapı geçerliği için açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Açıklayıcı faktör analizinde veri setinin faktör analizi için uygunluğu KMO (Kaiser Meyer Olkin) ve Barlett testi ile değerlendirilmiştir. KMO ölçütü; 0.90 ile 1.00 olduğunda mükemmel örneklem, 0.80 ile 0.89 arasında olduğunda çok iyi örneklem, 0.70 ile 0.79 arasında olduğunda iyi örneklem, 0.60 ile 0.69 arasında olduğunda orta örneklem olarak değerlendirilmektedir (Akgül, 2005). Bartlett testi, değişkenler arasındaki ilişkinin yüksek olduğunu ve veri setinin faktör analizi için uygun olduğunu göstermektedir (Beavers ve ark., 2013). Faktör rotasyon yöntemi olarak ortogonal rotasyon yöntemlerinden varimax rotasyon yöntemi kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi için AMOS 25.0 programı kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonrası model uyum indeksleri ve faktör yükleri değerlendirilmiştir. Uyum indekslerinden RMSEA değeri 0.05'in altındaysa, iyi bir uyum, 0.08'in altında ise kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir. χ^2 / df değeri 0 ile 2 arasında ise iyi bir uyum, 2 ile 3 arasında ise kabul edilebilir bir uyumu göstermektedir (Erkorkmaz, Etikan, Demir, Özdamar, & Sanisoğlu, 2013; Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008). Kritik n değeri, Hoelter istatistiği ile test edilmiştir.

Güvenirlik analizleri için, öncelikle dağılımının normalliği değerlendirilmiştir. Örneklem büyüklüğü 50 ve üzerinde olduğu için normallik Kolmogorov Smirnov testi ile değerlendirilmiştir (Seçer, 2017). Veri setinin normal dağılım özelliğini sağlamadığı bulunmuştur ($p < 0.05$). Bu nedenle homojenlik analizleri için Spearman korelasyon analizi kullanılmıştır. Ölçek üç hafta ara ile bakım verenlere uygulanmış ve test tekrar test güvenilirliği Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Cronbach alfa güvenilirlik katsayısı ile iç tutarlılık değerlendirilmiştir.

3.1.9. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Araştırmanın güçlü yanları ve sınırlılıkları bulunmaktadır. Araştırmanın güçlü yanlarından biri uyarılma çalışması yapılan ölçeğin kronik ruhsal hastalık sürecinde ailelerin problem çözme ve başetme becerilerini ölçen spesifik ve literatürde bir çok dilde geçerlik ve güvenilirliği yapılan bir ölçek olmasıdır. Bu yönüyle bu alanda yapılan benzer araştırmaları karşılaştırma fırsatı sunmakta ve aynı zamanda Türk kültüründe de kronik ruhsal hastalığa bakım veren ailelere yönelik önemli bir ihtiyacı da karşılamaktadır.

Bununla birlikte araştırmanın sınırlılıkları da bulunmaktadır. Araştırmanın önemli sınırlılıklarından biri örneklem büyüklüğüdür. Geniş örneklem büyüklüğü, örneklemden kaynaklanan hatayı azaltacağı için (Beavers ve ark., 2013), yeterli sayıda örneklem ulaşmak güvenilir bir faktör çözümlemesine ulaşmada büyük önem taşımaktadır. Sonuçların daha tutarlı olması için daha geniş örneklem büyüklüğüne ihtiyaç vardır. Mevcut çalışmada bakım verenlere ulaşma güçlüğü nedeniyle 153 bakım verene ulaşılmıştır. 153 bakım veren verisine ilişkin analiz sonucunda Hoelter indeksi değeri 134 olarak elde edilmiştir. Örneklem erişim kısıtlılığı olmadığı durumlar dışında, Hoelter indeksi'nin literatürde önerilen değeri 200 ve üzeridir (Kline, 2011). Bu araştırmada da bakım veren örneklemine ulaşmada yaşanan problem bu araştırmanın bir sınırlılığıdır ve bakım verenlere ulaşmada güçlükler yaşanması nedeniyle 153 bakım verene ulaşılabilmiştir. Örneklem sayısının literatürde belirtilen kriterin altında yer alması nedeniyle bu çalışmadaki doğrulayıcı faktör analizi sonuçları kullanılırken bu sonucun göz önünde bulundurulması önerilir. Diğer bir sınırlılık ise tekrar testlerin verilerini toplama sürecinde örneklem ulaşmada benzer biçimde yaşanan güçlükler nedeniyle verilerin telefonla toplanmasıdır.

3.1.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın veri toplama aşamasına geçilmeden önce Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan, Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilimdalı'ndan (Ek 5), İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği'nden izin alınmıştır (Ek 6). Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Karar Tarihi: 08.06.2017, Karar No: 2017/15-21) (Ek 16). Hasta bakım verenlerine araştırmanın amacı açıklanarak gönüllülük ilkesi doğrultusunda yazılı ve sözel onamları alınmıştır (Ek 9).

4.1. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen sonuçlar iki aşamada incelenmiştir: İlk aşamada Hasta ve Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formuna ilişkin verilerin analiz sonuçları yer almakta olup, ikinci aşamada Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği'nden elde edilen geçerlik ve güvenirlik analizi sonuçları yer almaktadır.



4.1.1. Hasta ve Bakım Veren Tanıtıcı Özellikler Formuna İlişkin Analiz Sonuçları

Kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerin yaş ortalaması 55.59 ± 12.29 ve bakım verme süresi 13.45 ± 9.17 yıldır. Bakım verenlerin % 64.1'i kadın (n = 98), %35.9'u (n=55) erkektir. Bakım verenlerin %2.6'sının (n = 4) eğitim durumu okuryazar, %30.1'i ilkokul (n = 46), % 11.1'i ortaokul (n = 17), %24.8'i lise (n = 38), % 31.4'ü (n = 48) üniversite mezunudur. Bakım verenlerin %74.5'i (n = 114) herhangi bir işte çalışmamaktadır. Bakım verenlerin %39.9'u anne (n = 61), %16.3'ü baba (n = 25), %19.0'u kardeş (n = 29), %17.0'si eş (n = 26), %5.9' u kızı/oğludur (n = 9). Bakım verenlerin %80.4'ü (n = 123) hasta ile aynı evde yaşamaktadır (Tablo 4).

Tablo 4. Bakım Veren Tanıtıcı Özellikleri (n = 153)

Bakım Veren Özellikleri	$(\bar{X} \pm SS)$	
Yaş	55.59 ± 12.29 (min = 22.00, max = 80)	
Bakım verme süresi (yıl)	13.45 ± 9.17 (min = 1.00, max = 44)	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	98	64.1
Erkek	55	35.9
Eğitim durumu		
Okuryazar	4	2.6
İlkokul	46	30.1
Ortaokul	17	11.1
Lise	38	24.8
Üniversite	48	31.4
Çalışma durumu		
Çalışıyor	39	25.5
Çalışmıyor	114	74.5
Yakınlık düzeyi		
Anne	61	39.9
Baba	25	16.3
Kardeş	29	19.0
Eş	26	17.0
Kızı/oğlu	9	5.9
Diğer	3	2.1
Aynı evde yaşama durumu		
Evet	123	80.4
Hayır	30	19.6
Toplam	153	100

Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin yaş ortalaması 40.83 ± 13.82 ve tanı süresi ortalaması 13.19 ± 8.81 yıldır. Hastaların %49.7' si kadın (n = 76), %50.3' ü erkek (n = 77), % 75.2'si bekâr (n = 115), % 88.2' si herhangi bir işte çalışmamaktadır (n = 135). Kronik ruhsal hastalık yaşayan bireylerin %1.3 'ünün eğitim durumu okuryazar değil (n = 2), %0.7'si okuryazar (n = 1), %19.6' sı ilkokul (n = 30), % 11.8'i ortaokul (n = 18), %32.7'si lise (n = 50), % 32'si üniversite (n = 49), % 2.0' si lisansüstü eğitim (n = 3) düzeyindedir. Hastaların tanısına göre %49.7' si şizofreni (n = 76), %5.2' si şizoaffektif bozukluk (n = 8) ve % 45.1'ü (n = 69) bipolar afektif bozukluk tanısına sahiptir (Tablo 5).

Tablo 5. Hasta Tanıtıcı Özellikleri (n = 153)

Hasta Özellikleri	($\bar{X} \pm SS$)	
Yaş	40.83 $\pm$ 13.82 (min = 17.00, max = 79.00)	
Tanı süresi	13.19 $\pm$ 8.81 (min = 1.00, max = 41.00)	
	n	%
Cinsiyet		
Kadın	76	49.7
Erkek	77	50.3
Medeni durum		
Evli	38	24.8
Bekâr	115	75.2
Eğitim durumu		
Okuryazar değil	2	1.3
Okuryazar	1	0.7
İlkokul	30	19.6
Ortaokul	18	11.8
Lise	50	32.7
Üniversite	49	32.0
Lisansüstü	3	2.0
Çalışma durumu		
Çalışıyor	18	11.8
Çalışmıyor	135	88.2
Tanı		
Şizofreni	76	49.7
Şizoaffektif bozukluk	8	5.2
Bipolar afektif bozukluk	69	45.1
Toplam	153	100

4.1.2. Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Sonuçları

4.1.2.1. Homojenlik Analizleri

Geçerlik güvenirlik analizlerinden önce, verilerin normal dağılıma uygunluğu değerlendirilmiştir. Veri seti normal dağılmadığı için ölçek ve alt boyutlar arasındaki korelasyon nonparametrik bir test olan Spearman korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Analiz sonucuna göre 15. maddenin ($r = 0.189$, $p = 0.001$) korelasyon katsayısı 0.20 altında fakat istatistiksel olarak anlamlıdır. Madde 19'un ($r = 0.063$, $p = 0.437$) korelasyon katsayısı 0.20 ve altında ve istatistiksel olarak anlamsızdır. Madde 12 ($r = -0.107$, $p = 0.187$), madde 17 ($r = -0.030$, $p = 0.709$), madde 26 ($r = -0.139$, $p = 0.086$), madde 28 ($r = -0.080$, $p = 0.326$) ve madde 30 ($r = -0.070$, $p = 0.389$)'un korelasyon katsayısı negatif ve istatistiksel olarak anlamsızdır (Tablo 6). Basıklık ve çarpıklık değerleri açısından maddeler incelendiğinde madde 15 (Skewness = -2.480, Kurtosis = 7.806), madde 19 (Skewness = -1.968, Kurtosis = 5.298), madde 26 (Skewness = 2.075, çarpıklık = 5.899) ve madde 30 (Skewness = -2.645, Kurtosis = 5.471)'un normal dağılıma sahip olmadığı bulunmuştur. Bu nedenle bu maddelerin (madde 15, 19, 26, 30) ölçekten çıkartılmasına karar verilmiştir.

Tablo 6. Madde Toplam Puan Analizi (n = 153)

Alt boyutlar	Maddeler	r	p
Sosyal destek edinme	1. Zorluklarımızı yakınlarımızla paylaşırım	0.552	0.000
	2. Arkadaşlardan cesaret ve destek alırım	0.660	0.000
	5. Akrabalardan tavsiye isterim (büyük anne büyük baba gibi)	0.610	0.000
	8. Komşulardan gelen hediye ve yardımları kabul ederim	0.378	0.000
	10. Komşulardan destek ve yardım isterim	0.612	0.000
	16. Yakın arkadaşlarla endişeleri paylaşırım	0.574	0.000
	20. Akrabalarla zaman geçiririm (bir araya gelmek, yemek yemek vb.)	0.413	0.000
	25. Akrabalarımıza yaşadığımız sorunlar hakkında ne hissettiklerini sorarım	0.621	0.000
	29. Komşularla sorunları paylaşırım	0.542	0.000
Yeniden anlamlandırma	3. Büyük problemleri çözme gücüne sahip olduğumuzu bilirim	0.312	0.000
	7. Sorunlarımızı çözmek için ailemizin gücünün olduğunu bilirim	0.448	0.000
	11. Karşılaşılan sorunlarla yüzleşir ve hemen çözüm bulmaya çalışırım	0.217	0.000
	13. Güçlü olduğumuzu gösteririm	0.309	0.000
	15. Stresli durumları yaşamın bir gerçeği olarak kabul ederim	0.189	0.019
	19. Zorlukların beklenmedik şekilde ortaya çıkabileceğini kabul ederim	0.063	0.437
	22. Kendi sorunlarımızla başa çıkabileceğimize inanırım	0.257	0.001
	24. Aile sorununu cesaretimizin kırılmaması için daha olumlu bir şekilde tanımlarım	0.259	0.001
Manevi destek arama	14. Dini aktivitelerde yer alırım (dua etmek, namaz kılmak vb)	0.173	0.032
	23. Dini etkinlikler düzenlerim	0.424	0.000
	27. Bir din adamından (hoca, imam) öneri/tavsiye alırım	0.505	0.000

	30. Allah'a/bir Yaratıcıya/Tanrıya inanırım	-0.070	0.389
Yardım almak için harekete geçmek	4. Aynı veya benzer sorunlarla karşılaşmış diğer ailelerdeki kişilerden bilgi ve tavsiye isterim	0.645	0.000
	6. Bizim durumumuzdaki ailelere yardım etmek için oluşturulmuş toplum kuruluşlarından ve programlarından (Şizofreni Dayanışma Derneği ve Toplum Ruh Sağlığı Kuruluşları) yardım isterim	0.333	0.000
	9. Aile hekiminden bilgi ve tavsiye isterim	0.393	0.000
	21. Ailede yaşanan zorluklar için (alanında uzmandan) profesyonel yardım ve danışmanlık isterim	0.254	0.002
Pasif kabul	12. Televizyon izlerim	-0.107	0.187
	17. Aile sorunlarını çözebilmemizde şansın/kaderin büyük rolü olduğunu bilirim	-0,030	0.709
	26. Ne kadar hazırlıklı olursak olalım, sorunlarla başa çıkmakta güçlük çekeceğimizin farkına varırım	-0.139	0.086
	28. Zamana bırakırsak sorunun çözüleceğine inanırım	-0,080	0.326

Ölçek toplam puanı ile alt boyut toplam puanları arasındaki Spearman korelasyon katsayıları incelendiğinde pasif kabul alt boyutunun korelasyon katsayısının 0.20 altında negatif ve istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur. Alt boyut toplam puanları ile ölçek toplam puanları arasındaki korelasyon sosyal destek edinme alt boyutunda 0.86, yeniden anlamlandırma alt boyutunda 0.43, manevi destek arama alt boyutunda 0.40, yardım almak için harekete geçmek alt boyutunda 0.65 ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.000$). Fakat pasif kabul alt boyutunun korelasyon katsayısı -0.133 bulunmuştur (Tablo 7). Maddelerden 12, 17, 26, 28 ve 30. maddelerin Spearman korelasyon katsayıları negatif ve istatistiksel olarak anlamsız, 15 ve 19. maddenin ise 0.20 ve altında olduğu için bu maddeler ölçekten çıkarılmıştır. Dört maddenin (madde 15, 19, 26 ve 30) korelasyon katsayısı düşük ve istatistiksel olarak anlamsızdır. Aynı zamanda kurtosis (basıklık) değerleri de anlamlı değildir. Madde analizleri sonrası ölçek yazarı bilgilendirilmiş ve bu maddeler (12, 15, 17, 19, 26, 28 ve 30) ölçekten çıkartılmıştır.

Tablo 7. Ölçek Toplam ve Alt Boyut Toplam Puanları Korelasyon Tablosu ($n = 153$)

Alt boyutlar	Spearman's rho	p
Sosyal destek edinme	0.867	0.000
Yeniden anlamlandırma	0.439	0.000
Manevi destek arama	0.405	0.000
Yardım almak için harekete geçme	0.657	0.000
Pasif kabul	-0.133	0.101

Madde çıkarma işlemi sonrası maddeler yeniden analiz edilmiştir. Madde toplam puan korelasyon katsayıları 0.21 ile 0.65 arasında değişmiş ve istatistiksel olarak anlamlıdır (Tablo 8). Alt boyut toplam puanları ile ölçek toplam puanları arasındaki korelasyon sosyal destek edinme alt boyutunda 0.87, yeniden anlamlandırma alt boyutunda 0.46, manevi destek arama alt boyutunda 0.49, yardım almak için harekete geçmek alt boyutunda 0.66 ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p = 0.000$).

Tablo 8. Madde Toplam Puan Analizi (n = 153)

Alt boyutlar	Maddeler	r	p
Sosyal destek edinme	1. Zorluklarımızı yakınlarımızla paylaşırım	0.559	0.000
	2. Arkadaşlardan cesaret ve destek alırım	0.654	0.000
	5. Akrabalardan tavsiye isterim (büyük anne büyük baba gibi)	0.608	0.000
	8. Komşulardan gelen hediye ve yardımları kabul ederim	0.415	0.000
	10. Komşulardan destek ve yardım isterim	0.584	0.000
	16. Yakın arkadaşlarla endişeleri paylaşırım	0.570	0.000
	20. Akrabalarla zaman geçiririm (bir araya gelmek, yemek yemek vb.)	0.434	0.000
	25. Akrabalarımıza yaşadığımız sorunlar hakkında ne hissettiklerini sorarım	0.645	0.000
	29. Komşularla sorunları paylaşırım	0.550	0.000
Yeniden anlamlandırma	3. Büyük problemleri çözme gücüne sahip olduğumuzu bilirim	0.321	0.000
	7. Sorunlarımızı çözmek için ailemizin gücünün olduğunu bilirim	0.475	0.000
	11. Karşılaşılan sorunlarla yüzleşir ve hemen çözüm bulmaya çalışırım	0.216	0.007
	13. Güçlü olduğumuzu gösteririm	0.319	0.000
	22. Kendi sorunlarımızla başa çıkabileceğimize inanırım	0.311	0.000
	24. Aile sorununu cesaretimizin kırılmaması için daha olumlu bir şekilde tanımlarım	0.296	0.000
Manevi destek arama	14. Dini aktivitelerde yer alırım (dua etmek, namaz kılmak vb)	0.221	0.006
	23. Dini etkinlikler düzenlerim	0.461	0.000
	27. Bir din adamından (hoca, imam) öneri/tavsiye alırım	0.534	0.000

Yardım almak için harekete geçmek	4. Aynı veya benzer sorunlarla karşılaşmış diğer ailelerdeki kişilerden bilgi ve tavsiye isterim	0.637	0.000
	6. Bizim durumumuzdaki ailelere yardım etmek için oluşturulmuş toplum kuruluşlarından ve programlarından (Şizofreni Dayanışma Derneği ve Toplum Ruh Sağlığı Kuruluşları) yardım isterim	0.325	0.000
	9. Aile hekiminden bilgi ve tavsiye isterim	0.444	0.000
	21. Ailede yaşanan zorluklar için (alanında uzmandan) profesyonel yardım ve danışmanlık isterim	0.253	0.002

4.1.2.2. Geçerlik Bulguları

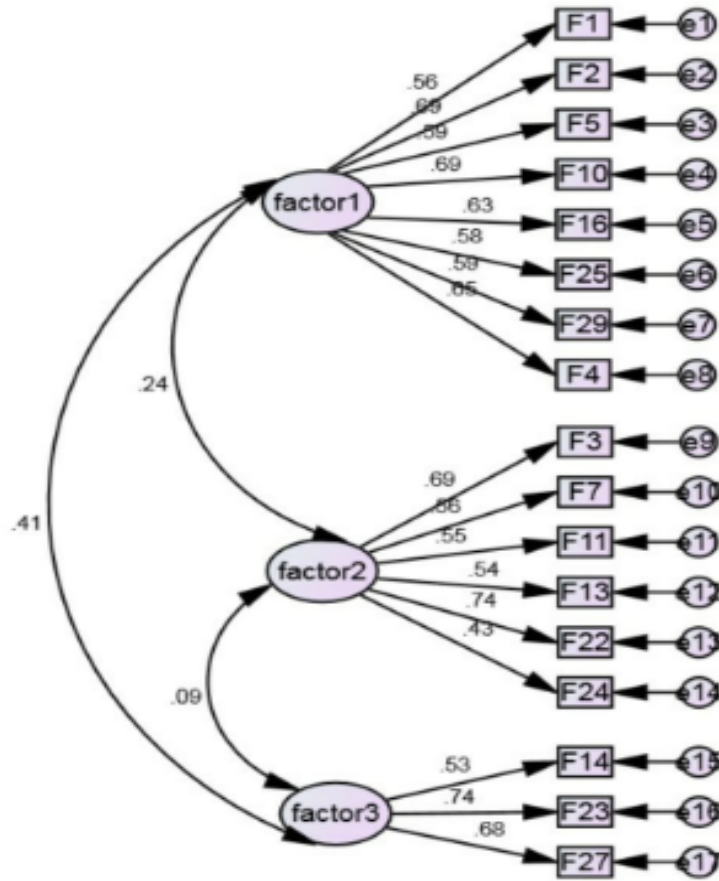
Verilerin normal dağılım özellikleri Kolmogorov Smirnov testi ile test edilmiştir. Alt boyutlar ve ölçek toplamının normal dağılım özelliğine sahip olmadığı bulunmuştur. Her madde basıklık ve çarpıklık özellikleri açısından incelenmiştir ve her maddenin Skewness (çarpıklık) değeri -3 ile +3 arasında yer almaktadır. Yapı geçerliğini değerlendirmede açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi kullanılmıştır. Örneklem büyüklüğünün sınırlı olması durumunda, tercih edilen yöntem Ağırlıksız En Küçük Kareler yöntemidir (Unweighted Least Squares) (Jung, 2013). Bu nedenle açıklayıcı faktör analizinde faktör ekstraksiyon yöntemi olarak Unweighted Least Squares yöntemi kullanılmıştır. Faktör rotasyonuna karar verirken faktörler arasındaki korelasyon incelenmiştir. İlk olarak oblik rotasyon yöntemi denenmiş; desen matrisi, yapı matrisi ve faktör korelasyon matrisi incelenmiştir. Faktör korelasyon matrisinde 0.32' yi aşan değer olmamıştır (Fabrigar, Wegener, MacCallum, & Strahan, 1999; Tabachnick & Fidell, 2013). Faktörler arasında korelasyon olmaması nedeniyle faktör rotasyonunda ortogonal rotasyon yöntemlerinden biri olan Varimax rotasyonu kullanılmıştır.

Açıklayıcı faktör analizi sonucu bazı maddelerin (madde 6, 8, 9, 20, 21) faktör yükleri 0.35'den düşük bulunmuştur. Bu maddeler ölçekten çıkartılarak yeniden faktör analizi yapılmıştır. Yapılan son analiz sonucu ölçek orijinal yapıdan farklı olarak üç alt boyutta yapılanmıştır. Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) değeri 0.79, Barlett testi sonucu $\chi^2 = 752.527$ ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Açıklanan varyans 40.39'dur. Açıklayıcı faktör analizi sonucu; sosyal destek edinme alt boyutunun faktör yükleri 0.52 ile 0.71 arasında, yeniden anlamlandırma alt boyutunun faktör yükleri 0.42 ile 0.74 arasında, manevi destek arama alt boyutunun faktör yükleri 0.54 ile 0.72 arasında bulunmuştur (Tablo 9).

Tablo 9. Açıklayıcı Faktör Analizi (n = 153)

	Maddeler	Faktör yükü
Sosyal destek edinme	1. Zorluklarımızı yakınlarımızla paylaşırım	0.55
	2. Arkadaşlardan cesaret ve destek alırım	0.66
	4. Aynı veya benzer sorunlarla karşılaşmış diğer ailelerdeki kişilerden bilgi ve tavsiye isterim	0.65
	5. Akrabalardan tavsiye isterim (büyük anne büyük baba gibi)	0.59
	10. Komşulardan destek ve yardım isterim	0.71
	16. Yakın arkadaşlarla endişeleri paylaşırım	0.62
	25. Akrabalarımıza yaşadığımız sorunlar hakkında ne hissettiklerini sorarım	0.52
	29. Komşularla sorunları paylaşırım	0.55
Yeniden anlamlandırma	3. Büyük problemleri çözme gücüne sahip olduğumuzu bilirim	0.69
	7. Sorunlarımızı çözmek için ailemizin gücünün olduğunu bilirim	0.55
	11. Karşılaşılan sorunlarla yüzleşir ve hemen çözüm bulmaya çalışırım	0.56
	13. Güçlü olduğumuzu gösteririm	0.51
	22. Kendi sorunlarımızla başa çıkabileceğimize inanırım	0.74
	24. Aile sorununu cesaretimizin kırılmaması için daha olumlu bir şekilde tanımlarım	0.42
Manevi destek arama	14. Dini aktivitelerde yer alırım (dua etmek, namaz kılmak vb)	0.54
	23. Dini etkinlikler düzenlerim	0.72
	27. Bir din adamından (hoca, imam) öneri/tavsiye alırım	0.61
	Açıklanan Varyans (%)	40.39

Açıklayıcı faktör analizi sonrası ölçek üç alt boyutta yapılanmıştır ve bu üç alt boyutlu yapıya doğrulayıcı faktör analizi uygulanmıştır (Ek 10). Doğrulayıcı faktör analizi için AMOS 25.0 programı kullanılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi sonrası alt ölçeklerin faktör yükleri sosyal destek edinme alt boyutu için 0.56 ile 0.69 arasında, yeniden anlamlandırma alt boyutu için 0,43 ile 0.74 arasında ve manevi destek arama alt boyutu için 0.53 ile 0.74 arasında yer almaktadır (Şekil 4).



Şekil 4. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi

Model uyum indeksleri ise $\chi^2 = 176.369$, $df = 116$, $\chi^2/df = 1.52$, $RMSEA = 0.059$, $CFI = 0.90$, $IFI = 0.91$, $GFI = 0.88$ olarak saptanmıştır. Hoelter's kritik N değeri 134 bulunmuştur ($p = 0.001$) (Tablo 10).

Tablo 10. Model Uyum İndeks Değerleri

χ^2	Df	p	χ^2/df	RMSEA	GFI	CFI	IFI	Hoelter (p = 0.01)
176.369	116	0.00	1.52	0.059	0.88	0.90	0.91	134

4.1.2.3. Güvenirlik Bulguları

İç Tutarlılık Değerlendirmesi

Ölçeğin maddelerinin toplamına ait Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.80 olarak elde edilmiştir. Sosyal destek edinme alt boyutuna ait Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.83, yeniden anlamlandırma alt boyutu 0.75, manevi destek arama alt boyutu 0.68 olarak elde edilmiştir. Alt boyutlara ait güvenirlik katsayıları 0.68 ile 0.83 arasında değişmektedir (Tablo 11).

Tablo 11. Ölçek ve Alt Boyut İç Tutarlılık Güvenirlik Katsayıları

Ölçek Alt Boyutları	Madde Sayısı	Cronbach Alfa
Sosyal destek edinme	8 madde	0.83
Yeniden anlamlandırma	6 madde	0.75
Manevi destek arama	3 madde	0.68
Toplam Ölçek	17 madde	0.80

Test-Tekrar Test Güvenirliği

Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği bakım verenlere ortalama 3 hafta ara ile tekrar uygulanmıştır. Test tekrar test güvenirliğini test etmek amacıyla Spearman korelasyon tekniği kullanılmıştır. İki uygulama arasındaki korelasyon katsayısı 0.64 elde edilmiştir ve istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.001$). Test-tekrar test Spearman korelasyon katsayısı, Sosyal Destek Edinme alt boyutu için 0.78, Yeniden Anlamlandırma alt boyutu için 0.41 ve Manevi Destek Arama alt boyutu için 0.75 bulunmuştur ($p < 0.001$).

5.1. TARTIŞMA

Kronik ruhsal hastalık hem hastayı hem de bir sistem olarak aileyi etkileyen bir kriz durumudur. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği bütüncül bir yaklaşım gerektiren aile üyelerinin ruhsal hastalık ile başetme becerilerini değerlendirmeye katkı sağlamaktadır. Bu bölümde Türk toplumunda psikometrik özellikleri incelenen Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği'nin, elde edilen bulgular ışığında tartışması yapılmıştır:

Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği'nin çeviri-geri çeviri yöntemi ile dil geçerliği sağlanmıştır. Dil geçerliği aşamasından sonraki süreçte uzman görüşleri alınarak içerik geçerliği incelenmiştir. Bu aşamada yalnızca 27. maddenin (Seeking advice from a minister) madde içerik geçerlik indeksi 0.50 olarak saptanmıştır. Bu maddeye ilişkin ayrımı yapabilmek için ölçek yazarı ile bağlantı kurulmuştur. Yazar belirtilen maddeye ilişkin yaşanan sorunların beklenen sorunlar olduğu ve kültürel kaynaklı olduğunu vurgulamıştır. Madde 27'de geçen “minister” kavramı Türk toplumunda iki anlamı ifade etmektedir. Birinci anlam daha sık kullanılan anlam olan “bakan, yönetici” anlamında iken, ikinci anlamı ise “din adamı” na vurgu yapmaktadır. Ölçek dil geçerliğinde madde ilk anlamı olan yönetici anlamında kullanılmıştır. Ölçeğin yazarı anlamın daha çok dini değerleri içermesi gerektiğini belirtmiş ve maddenin anlamına ilişkin açıklama yapmıştır. Bu doğrultuda madde yeniden düzenlenmiştir. Madde 27'deki anlam, dini boyuta vurgu yapacak şekilde düzenlenmiştir. Madde 27'nin kültür ve dilde eşdeğerliği ile ilgili anlamın farklı kullanılması nedeniyle madde içerik geçerlik indeksinin düşük olduğu düşünülmüş ve bu madde ölçekten çıkartılmamıştır.

İçerik geçerliği sırasında güçlük yaşanan üç maddeye bakıldığında da aynı alt boyut içerisinde yer alan ve manevi değerleri içeren maddelerdir. Orijinal ölçekte belirtilen kilise hizmetleri Türk toplumundaki karşılığı daha çok “cami hizmetleri” nden ziyade, daha kapsayıcı bir ifade olan “dini hizmetler” olarak uyarlanmıştır. Bu maddelerin kültüre uygunluğu konusunda hem uzmanlar, hem de ölçek yazarından destek alınmış ve maddelere son hali verilmiştir.

Madde analizleri yapıldığında ölçek maddelerinden bazı maddelerin çıkarılmasına karar verilmiştir. Bu maddelerden 12, 17, 26 ve 28 “pasif kabul” alt boyutundadır. Bu maddelerden elde edilen yüksek puanlar, gösterilen baş etme davranışının olumlu olmadığını göstermektedir. Bu alt boyuttaki tüm maddenin Spearman korelasyon katsayısı negatif, düşük ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği'nin (F-COPES)

psikometrik özelliklerinin incelenmiş olduğu şizofreni bakım verenlerinin dahil edildiği başka bir çalışmada da benzer şekilde bu alt boyuta ilişkin korelasyon katsayıları negatif ve düşük korelasyonda bulunmuştur. Bu çalışmanın yapıldığı örnekleme bu durum; pasif kabul başetme biçiminin stresörle başetme biçimi olarak tercih edilmediği yönünde açıklanmıştır (Guada, 2012). Bununla birlikte Türk toplumunda bu durum negatif olarak değerlendirilmemiştir. Türk kültüründe başa çıkmada, duygu odaklı başa çıkma ruhsal hastalıklarla baş etmenin yaygın bir şeklidir (Arslantaş, 2018). Bakım veren örnekleminde bu boyutun negatif ve istatistiksel olarak anlamsız olmasının nedeninin kültürel etki nedeniyle olabileceği düşünülmektedir. Madde 19'un madde toplam puan korelasyon katsayısı da benzer biçimde düşük ve istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Literatürde "courtesy stigma" olarak belirtilen toplumun ailelere yönelik önyargılı ve ayrımcı yaklaşımı ailenin toplumsal geri çekilmesine neden olabilmektedir. Bakım verenler damgalanma nedeniyle sosyal boyutta etkilenmekte, ruhsal hastalığı saklamakta ve kendilerini sosyal olarak izole etmektedirler (Şengün İnan & Çetinkaya Duman, 2018; Maiocco ve ark., 2017).

Faktör yapılanmasında orijinal yapıdan farklı olarak Türk toplumunda üç alt boyutlu yapı doğrulanmıştır. Pasif Kabul alt boyutu ölçekten çıkartılmıştır. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışmalarının yapıldığı bir çalışmada original yapı korunurken (Hassani ve ark., 2018), bazı örneklemlerde farklı bir yapılanma oluşmuştur (Guada, 2012). Ölçek alt boyut faktör yükleri 0.42 ile 0.74 arasında değişmekte ve varyansın % 40.39'unu açıklamaktadır. Literatürde kabul edilebilir en düşük faktör yükü 0.40 olarak belirtilmektedir (Tavşancıl, 2014). Bu yönüyle elde edilen faktör yapısı literatürde belirtilen uygun sınırlarda yer almaktadır. Portekiz örnekleminde yapılan geçerlik ve güvenirlik çalışmasında ölçek yedi alt boyutta yapılanmış olup, zayıf iç tutarlılığı nedeniyle son iki alt boyutun alt boyut olarak kullanılmaması önerilmiştir (Cunha & Relvas, 2016). Uyum indekslerinden RMSEA değeri 0.05 değerinin altında ise iyi bir uyum, 0.08 altında ise kabul edilebilir bir uyum düzeyinde olduğu literatürde belirtilmektedir (Erkorkmaz ve ark., 2013; Hooper ve ark., 2008). Ölçek yapısından elde edilen RMSEA değeri 0.05 değeri ile kabul edilebilir sınırlarda yer almaktadır. Orijinal ölçek çalışmasında McCubbin ve arkadaşları (1991) toplam ölçeğe ait Cronbach alfa güvenirlik katsayısını 0.81 bulmuşlardır. Ölçek toplamına ait cronbach alfa değeri original yapıdan elde edilen sonuca benzer biçimde 0.80 değeri ile istenen düzeydedir. Orijinal yapıda güvenirlik katsayıları 0.63 ile 0.83 arasında yer almaktadır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlarda da orijinal yapıya benzer şekilde güvenirlik katsayıları 0.68 ile 0.83 arasında

değişmektedir. Türk toplumu örnekleminde yapılan çalışmanın sonucunda “yardım almak için harekete geçmek” alt boyutu maddelerin faktör yüklerinin düşük olması nedeniyle ölçek yapısına dahil edilmemiştir. Batra ve arkadaşları (2014) şizofreni bakım verenlerin başetme becerilerini tanımlamaya yönelik yapmış olduğu çalışmada Hintli bakım verenlerin “yardım almak için harekete geçmek” alt boyutu başetme stratejisi bakım verenlerde en zayıf başetme becerisi olarak bulunmuştur. Bu sonuç Türk toplumundan elde edilen sonuca benzer niteliktedir. “Yardım almak için harekete geçmek” alt boyutundan elde edilen düşük puan, aileleri hedefleyen sağlık hizmetlerinde destek hizmetlerinin sürekliliğinin olmayışı veya ailelerin mevcut hizmetlere yönelik farkındalığının olmamasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Aileler ruhsal hastalıkla başa çıkarken onlara profesyonel destek sağlayan hizmetlere erişimlerinde problem yaşamaktadırlar (Doody ve ark., 2017). Elde edilen bu sonucun mevcut durumun bir göstergesi olduğu düşünülmektedir.

Test-tekrar test güvenirliği Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiş ve 0.64 bulunmuştur. Alt boyutlar arasındaki test tekrar test güvenirlik katsayısı ise 0.41 ile 0.78 arasında değişmektedir. Bu sonuç literatürde psikometrik özellikleri incelenen F-COPES uyarlamaları ile karşılaştırıldığında düşük bir düzeydedir. Hassani ve arkadaşları (2018) dört hafta ara ile uygulanan ölçeğe ait test tekrar test korelasyon katsayısını 0.81 bulmuşlardır. Original ölçekte test tekrar test korelasyon katsayısı alt boyutlarda 0.61 ile 0.95 arasında değişmektedir (McCubbin & Thompson, 1991). Bu farkı etkileyebilecek durumlardan birinin tekrar test esnasında bakım verenlere telefon ile ulaşılmasının olabileceği düşünülmektedir.

6.1. SONUÇ VE ÖNERİLER

Ailelerin kronik ruhsal hastalığa bakım verme sürecinde başetme durumlarını değerlendiren Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği'nin Türk toplumunda kullanılabilir ve psikometrik özelliklerinin kabul edilebilir düzeyde olduğu bulunmuştur. Kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireyler/aile üyelerinin başetme davranışlarının değerlendirilmesinde ve kronik ruhsal hastalığa bakım verenlerle yapılan araştırmalarda ölçeğin kullanılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir. Ölçekten elde edilen sonuçlar bakım verenlerin başetme durumlarının belirlenmesi ve psikiyatri hemşireliği girişimlerinin planlanması ve uygulanmasına katkı sağlayacaktır. Ölçeğin, yapısal ve teorik temeli oldukça güçlüdür. Çalışmanın sonuçları doğrultusunda;

- ✚ Aile üyelerinin başa çıkma durumunu araştırmak için yeni çalışmalar yapılması,
- ✚ Kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerin başa çıkma becerilerini karşılaştırmak için çalışmaların yapılması,
- ✚ Ailelerin Türk kültüründeki kronik ruhsal hastalıkla başa çıkma stratejilerini değerlendirmeyi amaçlayan ölçekler geliştirilmesi önerilmektedir.

ARAŞTIRMANIN İKİNCİ AŞAMASI

Calgary Aile Müdahale Modeline Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik Distres ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi: Yarı Deneysel Araştırma

3.2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın ikinci aşamasının amacı kronik psikiyatri hastalarının bakım veren aile üyelerine uygulanan Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının bakım verenlerin baş etme ve psikolojik distres ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine etkisini incelemektir. Araştırmanın raporlandırılmasında Transparent Reporting of Evaluations with Non-randomized Designs (TREND) rehberi kullanılmıştır (Des Jarlais, Lyles, & Crepaz, 2004) (Ek 11).

3.2.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma Calgary Aile Müdahale Modeli'ne temellendirilmiş aile destek ve psikoeğitim programının kronik ruhsal hastalığa bakım verenlerde etkinliğini değerlendirmek üzere ön test ve son test kontrol gruplu yarı deneysel araştırma olarak yürütülmüştür.

3.2.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Erişkin Psikiyatri Kliniği ve Polikliniği ve Şizofreni Dayanışma Derneği'ne kayıtlı hastaların bakım veren aile üyeleri ile Eylül 2018-Ağustos 2020 tarihleri arasında yürütülmüştür. Eylül 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında raporlandırılması ile sonuçlandırılmıştır.

Araştırmaya Mayıs 2017'de literatür taraması ile başlanmış ve Haziran 2017'de araştırmanın etik kurul izni ve kurum izinleri alınmıştır. Haziran 2017'de tez öneri sınavına girilmiş ve tez izlem komitesi oluşturulmuştur. Temmuz 2017-Aralık 2018 tarihleri arasında araştırmanın ilk basamağı olan 2. aşamada veri toplama aracı olarak kullanılmak üzere Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği'nin psikometrik inceleme çalışması yürütülmüştür (Sarı & Çetinkaya Duman, 2020b). Aynı zaman sürecinde program içeriğini şekillendirmek üzere bakım veren ailelerin deneyimleri nitel araştırma ile incelenmiştir (Sarı & Çetinkaya Duman, 2020a). Bu araştırmanın sonuçları ve literatür doğrultusunda program içeriği şekillendirilmiştir. Eylül-Aralık 2018'de programın içeriği yapılandırılmış ve kitapçık oluşturulmuştur. Geliştirilen program sonrası Aralık 2018'de aynı örneklem özelliklerini taşıyan bakım verenlerle ön uygulama basamağı

yürütülmüştür. Bu aşamada yer alan bakım verenlerden geribildirimler alınmış ve programın son hali verilmiştir. Ocak 2019-Şubat 2020 tarihleri arasında aile destek ve psikoeğitim programı yürütülmüştür. Uygulamanın son izlemleri Ağustos 2020’de tamamlanmıştır Eylül 2020-Aralık 2020 tarihleri arasında verilerin analizi yapılmış ve raporlandırılmıştır.

Dokuz Eylül Üniversitesi Yetişkin Psikiyatri Kliniği hastanenin zemin katında yer almaktadır. Yetişkin psikiyatri kliniği yarı açık bir klinik olup hem yatan hastalar hem de gündüz tedavi alan hastalara hizmet vermektedir. Çalışma saatleri 08.00-16.00 gündüz çalışması ve 16.00-08.00 gece çalışması biçimindedir. Gündüz çalışmalarında biri sorumlu hemşire olmak üzere iki hemşire, gece çalışmalarında ise tek hemşire klinikte hizmet vermektedir. Klinikte toplam 6 hemşire, 10 öğretim üyesi, 24 asistan hekim, 1 sosyal hizmet uzmanı, 2 psikolog çalışmaktadır. Toplam hasta sayısı 30 olmakla birlikte bu sayı gündüz hastası sayısına göre değişim göstermektedir. *Dokuz Eylül Üniversitesi Yetişkin Psikiyatri Polikliniği* hastanenin ikinci katında yer almakta ve haftanın farklı günlerinde farklı hasta grupları için poliklinikler hizmet vermektedir. Pazartesi ve cuma günleri psikoz polikliniği, çarşamba ve perşembe günleri ise Duygudurum bozuklukları polikliniği 09.00-16.00 saatleri arasında hizmet vermektedir. *İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği*, İzmir merkezde kurulmuş, gönüllü şizofreni hastaları ve ailelerine hizmet sunan bir toplum kuruluşudur. Dernekte toplam 21 kurucu üye, 385 hasta yakını üye olmak üzere toplam 406 üyesi bulunmaktadır. Derneğin hafta içi çalışma saatleri 09.00-16.00 arasındadır. Dernek ortamı hastalara sosyalleşme imkânı sunmak amacıyla sosyal bir ortam sağlamaktadır. İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği’nde bakım veren aile üyesi ve ruhsal hastalık tanılı bireylere yönelik bir profesyonel tarafından aylık bilgilendirme toplantıları yapılarak hasta birey ve aileleri bu toplantılara davet edilmektedir.

3.2.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi yetişkin psikiyatri kliniğine yatışı olan ve poliklinikten izlenen kronik ruhsal hastaların bakım verenleri ve İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği’ne kayıtlı kronik psikiyatri hastalarının bakım verenleri oluşturmuştur. Örneklem dâhil olma ve dışlanma ölçütleri Tablo 12’de belirtilmiştir.

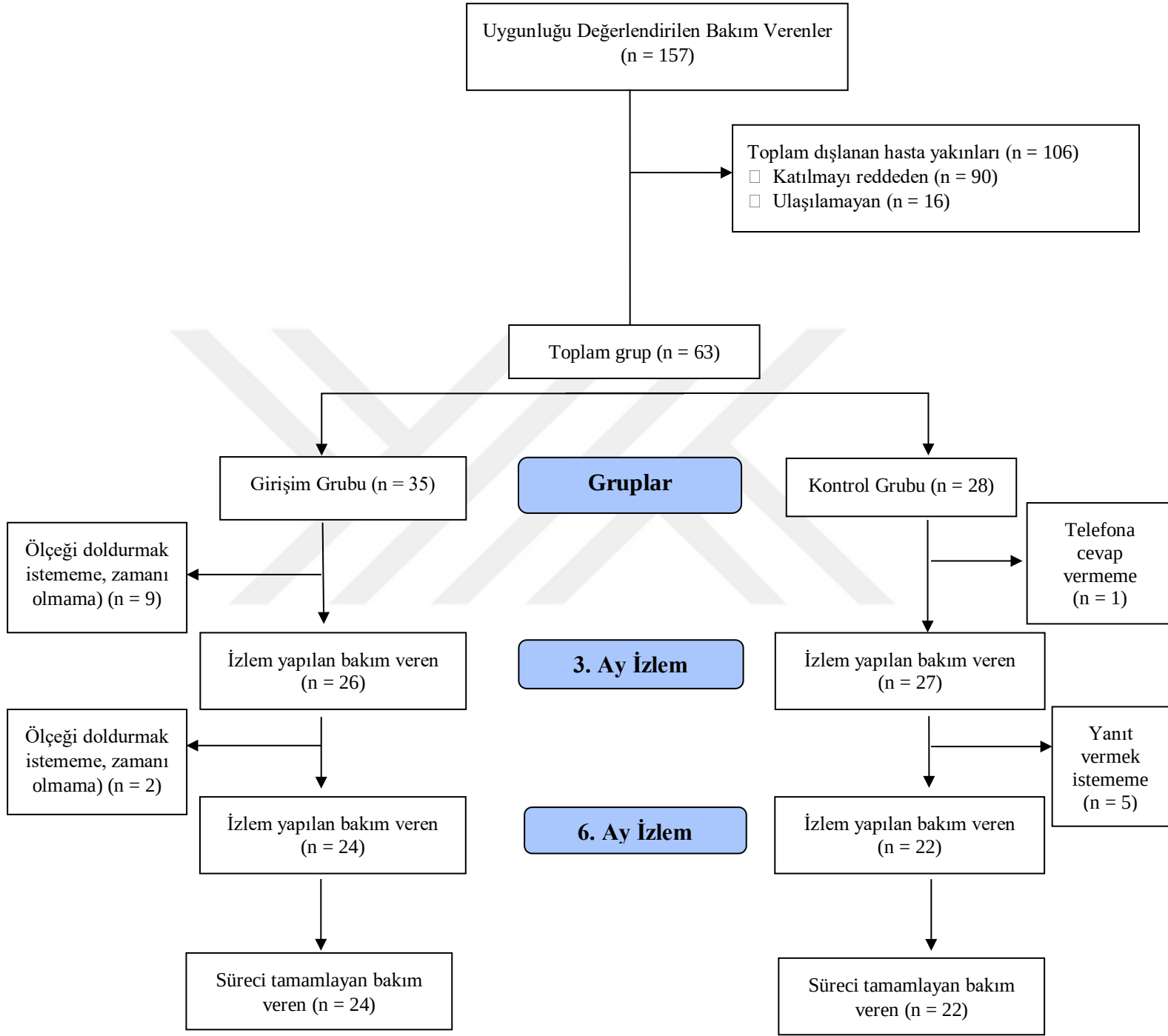
Tablo 12. Örneklem Dahil Olma ve Dışlanma Ölçütleri

Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri	Araştırmadan Dışlanma Kriterleri
✓ DSM-V ölçütlerine göre bipolar afektif bozukluk, şizofreni ve şizoafektif bozukluk tanılı hastanın bakımından sorumlu olmak	✓ Ücret karşılığı bakım veren olma
✓ Araştırmaya katılmaya gönüllü olma	✓ Hastanın ilk atak psikozunun olması
✓ 6 aydan daha uzun süredir hastanın primer bakım vereni olma	✓ Bir oturumdan fazla oturumlara katılmamış olmak
✓ Okuryazar olma	
✓ 18 yaş üstünde olma	

Araştırma ilk planlandığında randomize kontrollü bir araştırma olarak planlanmıştır. Örneklem alım ölçütleri belirlendikten sonra Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği ve Kliniği ve Şizofreni Dayanışma Derneği'nden takip edilen bakım verenler telefonla aranmıştır. Bakım verenlere destek ve psiko eğitim grubu hakkında bilgi verilmiş ve katılımları konusunda görüşleri alınmıştır. 157 bakım verenden 16 bakım verene ulaşamamıştır. Ulaşılabilen 141 bakım veren bireyden 90 bakım veren birey programa katılmayı kabul etmemiş, 51 bakım veren katılmaya istekli olduğunu belirtmiştir. Katılmayı olumlu bakan 51 bakım veren bireyden 20 bakım veren daha sonra gruplara katılım sağlamayacağını iletmiştir. Müdahale sürecinde yer almak isteyen birçok bakım veren ise grup sürecinde yer alması durumunda tüm oturumlara katılım sağlama konusunda kesin bir dönüş sağlanamamıştır (Şekil 5). Deney ve kontrol gruplarına en az 60 bakım veren (30 deney ve 30 kontrol grubu) dâhil edilmesi planlandığı, katılıma isteğin düşük olması ve süreç içerisinde kayıpların da olabileceği öngörülerek araştırma deseninin yarı deneysel olmasına karar verilmiştir. Müdahale grupları belirlendikten sonra kontrol grubu için toplam 28 bakım verene ulaşılabilmiştir.

Örneklem alınacak hasta sayısına G power programı ile örneklem gücü hesaplanarak karar verilmiştir. Güç belirli bir örneklem değerinden sonra sabitlendiği için literatürde bu değerin en az kabul edilebilir değeri 0.80 olarak belirtilmektedir (Prajapati, Dunne, & Armstrong, 2010). Örneklem grubu müdahale ve kontrol grubu olarak ikiye ayrılmıştır. Örneklem sayısına Bademli ve Duman (2014a)'ın aileden aileye destek programının ailelerin başetme ve ruh sağlığına etkilerini

değerlenmiş oldukları randomize kontrollü çalışmanın verileri alınarak karar verilmiştir. Yapılan G power programı ile güç analizinde %80 güçle örneklem 17 deney ve 17 kontrol grubu olarak hesaplanmıştır. Uygulama sürecinde toplamda 35 müdahale grubu, 28 kontrol grubu olmak üzere toplam 63 bakım verene ulaşılmıştır. İzlem süreçlerinde her iki gruptan da kayıplar olmuştur. Üçüncü ay izlemlerinde müdahale grubundan 9, kontrol grubundan 1 kayıp olmuştur. Altıncı ay izlemlerinde ise müdahale grubundan 2, kontrol grubundan 5 kayıp olmuştur. Toplam müdahale grubunda 24 bakım veren, kontrol grubunda 22 bakım veren ile süreç sonlandırılmıştır. Müdahale süreci sonrası örneklem posthoc yeterli güce sahip olup olmadığı G-Power programı ile değerlendirilmiştir. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği puan ortalamalarına göre çalışmanın gücü %58, Genel Sağlık Anketi ölçümlerine göre çalışmanın gücü %74, Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği ölçümlerine göre çalışmanın gücü %76 bulunmuştur.



Şekil 5. Araştırmanın Tasarım Şeması

3.2.4. Çalışma Materyali

Araştırmanın çalışma materyali bulunmamaktadır.

3.2.5. Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın bağımlı değişkenleri aile başetmesi ölçek puanları, Genel Sağlık Anketi ölçek puanları ve psikolojik dayanıklılık ölçek puanlarıdır. Araştırmanın bağımsız değişkeni ailelere uygulanan aile destek ve psikoeğitim programıdır.

3.2.6. Veri Toplama Araçları

Araştırma sürecinde veri toplama araçları olarak Bakım Veren Tanıtıcı Özellikler Formu, Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu, Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği, Genel Sağlık Anketi (GSA) ve Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği kullanılmıştır.

3.2.6.1. Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formu

Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formu bakım verene ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren bir formdur. Bu form hasta bakım vereninin yaşı, cinsiyeti, eğitim durumu, bakım verme süresi, bakım veren yakınlık derecesi, çalışma durumu, çocuk sayısı, bakımından sorumlu olduğu birey gibi bakım veren bireyin tanıtıcı bilgilerini içermektedir (Ek 1).

3.2.6.2. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu

Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu hastaya ilişkin tanıtıcı bilgileri içeren bir formdur. Hastanın tanısı, yaşı, cinsiyeti, çalışma durumu, medeni durumu ve mesleği, fiziksel hastalık durumu gibi hasta bireye ait değişkenleri içermektedir (Ek 2).

3.2.6.3. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği

Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme ölçeği aile baş etmesini ölçmek amacıyla McCubbin ve arkadaşları tarafından geliştirilen 30 maddelik likert tipi bir ölçektir. McCubbin ve arkadaşlarının (1983) teorisine göre ailelerin başetme becerileri iyileştikçe, stresli yaşam olaylarına daha kolay uyum sağlamaktadırlar. Ölçek aile etkileşiminin iki düzeyine odaklanmaktadır: birinci düzey kendi içerisinde aileyi etkileyen zor ya da problemlili durumların nasıl üstesinden geldikleridir. Diğer düzey ise ailenin dışarıdaki ortamlardan kaynaklı aileyi etkileyen zor ya da problemlili durumların nasıl üstesinden geldikleridir. Ölçek beşli likert tipindedir: 1: Kesinlikle Katılmıyorum, 2: Kısmen Katılmıyorum, 3: Kararsızım, 4: Kısmen Katılıyorum, 5: Kesinlikle Katılıyorum. Orijinal ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar;

- ✚ Sosyal destek (9 madde)
- ✚ Yeniden anlamlandırma (8 madde)
- ✚ Manevi destek arama (4 madde)
- ✚ Yardım almak için aileyi harekete geçirme (4 madde)
- ✚ Pasif değerlendirme (4 madde)

Sosyal destek alt boyutu 9 madde içermektedir ve ailenin arkadaş, diğer aileler ya da akrabalarından destek kazanma becerisini ölçmektedir. Yeniden anlamlandırma alt boyutu 8 maddeden oluşmakta ve ailenin stresli olayları yeniden tanımlama becerisini değerlendirmektedir. Manevi destek arama alt boyutu 4 maddeden oluşmakta ve ailenin manevi destek alabilme becerisini ölçmektedir. Yardım almak için aileyi harekete geçirmek alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır ve ailenin toplumsal kaynaklara yönelme ve başkalarından gelecek yardımı kabul etme becerisini ölçmektedir. Pasif değerlendirme alt boyutu 4 maddeden oluşmakta ve ailenin, tepkiselliği en aza indiren zor konuları kabul etme kabiliyetini ölçmektedir. F-COPES puan değerlendirmesi yapılırken alt ölçekleri hesaplanır ve toplanır. Ölçekten alınan toplam puan yükseldikçe zor durumlar sırasında problem çözme ve davranış tepkilerinin iyi olduğu yönünde değerlendirilir. 12, 17, 26 ve 28. madde ters çevrilerek hesaplanmaktadır. Orijinal ölçeğin cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.81'dir. Ölçeği doldurma süresi yaklaşık 10-15 dakikadır (Ek 3, Ek 10).

Ölçeğin Türk toplumuna kültürel uyarlaması Sarı ve Çetinkaya Duman (2020b) tarafından yapılmıştır. Türk toplumuna uyarlanan formunda ölçek 17 madde ve üç alt boyuttan oluşmaktadır. Sosyal destek edinme alt boyutu 8 maddeden oluşmakta (madde 1, 2, 4, 5, 10, 16, 25, 29), yeniden anlamlandırma alt boyutu 6 maddeden oluşmaktadır (madde 3, 7, 11, 13, 22, 24). Manevi destek arama alt boyutu ise 3 maddeden oluşmaktadır (madde 14, 23, 27). Alt boyutlardan alınan toplam puan arttıkça sonuçlar problem çözme ve davranış tepkilerinin iyi olduğu yönünde değerlendirilmektedir. Ölçeğin Türk toplumuna uyarlanan formunun Cronbach Alfa değeri 0.80 bulunmuştur. Ölçekte ters çevrilen madde bulunmamaktadır (Ek 10). Bu çalışmada ölçeğin ön test Cronbach alfa güvenirlik değeri 0.73, son test Cronbach alfa güvenirlik değeri 0.73, üçüncü ay Cronbach alfa güvenirlik değeri 0.71, altıncı ay Cronbach alfa güvenirlik değeri ise 0.74 olarak bulunmuştur.

3.2.6.4. Genel Sağlık Anketi (GSA)

Genel Sağlık Anketi; toplumda anksiyete ve depresyon belirtilerinin taranmasında kullanılan dörtlü likert tipi bir ölçektir. Ölçeğin maddelere ilişkin değerlendirme ifadeleri “her zamankinden iyi”, “her zamanki kadar”, “her zamankinden kötü” ve “her zamankinden çok kötü” biçimindedir. Ölçeğin 12 ve 28 maddelik formları bulunmaktadır. Bu çalışmada 28 maddelik form kullanılmıştır. Değerlendirme yönteminde GSA tipi puanlama yöntemi kullanılmaktadır. Bu puanlama yöntemine göre ilk iki derecelendirme ifadesi olan “her zamankinden iyi” “her zamanki kadar” ifadesi 0 puan, “her zamankinden kötü” ve “her zamankinden çok kötü” ifadesi ise 1 puan olarak puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puan minimum 0, maksimum 28 puandır. Ölçek öz bildirime dayalı bir ölçektir (Aydemir & Köroğlu, 2014). Türkçe’ye uyarlama çalışması Kılıç (1996) tarafından yapılmıştır. Ölçek dört alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar somatik semptomlar (A), anksiyete ve uykusuzluk (B), sosyal disfonksiyon (C) ve ağır depresyon (D) alt boyutlarıdır. Ölçeğin alt boyutlarının birbirinden bağımsız olmadığı vurgulanmaktadır. 28 maddelik formun ölçek iç tutarlılık katsayısı (Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı) 0.92, test tekrar test korelasyon katsayısı 0.84’dir. Anketten beş (5) ve üzeri puan alan bireyler ruhsal sorunlar yönünden “riskli grup” olarak değerlendirilmektedir (Kılıç, 1996) (Ek 12). Bu çalışma için ölçeğin ön test Cronbach Alfa güvenirlik değeri 0.92, son test Cronbach Alfa güvenirlik değeri 0.88, üçüncü ay Cronbach alfa güvenirlik değeri 0.87, altıncı ay Cronbach alfa güvenirlik değeri ise 0.92 olarak bulunmuştur.

3.2.6.5. Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği, Connor ve Davidson (2003) tarafından geliştirilmiş yetişkin bireylerde psikolojik dayanıklılık düzeylerini ölçen likert tipi bir ölçektir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı 0.89, test tekrar test güvenirliği 0.87’dir. Ölçek hiç doğru değil, nadiren doğru, bazen doğru, sıklıkla doğru ve her zaman doğru şeklinde 0 ile 4 puan arasında derecelendirilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan arttıkça, psikolojik dayanıklılık düzeyinin arttığı yönünde değerlendirme yapılmaktadır. Orijinal ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar:

- Kişisel yetkinlik ve yüksek standartlarda azim
- Özgüven, negatif etkilere tolerans, strese karşı güçlü duruş
- Değişiklikler karşısında olumlu bakış açısı, başkaları ile güvenli ilişkiler

- Otokontrol
- Manevi etkilerdir (Connor & Davidson, 2003).

Ölçeğin Türk kültürüne uyarlaması Kararımak (2010) tarafından yapılmıştır. Ölçek beş alt boyutlu orijinal yapıdan farklı olarak Türk toplumunda üç alt boyutlu olarak yapılanmıştır. Bu alt boyutlar:

- “Azim ve kişisel yeterlilik”,
- “Olumsuz etkilere tolerans” ve
- “Maneviyata eğilim” dir.

Alt boyutlara ilişkin Cronbach alfa güvenirlik katsayısı “Azim ve kişisel yeterlilik” alt boyutu için (15 madde) 0.93, “Olumsuz etkilere tolerans” alt boyutu için (6 madde) 0.79 ve “Maneviyata eğilim” alt boyutu için (3 madde) 0.50 olarak bulunmuştur. Birinci alt boyut “Azim ve kişisel yeterlilik” alt boyutunda 15 madde (madde 1, 5, 10, 11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25) bulunmaktadır. “Olumsuz etkilere tolerans” alt boyutunda 6 madde (madde 4, 6, 7, 8, 13, 14), “Maneviyata eğilim” alt boyutunda ise 4 madde (madde 2, 3, 9, 20) bulunmaktadır. Ölçeğin toplam Cronbach Alfa katsayısı 0.92 olarak saptanmıştır. Ölçek hem klinik hem de normal örnekleme kullanılabilir. Ölçeğin herhangi bir kesme noktası bulunmamaktadır, ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik dayanıklılığın arttığı yönünde yorumlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek minimum puan 0, maksimum puan ise 100’dür (Kararımak, 2010) (Ek 13). Bu çalışmadan elde edilen Cronbach Alfa güvenirlik katsayıları; ön test Cronbach Alfa güvenirlik değeri 0.88, son test Cronbach Alfa güvenirlik değeri 0.88, üçüncü ay Cronbach Alfa güvenirlik değeri 0.70, altıncı ay Cronbach Alfa güvenirlik değeri ise 0.85 olarak bulunmuştur.

3.2.6.6. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın ikinci aşamasının veri toplama süreci Eylül 2018’de başlamış, Ağustos 2020’de 6. ay izlem verilerinin elde edilmesi ile sonuçlanmıştır. İlk aşamada Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Yetişkin Psikiyatri Kliniği ve Polikliği’nde izlenen Şizofreni, Bipolar Afektif Bozukluk ve Şizoaffektif Bozukluk tanımlı bireylerin primer bakım verenleri telefon ile aranmıştır. Araştırma süreci hakkında bakım verenlere bilgi verilmiştir. Katılmaya isteklilik durumları sorulmuş ve grup sürecine katılmayı düşünen bakım verenler listelenmiştir. Katılmaya istekli bakım verenlere daha sonra ulaşılarak zaman planlaması yapılmıştır. Destek ve psikoeğitim uygulamasından önce araştırmaya katılanlara araştırmanın amacı tekrarlanmış ve yazılı olarak da

onamları uygulama öncesinde alınmıştır. Müdahale öncesi Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği, Genel Sağlık Anketi ve Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği uygulanmıştır. Toplam 35 bakım veren beş grup şeklinde planlanarak destek ve psiko eğitim uygulamasına katılmıştır. Birinci ve ikinci gruba 9 bakım veren, üçüncü gruba 4 bakım veren, dördüncü gruba 8 bakım veren ve son gruba 5 bakım veren katılım sağlamıştır. Haftada bir ya da iki gün olacak şekilde bakım verenlerin talepleri ve uygunluk durumuna göre gruplar planlanmıştır.

Grup süreci Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi dersliklerinde yürütülmüştür. Dersliklerin havalandırması ve aydınlatması ihtiyaçları karşılamıştır. Yuvarlak oturma düzeni oluşturulmuş, ortada masa olacak şekilde düzenleme yapılarak bakım verenlere ikramlar (içecek vb) sunulmuştur. Grup sürecini tamamlayan bakım verenlere son oturumda, üçüncü ve altıncı aylarda ölçekler uygulanarak izlemleri yürütülmüştür. İzlem sürecinde üçüncü ve altıncı aylarda bakım verenler Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'ne davet edilmiştir. Fakülteye gelmeyi kabul etmeyen bakım verenlerin izleminde telefon görüşmesi yoluyla ölçekler doldurulmuştur. Kontrol grubunda yer alan bakım verenlere ise poliklinik hizmetleri ya da yatan hasta hizmetlerinden yararlanmaları sırasında ulaşılmış, herhangi bir müdahalede bulunulmamış yalnızca 3. ve 6. aylarda izlemleri yürütülmüştür (Şekil 5).

3.2.6.6.1. Ön Uygulama Basamağı (Programı Yapılandırma Süreci)

Calgary Aile Müdahale Modeline temellendirilmiş Aile destek ve psiko eğitim programı içeriği literatüre dayalı olarak oluşturulmuştur. Programın her oturumuna katkı sağlayacak nitelikte bir kitapçık oluşturulmuştur (Ek 14). Kitapçık oluşturulduktan sonra aile alanında çalışan iki klinisyen ve bir akademisyenden uzman görüşü alınmıştır. Örneklem alım ölçütlerini karşılayan bakım verenler ile Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi'nde ön uygulama aşaması planlanmış ve yürütülmüştür. Ön uygulamada yer alan bakım verenler örnekleme dâhil edilmemiştir. Ön uygulama sürecinin sonunda bakım verenlerden geribildirim alınmış ve programın içeriği bu doğrultuda yeniden düzenlenmiştir. Program içeriği planlanırken 8 oturum biçiminde planlanmıştır. Ön uygulamada bakım verenlerden alınan geribildirimler ve gruplar oluşturulurken bakım verenlerden gelen istekler doğrultusunda katılımı artırmak için oturumlar birleştirilmiş, oturum süreleri uzatılmış ve oturum sayısı azaltılmıştır. Bu durumda oturum sayısı dört olup her oturum iki bölümden oluşmakta ve 120 dakika sürmektedir. Oturumun her bölümü 50-60 dakika sürmekte, ara verme ve tekrar oturuma devam etme şeklinde yürütülmektedir. Son

hali 4 oturum ve her oturum 120 dakika olacak biçimde son hali verilen program ile müdahale aşaması yürütülmüştür.

3.2.6.6.2. Aile Destek ve Psikoeğitim Programı Uygulama Aşaması

Müdahale uygulanması aşamasında ilk olarak; Aile Destek ve Psikoeğitim Programı'na katılmayı kabul eden ve örneklem alım ölçütlerini karşılayan bireyler belirlenmiş ve gruplar oluşturulmuştur. Bakım verenlerden yazılı ve sözlü olarak onamları alınmıştır. İlk oturumda bakım verenlere kitapçıklar dağıtılmıştır. Program süreci hakkında bilgi verilmiştir. Her oturum öncesi bakım verenlerin hepsi aranmış, yer ve saat hatırlatılmıştır.

Grup süreci öncelikle o günkü grup oturumunun amacının grup yöneticisi tarafından aktarılması ile başlamıştır. Ardından o günün amacı doğrultusunda bakım verenlerin deneyimlerini aktarmaları, tartışma ve bilgi aktarımı ile devam etmiştir. Bazı oturumlarda süreç flipchart tahtasına yazma ile desteklenmiştir. Grubun son oturumunda bakım verenlere ölçekler uygulanmıştır. Her oturuma ait içerik ve oturumun yürütülme süreci açıklanmıştır:

Birinci Oturum:

Birinci oturumun ilk bölümünün amacı grup üyelerinin birbirini tanıması, programdan beklentilerin belirlenmesi, programın amacını ve hedeflerini öğrenme, grup kurallarını belirlemektir. Grup üyeleri kendisini tanıtırken genellikle hastalık süreci, nasıl başladığı ve ne kadar zaman süresince bu durumu yaşadıklarından bahsetmişlerdir. Bireyler daha çok “.....’nın annesi, ...babası, ...’nin eşi” gibi ifadelerle kendilerini tanıtmışlardır. Öncelikle ilk olarak hasta ile bağlantı kurmaksızın kendilerinin kim oldukları ve kendi bireysel deneyimlerinden bahsetmeleri konusuna vurgu yapılmıştır. Birinci oturumun ikinci bölümünün amacı kronik ruhsal hastalık tanısı nedeniyle yaşanan yoğun duyguların paylaşılmasıdır. Bu oturumda bakım verenler damgalanma, inkar, suçlanma ve kendini suçlama deneyimlerinden bahsetmişlerdir. Özellikle bakım verenler yakınlarının hastalığından dolayı kendilerini suçlamaktadırlar. Yoğun duyguların paylaşımı esnasında ağlayan bakım verenler olmuştur. Geçmişte yapmış oldukları bir davranıştan ötürü hastalığın olabileceği düşüncesi ve suçluluk hisleri ve “keşke”ler üzerinde paylaşımlar yapılmıştır. Hastalığın kalıcılığını bir çok bakım veren kabullenmiş olup hastalarından beklentilerini azalttıklarını ifade etmişlerdir. Bu oturumda bahsedilen yoğun duygulardan birisi de ebeveyn bir şey olması (hastalık, ölüm) durumunda hastasına ne olacağı ile ilgili yoğun kaygılar olmuştur. Bu durum nedeniyle çaresizlik duyguları da mevcuttur. Olumsuz hissetmelerine neden

olan duygular kadar olumlu duygulardan söz eden bakım verenler de olmuştur. Bu olumlu duyguları deneyimleyen bireyler daha çok hastasının işlevsellik düzeyinde artış sağlanabilmiş bakım verenlerdir. Bu hasta yakınları diğer bakım verenlere umut olma anlamında olumlu deneyimlerini paylaşmışlardır.

İkinci Oturum:

Bu oturumun amacı kronik ruhsal hastalıkların doğası ile ilgili bilgi sahibi olmaktır. Hastalık belirtileri, bu belirtilerin günlük yaşam üzerindeki etkisi ve bu noktada grup üyelerinin birbirini desteklemesidir. Hastalık belirtileri oturumunda her grup üyesinin yaşamış olduğu hastalık belirtilerini paylaşmaları istenmiştir. Bu belirtiler ve nedenleri grup yürütücüsünün yönlendirmesi ile paylaşılmıştır. Her üç hastalık grubunda da ortak belirtiler ve bu belirtilerin hastanın davranışına yansımaları üzerinde tartışma yapılmıştır. Belirtilere yönelik nasıl yaklaşımda bulundukları ile ilgili bakım verenler deneyimlerini paylaşmışlardır. Bu oturumda grup yürütücüne sorular da yönlendirilmiştir. Bu sorular gruba yönlendirilerek yaşanan örnek bir durum üzerinden tartışılmış ve örnek duruma ilişkin bakım verenlerin deneyimleri, zorlandıkları hastalık belirtileri ve neden olduğu davranışlarını paylaşmaları sağlanmıştır. Her oturumda her grup üyesini aktif tutacak biçimde üyelere söz hakkı verilmiştir. Bir sonraki oturum ilaçlarla ilgili oturum olduğu için grubun sonunda her bakım verenden hastasının ilaçlarını bir kâğıda yazarak gelmesi istenmiştir.

Üçüncü Oturum:

Üçüncü oturumun amacı, ruhsal hastalık tedavisi hakkında bakım verenlerin güçlendirilmesidir. Bu oturumun başında ilk olarak ilaç tedavisinin hastalığın yönetimindeki yeri ve önemi üzerinde grup tartışması yapılmıştır. İlaçlar ile ilgili yanlış inanışlar üzerinde (örneğin antipsikotiklerin bağımlılık yapma durumları) tartışılmıştır. Özellikle bu oturumda bakım verenleri etkileyen konulardan biri de yaşam boyunca ilaca bağlı olma düşüncesidir. Bazı bakım veren bireyler hastalığın yaşam boyunca kalıcı bir hastalık olduğunu kabullenmediğini belirtmiştir. Bu nedenle yaşam boyu ilaç kullanmaya ilişkin inkar tepkisi veren bakım verenler de olmuştur. Bu paylaşımlarda diğer bakım verenler devreye girmiş ve bu sürecin seyri ile ilgili kendi deneyimlerini inkar yaşayan bakım veren ile paylaşmışlardır. Daha sonra bakım veren ebeveynler ile hastalarının ilaçları üzerinde tartışılmıştır. Her ilacın ne amaçla kullanıldığı, hangi belirti için kullanıldığı grup içinde konuşulmuştur. Bilgi eksikliğinin olduğu konularda grup yönlendiricisi bilgi vermiştir. Oturum sürecinde ilaçların yan etkileri ve yan etkilerle nasıl başettikleri tartışılmıştır. Bakım

verenler özellikle yan etkiler nedeniyle ilaçların sürdürülmesi ile ilgili problemlerden bahsetmişlerdir. Bu bölüm özellikle bu konuda yaşanan sorunlar sıralanmış ve diğer oturumda tartışılabileceği de grupla paylaşılmıştır.

Dördüncü Oturum:

Son oturumun amacı bakım verenlerin stresle başetme yollarını öğrenmesidir. Bu oturumda öncelikle bireylerin mevcut başetme yolları değerlendirilmiştir. Daha sonra ev içinde ya da toplumda yaşanmakta olan sorunları belirlemişlerdir. Bir sorun problem çözme basamakları ve refleksin uygulaması birleştirilerek bakım verenler ile tartışılmıştır. Bu aşamayı uygulamak için öncelikle bakım verenlerden sorunun ne olduğunu tanımlamaları istenmiştir. Öncelikle bakım verenlerin tek tek görüşü alınmış ve tahtaya sorunun bakım verenler tarafından ifade edilen ismi yazılmıştır. Bu aşamada sorun ifadeleri çoğunlukla “Hastamın...davranması” biçiminde olmuştur. Sorunu tanımlarken soruna kendilerini katarak ismini koymalarının önemi vurgulanmış ve problemin doğru ifadesi tahtaya yazılmıştır. Daha sonraki basamakta bu sorundan etkilenenler tahtaya yazılmış ve etkilenmenin boyutları tartışılmıştır. Etkilenenlerin ne hissetmiş ne düşünmüş olabilecekleri her etkilenen kişi için listelenmiştir. Daha sonraki basamakta bakım verenler mevcut çözüm seçenekleri üretmeleri konusunda yönlendirici tarafından desteklenmişlerdir. Çözüm seçeneklerinin uygulanabilir olup olmadığı, başka hangi seçeneklerin işlevsel olabileceği tartışılmıştır. Grup üyeleri yaşanan sorunlar paylaşılırken kendi ürettikleri çözümler ve yararlı olup olmadığı konusundaki fikirleri ile diğer üyeleri desteklemişlerdir. Sürecin sonunda hafif bir sözsüz müzik eşliğinde nefes egzersizleri ve gevşeme egzersizleri yaptırılmıştır. Yaşamış oldukları stresörlerin bakım verenler üzerinde oluşturmuş olduğu duygular üzerinde bireylerin kendilerini ifade etmeleri sağlanmıştır. Bu oturumun sonunda son testler uygulanarak oturum süreci tamamlanmıştır.

3.2.7. Araştırma Planı

Araştırma planı Tablo 13’de belirtilmiştir.



Tablo 13. Araştırma Planı

	2017												2018												2019												2020-2021											
Süreç Basamakları	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Literatür tarama ve konunun belirlenmesi																																																
Etik kurul ve kurum izinlerinin alınması																																																
Tez öneri sınavının yürütülmesi																																																
Tez izlem komitesinin oluşturulması																																																
Veri toplama aracının geçerlik güvenirlik çalışması (1. Aşama)																																																
Doktora Yeterlilik sınavına girilmesi																																																
Aile destek ve psikoeğitim programının yapılandırılması (2. Aşama)																																																
Ön uygulamanın yürütülmesi																																																
Aile destek ve psikoeğitim programının uygulanması ve izlemi																																																
Kontrol grubu verilerinin toplanması ve izlemi																																																
Verilerin raporlandırılması																																																
Doktora tez savunma sınavı																																																

3.2.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde SPSS 15.0 (Statistical Package for Social Sciences) for Windows Evaluation Versiyon programı kullanılmıştır. Verilerin normal dağılım özellikleri Kolmogrov- Smirnov testi ile değerlendirilmiştir.

- Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formu ve Hasta Tanıtıcı Özellikler Formunun verilerinin değerlendirilmesinde sürekli veriler ortalama ve standart sapma, kategorik veriler ise sayı ve yüzde kullanılarak değerlendirilmiştir.
- Ölçeklerden elde edilen verilerin değerlendirilmesinde; gruptaki kayıplar nedeniyle katılımcı sayısının 30'un altında kalması ve verilerin büyük çoğunluğunun normal dağılım özellikleri göstermemesi nedeniyle nonparametrik testler kullanılmıştır.
- Müdahale ve kontrol gruplarının tanımlayıcı özellikleri arasındaki farklar Mann Whitney U ve Ki Kare testleri ile analiz edilmiştir.
- Deney ve kontrol gruplarının kendi içerisinde müdahale öncesi, sonrası, 3 ve 6. ay sonuçlarının analizlerinin karşılaştırılmasında Nonparametrik Friedman Testi kullanılmıştır.
- Zamana göre farkların hangi ölçüm ya da ölçümlerden kaynakladığının incelenmesinde Wilcoxon Rank analizi kullanılmıştır.
- Müdahale ve kontrol grupları arasındaki farkın ikili karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır.
- Anlamlılık düzeyi olarak 0.05 değeri ölçüt olarak alınmıştır.

3.2.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın sınırlılıkları çalışılan örneklem özelliklerinden kaynaklanmaktadır. Araştırma sürecinde bakım verenlere ulaşmakta zorluk yaşanmıştır. Bakım verenin yaşamış olduğu yerin uzakta olması, hastasını yalnız bırakmak istememesi, eğitime katılmaya istekli olmaması, bakım verenin ileri yaşı ve kendi sağlık problemlerinin olması gibi bakım verenler tarafından ifade edilen nedenlerden kaynaklanan örnekleme erişim problemleri yaşanmıştır. Üçüncü ve altıncı ay izlemleri ve kontrol grubunun oluşturulması sürecinde de bu sorun devam etmiştir. Bu nedenle 8 oturum (hafta) olarak planlanan oturumların 4 oturum olarak yütülmesine karar verilmiştir. Araştırmada bakım verenlere erişim sorunu nedeniyle yaşanan kayıplar bu araştırmanın sınırlılığını oluşturmaktadır.

3.2.10. Etik Kurul Onayı

Araştırmanın veri toplama aşamasına geçilmeden önce Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'ndan, Ege Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Anabilimdalı'ndan (Ek 5), İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği (Ek 6) ve Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu'ndan izin alınmıştır (Karar Tarihi: 08.06.2017, Karar No: 2017/15-21) (Ek 16). Kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylere araştırmanın amacı açıklanarak gönüllülük ilkesi doğrultusunda yazılı ve sözel onamları alınmıştır (Ek 15).



4.2. BULGULAR

Araştırmadan elde edilen sonuçlar dört başlık altında incelenmiştir:

- 4.2.1.** Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım veren bireylerin tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar,
- 4.2.2.** Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı aile destek ve psikoeğitim programının Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği puanlarına etkisine ilişkin sonuçlar,
- 4.2.3.** Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı aile destek ve psikoeğitim programının Genel Sağlık Anketi puanlarına etkisine ilişkin sonuçlar,
- 4.2.4.** Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı aile destek ve psikoeğitim programının Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarına etkisine ilişkin sonuçlardır.

4.2.1. Müdahale ve Kontrol Grubunda Yer Alan Bakım Veren Bireylerin Tanımlayıcı Özelliklerine İlişkin Sonuçlar

Müdahale grubunda yer alan bakım verenlerin yaş ortalaması 61.58 ± 8.35 , bakım verme süresi ortalaması ise 12.00 ± 8.94 yıldır ($n = 24$). Müdahale grubunda yer alan bakım verenlerin %79.2'si ($n = 19$) kadın ve %54.2'si lisans ve lisansüstü eğitim almış ($n = 11$), %79.2'si herhangi bir işte çalışmamakta ($n = 19$), %79.2'si ebeveyn (anne ya da baba) bakım veren ($n = 19$) dir. Müdahale grubunda yer alan bakım verenlerin %91.7'si hasta ile aynı evde yaşamaktadır ($n = 22$).

Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin yaş ortalaması 59.72 ± 9.93 , bakım verme süresi ortalaması ise 11.75 ± 6.89 yıldır ($n = 22$). Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin %72.7'si kadın ($n = 16$), %50'si lisans ve lisansüstü eğitim almış ($n = 11$), %90.9'u herhangi bir işte çalışmamakta ($n = 20$), %81.8'i ebeveyn (anne ya da baba) bakım verendir ($n = 18$). Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin %77.3'ü hasta ile aynı evde yaşamaktadır ($n = 17$).

Müdahale grubu ve kontrol grubu arasında yaş ve bakım süresine göre iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Müdahale ve kontrol grubu arasında cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, yakınlık düzeyi ve aynı evde yaşama durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 14).

Tablo 14. Bakım Verenlerin Sosyo-Demografik Özellikleri (n = 46)

Bakım Veren Sosyodemografik Özellikleri	Müdahale Grubu (n = 24)		Kontrol Grubu (n = 22)		Testler	
	$(\bar{X} \pm SS)$		$(\bar{X} \pm SS)$		U	p
Yaş	61.58 $\pm$ 8.35		59.72 $\pm$ 9.93		242.500	0.636
Bakım süresi	12.00 $\pm$ 8.94		11.75 $\pm$ 6.89		247.500	0.715
	n	%	n	%	χ^2	p
Cinsiyet						
Kadın	19	79.2	16	72.7	0.142 ^a	0.706
Erkek	5	20.8	6	27.3		
Eğitim durumu*						
İlköğretim&Lise	11	45.8	11	50.0	0.000 ^a	1.000
Lisans&Lisansüstü	13	54.2	11	50.0		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	5	20.8	2	9.1		0.418 ^b
Çalışmıyor	19	79.2	20	90.9		
Yakınlık düzeyi*						
Ebeveyn (Anne & Baba)	19	79.2	18	81.8		1.00 ^b
Diğer	5	20.8	4	18.2		
Aynı evde yaşama						
Evet	22	91.7	17	77.3		0.234 ^b
Hayır	2	8.3	5	22.7		
Toplam	24	100	22	100		

a: Beklenen değer 25'in altında olduğu için Yates Düzeltmeli Ki Kare testi kullanılmıştır (2x2).

b: Beklenen değer 5'in altında olduğu için Fisher Exact Test kullanılmıştır (2x2).

*: Beklenen değerler 5'in altında olduğu için gözler birleştirilerek analiz yapılmıştır.

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım veren üyelerin hasta aile üyelerine ilişkin sosyodemografik özellikler Tablo 15’de açıklanmıştır. Müdahale grubundaki bireylerin hastalarının yaş ortalaması 38.00 ± 14.44 , tanı süresi ortalaması ise 13.45 ± 10.71 yıldır. Hastaların %50’si kadın ($n = 12$), %50 ’si lisans ve lisansüstü mezunu ($n = 12$), %91.7’si herhangi bir işte çalışmamakta ($n = 22$), %62.5’i ($n = 15$) şizofreni ve şizoaffektif tanıli bireylerdir.

Kontrol grubunda yer alan bireylerin yaş ortalaması 37.04 ± 11.51 , tanı süresi 12.50 ± 6.11 yıldır. Hasta bireylerin %77.3’ü erkek ($n = 17$), %59.1’i ilköğretim ve lise mezunu ($n = 13$), %63.6’sı herhangi bir işte çalışmamakta ($n = 14$), %86.4’ü şizofreni ve şizoaffektif tanıli bireylerden oluşmaktadır ($n = 19$).

Müdahale ve kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin hastalarının yaş ve tanı süresi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Müdahale ve kontrol grupları arasında cinsiyet, eğitim durumu, hastalık tanısı değişkenleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Müdahale ve kontrol gruplarının bakım verdikleri hastaların çalışma özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin hastalarında çalışan sayısı müdahale grubuna göre daha fazladır (Tablo 15).

Tablo 15. Hastaların Sosyo-Demografik Özellikleri (n = 46)

Hasta Sosyodemografik Özellikleri	Müdahale Grubu (n = 24) ($\bar{X} \pm SS$)		Kontrol Grubu (n = 22) ($\bar{X} \pm SS$)		Testler	
					U	p
Yaş	38.00 $\pm$ 14.44		37.04 $\pm$ 11.51		258.500	0.904
Tam Süresi	13.45 $\pm$ 10.71		12.50 $\pm$ 6.11		253.500	0.817
	n	%	n	%	χ^2	p
Cinsiyet						
Kadın	12	50.00	5	22.7	2.587 ^a	0.108
Erkek	12	50.00	17	77.3		
Eğitim durumu*						
İlköğretim & Lise	12	50.00	13	59.1	0.104 ^a	0.742
Lisans & Lisansüstü	12	50.00	9	40.9		
Çalışma Durumu						
Çalışıyor	2	8.3	8	36.4		0.032^b
Çalışmıyor	22	91.7	14	63.6		
Hastalık Tanısı*						
Şizofreni ve Şizoaffektif	15	62.5	19	86.4		
Bozukluk					2.265 ^a	0.132
Duygudurum	9	37.5	3	13.6		
Bozukluğu						
Toplam	24	100	22	100		

a: Beklenen değer 25'in altında olduğu için Yates Düzeltmeli Ki Kare testi kullanılmıştır (2x2).

b: Beklenen değer 5'in altında olduğu için Fisher Exact Test kullanılmıştır(2x2).

*: Çok gözlü düzende beklenen değer 5'in altında olduğu için gözler birleştirilerek analiz yapılmıştır.

4.2.2. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçlar

Tablo 16'da Aile Destek ve Psikoeğitim Programının başetme değişkeni puanlarına etkisine ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Aile destek ve psikoeğitim müdahalesi uygulanan ve uygulanmayan her iki grubun zamana göre başetme puan ortalamalarındaki değişimin incelenmesinde Friedman Varyans analizi kullanılmıştır. **Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi öncesi ile karşılaştırıldığında**, müdahale sonrası, 3. ve 6. aylarda, müdahale grubunun başetme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 Friedman = 0.013, $p = 1.000$). Altıncı ayın sonunda müdahale grubunun başetme puan ortalaması 61.64 ± 7.59 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun da müdahale grubuna benzer olarak grup içi karşılaştırmada ilk ölçüm, 3. ay ve 6. ay ölçümleri sonunda zamana göre başetme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 Friedman = 2.119, $p = 0.548$). Kontrol grubunun ise 6. ay ölçümünde başetme puan ortalaması 56.89 ± 10.48 olarak bulunmuştur.

Müdahale grubu ile kontrol grubunun müdahale öncesi, müdahale sonrası, 3. ay ve 6.ay ölçümlerinde gruplar arasındaki fark Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. **Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi öncesi**, müdahale grubunun başetme puan ortalaması 59.73 ± 9.14 , kontrol grubunun puan ortalaması ise 58.93 ± 9.97 'dir. Programın öncesinde her iki grubun arasında başetme puan ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.005$). Müdahale öncesi ($U = 249.500$, $p = 0.750$), müdahale sonrası ($U = 217.000$, $p = 0.301$) ve 6. ay ($U = 196.000$, $p = 0.134$) izlemlerinde gruplar arasında başetme puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Üçüncü ay izlemlerinde müdahale ve kontrol grubu arasında başetme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($U = 171.000$, $p = 0.041$).

Tablo 16. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Zamana Göre Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği Puanlarının Karşılaştırması (n = 46)

Zaman Grup	Ön test ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ($\bar{X} \pm SS$)	3. ay ($\bar{X} \pm SS$)	6. ay ($\bar{X} \pm SS$)	$\chi^2(a)$	p
Müdahale Grubu (n = 24)	59.73 $\pm$ 9.14	60.46 $\pm$ 8.90	60.77 $\pm$ 10.30	61.64 $\pm$ 7.59	0.013	1.000
Kontrol Grubu (n = 22)	58.93 $\pm$ 9.97	57.50 $\pm$ 9.16	55.83 $\pm$ 6.60	56.89 $\pm$ 10.48	2.119	0.548
U	249.500	217.000	171.000	196.000		
P	0.750	0.301	0.041	0.134		

χ^2 = Friedman kıkare analizi, U = Mann Whitney U testi, p < 0.05

Müdahale ve kontrol gruplarının Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği alt boyut puanlarının zamana göre değişimi Tablo 17’de yer almaktadır. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği alt boyut puanlarının müdahale öncesi, müdahale sonrası, 3 ve 6. ay puan ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde Friedman varyans analizi kullanılmıştır. **Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi öncesi**, müdahale grubunun sosyal destek edinme alt boyutu puan ortalamaları 26.23 ± 7.13 ’dir. Müdahale grubunun müdahale öncesi yeniden anlamlandırma alt boyut puan ortalamaları 25.50 ± 3.95 iken, manevi destek arama alt boyutu puan ortalamaları 8.00 ± 3.62 olarak bulunmuştur. **Altıncı ay izlem ölçümlerinde**; sosyal destek edinme alt boyutu puan ortalamaları 27.54 ± 6.59 , yeniden anlamlandırma alt boyut puan ortalamaları 26.29 ± 2.60 , manevi destek arama alt boyut puan ortalamaları ise 7.80 ± 3.97 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunun Sosyal Destek Edinme alt boyutu, Yeniden Anlamlandırma alt boyutu ve Manevi Destek Arama alt boyutu puan ortalamaları müdahale öncesi ile karşılaştırıldığında müdahale sonrası, 3. ay ve 6. ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Kontrol grubunun Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği alt boyut puanları ilk ölçüm ile karşılaştırıldığında; sonrası ölçüm, 3. ve 6. ay ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Müdahale ve kontrol gruplarının alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın incelenmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol gruplarının manevi destek arama alt boyutu ön test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p = 0.011$). Sosyal destek edinme ve yeniden anlamlandırma alt boyutu n test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Müdahale ve kontrol grupları arasında Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği alt boyut puanları arasında müdahale sonrası, 3. ay ve 6. ayda istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$)(Tablo 17).

Tablo 17. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Zamana Göre Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırması (n = 46)

Grup \ Zaman	Ön test ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ($\bar{X} \pm SS$)	3. ay ($\bar{X} \pm SS$)	6. ay ($\bar{X} \pm SS$)	χ^2	p
Sosyal Destek Edinme						
Müdahale Grubu (n = 24)	26.23 $\pm$ 7.13	27.53 $\pm$ 6.49	26.56 $\pm$ 8.29	27.54 $\pm$ 6.59	1.004	0.800
Kontrol Grubu (n = 22)	27.80 $\pm$ 7.94	25.27 $\pm$ 7.66	23.96 $\pm$ 6.70	25.26 $\pm$ 9.52	3.4119	0.331
U	231.500	222.000	209.500	233.00		
p	0.474	0.355	0.230	0.495		
Yeniden Anlamlandırma						
Müdahale Grubu (n = 24)	25.50 $\pm$ 3.95	25.68 $\pm$ 2.99	26.79 $\pm$ 2.66	26.29 $\pm$ 2.60	4.405	0.221
Kontrol Grubu (n = 22)	25.86 $\pm$ 3.50	26.09 $\pm$ 3.59	26.45 $\pm$ 2.53	25.72 $\pm$ 2.39	4.346	0.226
U	248.500	226.500	242.500	231.500		
p	0.730	0.405	0.634	0.471		
Manevi Destek Arama						
Müdahale Grubu (n = 24)	8.00 $\pm$ 3.62	7.24 $\pm$ 3.48	7.41 $\pm$ 3.93	7.80 $\pm$ 3.97	1.260	0.739
Kontrol Grubu (n = 22)	5.26 $\pm$ 2.36	6.13 $\pm$ 3.42	5.41 $\pm$ 3.05	5.90 $\pm$ 2.67	2.860	0.414
U	149.500	201.500	192.000	194.500		
P	0.011	0.164	0.106	0.122		

χ^2 = Friedman kıkare analizi, U = Mann Whitney U testi, p < 0.05

4.2.3. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Genel Sağlık Anketi Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçlar

Tablo 18'de müdahale ve kontrol gruplarının Genel Sağlık Anketi puanlarının zamana göre karşılaştırması yer almaktadır. Genel Sağlık Anketi'nden alınan puanların zamana göre karşılaştırılmasında Friedman Varyans analizi, fark bulunması durumunda farkın ileri analizinde ise Wilcoxon Rank analizi kullanılmıştır. **Aile destek ve psikoeğitim müdahalesi öncesi;** müdahale grubunun distres puan ortalaması 6.46 ± 7.87 olup, ölçekte kesme noktası 5 ve üzeri olduğu için müdahale grubu ruhsal sağlık açısından riskli grupta yer almaktadır. Müdahale öncesi ile karşılaştırıldığında, **aile destek ve psikoeğitim müdahalesi alan grupta müdahale sonrası,** 3 ve 6. ay distres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (χ^2 Friedman = 11.963, $p = 0.008$). Müdahale grubunun zamana göre distres puan ortalamasındaki farkın hangi ölçümlerden kaynaklandığını saptamada ileri analiz için Wilcoxon Rank analizi kullanılmıştır. Müdahale grubunda ön test-son test ($p = 0.004$), ön test-3 ay ($p = 0.009$) ve ön test-6 ay ($p = 0.018$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Altıncı ay izlem ölçümlerinin sonunda müdahale grubunun distres puanı ortalaması 3.14 ± 4.76 olup, ölçeğin değerlendirmesinde risk grubunu belirleyen 5 kesme noktasının altında yer almaktadır.

Kontrol grubunun ilk ölçümde distres puanı ortalamaları 3.10 ± 5.26 'dir. Kontrol grubunun zamana göre distres puan ortalamalarında üçüncü ve altıncı aylar arasındaki ölçümlerde anlamlı bir fark bulunmuştur (χ^2 Friedman = 8.599, $p = 0.035$). Kontrol grubunda üçüncü ay ölçümlerinde bakım verenlerin distres puan ortalaması 2.90 ± 4.56 olup, altıncı ay ölçümlerinde kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin distres puan ortalamaları artarak 4.09 ± 5.95 bulunmuştur. Zaman içerisinde distres puan ortalaması kontrol grubunda artış göstermiştir. Kontrol grubunun ikili karşılaştırmalı olarak yapılan diğer ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 18).

Müdahale ve kontrol grupları arasındaki distres puan ortalamaları farkının incelenmesinde Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Müdahale grubunun distres puan ortalaması müdahale öncesinde 6.46 ± 7.87 , kontrol grubunun distres puanı ortalaması müdahale öncesinde 3.10 ± 5.26 olup, iki grup arasında müdahale öncesi istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($U = 204.000$, $p = 0.176$). Müdahale ve kontrol gruplarının sonrası ölçüm ($U = 229.500$, $p = 0.417$), 3. ay ($U = 263.00$, $p = 0.982$) ve 6. ay ($U = 221.500$, $p = 0.334$) ölçümlerinde müdahale ve kontrol

grupları arasında distres puanı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır ($p > 0.05$).



Tablo 18. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Genel Sağlık Anketi Puanlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (n = 46)

Zaman Grup	Ön test ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ($\bar{X} \pm SS$)	3. ay ($\bar{X} \pm SS$)	6. ay ($\bar{X} \pm SS$)	$\chi^2(a)$	p	Gruplar arası fark (c)
Müdahale Grubu (n=24)	6.46 $\pm$ 7.87	3.16 $\pm$ 4.69	2.45 $\pm$ 3.32	3.14 $\pm$ 4.76	11.963	0.008	Ön test-son test p = 0.004 Ön test-3 ay p = 0.009 Ön test-6 ay p = 0.018 Son test-3ay p = 0.568 Son test-6 ay p = 0.690 3 ay-6 ay p = 0.275
Kontrol Grubu (n=22)	3.10 $\pm$ 5.26	2.32 $\pm$ 4.25	2.90 $\pm$ 4.56	4.09 $\pm$ 5.95	8.599	0.035	Ön test-son test p = 0.550 Ön test-3 ay p = 0.690 Ön test-6 ay p = 0.261 Son test-3 ay p = 0.428 Son test-6 ay p = 0.052 3 ay-6 ay p = 0.002
U	204.000	229.500	263.00	221.500			
P	0.176	0.417	0.982	0.334			

χ^2a = Friedman kıkare analizi, U = Mann Whitney U Testi, c = Wilcoxon Testi, p < 0.05

Tablo 19’da Müdahale ve Kontrol Gruplarının Genel Sağlık Anketi Alt Boyut Puanlarının zamana göre karşılaştırılması yer almaktadır. Müdahale öncesi müdahale grubunda yer alan bakım verenlerin somatik semptomlar puan ortalaması 2.16 ± 2.83 , anksiyete ve uykusuzluk puan ortalaması 2.16 ± 3.30 , sosyal disfonksiyon puan ortalaması 1.25 ± 1.89 olarak bulunmuştur. Genel Sağlık Anketi alt boyutlarında, müdahale ve kontrol gruplarının zamana göre kendi içerisinde değişimi Friedman varyans analizi ile incelenmiştir. **Müdahale grubunda**, ölçeğin ilk üç alt boyutu olan somatik semptomlar (χ^2 Friedman = 9.891, $p = 0.020$), anksiyete ve uykusuzluk (χ^2 Friedman = 12.046, $p = 0.007$), sosyal disfonksiyon (χ^2 Friedman = 7.872, $p = 0.049$) alt boyutlarında zamana göre puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Her üç alt boyut için farkın hangi ölçümlerden kaynaklı olduğunu test etmek için Wilcoxon analizi kullanılmıştır. Analiz sonucunda ilk alt boyut olan somatik semptomlar alt boyutunda gruplar arasında ön test-son test ölçümleri ($p = 0.005$), ön test-3 ay ölçümleri ($p = 0.010$) ve ön test-6 ay ölçümleri ($p = 0.023$) arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0.05$). Anksiyete ve uykusuzluk alt boyutunda da ön test-3 ay ($p = 0.030$) ve ön test-6 ay ($p = 0.039$) ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır. Sosyal disfonksiyon alt boyutunda zamana göre puan ortalamaları arasında ön test-son test ($p = 0.030$) ve ön test-3 ay ($p = 0.012$) ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmaktadır ($p < 0.05$). Müdahale grubunda, son alt boyut olan ağır depresyon alt boyutunda zamana göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Kontrol grubunda Genel Sağlık Anketi alt ölçeklerinde zamana göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Müdahale ve kontrol gruplarının alt ölçek puan ortlamalarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Müdahale ve kontrol grupları alt ölçeklerinin ön test, son test, 3. ay ve 6. ay ölçüm puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$)(Tablo 19).

Tablo 19. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Genel Sağlık Anketi Alt Boyut Puanlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (n = 46)

Zaman Grup	Ön test ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ($\bar{X} \pm SS$)	3. ay ($\bar{X} \pm SS$)	6. ay ($\bar{X} \pm SS$)	χ^2	p	Gruplar arası fark (c)
Somatik Semptomlar (A)							
Müdahale Grubu (n = 24)	2.16 $\pm$ 2.83	0.91 $\pm$ 1.50	0.79 $\pm$ 1.21	0.83 $\pm$ 1.68	9.891	0.020	Ön test-son test p = 0.005 Ön test-3 ay p = 0.010 Ön test-6 ay p = 0.023 Son test-3 ay p = 0.590 Son test-6 ay p = 0.717 3 ay-6 ay p = 0.832
Kontrol Grubu (n = 22)	1.04 $\pm$ 2.05	1.09 $\pm$ 1.94	1.00 $\pm$ 1.44	1.31 $\pm$ 2.03	1.961	0.581	
U	200.500	256.500	255.000	223.000			
P	0.112	0.846	0.824	0.297			
Anksiyete ve Uykusuzluk (B)							
Müdahale Grubu (n = 24)	2.16 $\pm$ 3.30	1.16 $\pm$ 1.78	0.62 $\pm$ 1.34	0.91 $\pm$ 1.50	12.046	0.007	Ön test-son test p = 0.078 Ön test-3 ay p = 0.030 Ön test-6 ay p = 0.039 Son test-3 ay p = 0.180 Son test-6 ay p = 0.645 3 ay-6 ay p = 0.229
Kontrol Grubu (n = 22)	0.96 $\pm$ 1.68	0.68 $\pm$ 1.58	1.00 $\pm$ 1.79	1.36 $\pm$ 1.86	3.142	0.370	
U	203.000	231.000	232.000	226.000			
P	0.150	0.383	0.387	0.333			

Tablo 19. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Genel Sağlık Anketi Alt Boyut Puanlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (Devam...)

Zaman Grup	Ön test ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ($\bar{X} \pm SS$)	3. ay ($\bar{X} \pm SS$)	6. ay ($\bar{X} \pm SS$)	χ^2	p	Gruplar arası fark (c)
Sosyal Disfonksiyon (C)							
Müdahale Grubu (n = 24)	1.25 $\pm$ 1.89	0.66 $\pm$ 1.27	0.54 $\pm$ 1.06	0.73 $\pm$ 1.22	7.872	0.049	Ön test-son test p = 0.030 Ön test-3 ay p = 0.012 Ön test-6 ay p = 0.138 Son test-3 ay p = 0.582 Son test-6 ay p = 0.796 3 ay-6 ay p = 0.285
Kontrol Grubu (n = 22)	0.59 $\pm$ 0.95	0.40 $\pm$ 0.90	0.54 $\pm$ 1.05	0.95 $\pm$ 1.64	3.667	0.300	
U	217.000	243.000	259.500	256.500			
P	0.251	0.549	0.903	0.853			
Ağır Depresyon (D)							
Müdahale Grubu (n = 24)	0.87 $\pm$ 1.77	0.41 $\pm$ 1.17	0.50 $\pm$ 1.10	0.65 $\pm$ 1.49	3.684	0.298	
Kontrol Grubu (n = 22)	0.50 $\pm$ 1.10	0.13 $\pm$ 0.35	0.36 $\pm$ 0.95	0.45 $\pm$ 1.10	4.279	0.233	
U	244.500	262.500	246.500	247.000			
P	0.578	0.955	0.560	0.604			

χ^2_a = Friedman Kikare Analizi, U = Mann Whitney U Testi, c = Wilcoxon Testi, p < 0.05

4.2.4. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçlar

Tablo 20'de Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarının müdahale ve kontrol gruplarında müdahale öncesi, müdahale sonrası, 3. ay ve 6. aylar arasındaki değişimi yer almaktadır. Grupların zamana göre psikolojik dayanıklılık puanları arasındaki değişiminin incelenmesinde Friedman Varyans analizi kullanılmıştır. Müdahale grubunda program öncesi, sonrası, 3. ay ve 6. ayda zamana göre psikolojik sağlamlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 Friedman = 3.810, $p = 0.283$). Müdahale uygulanmayan bakım veren grubunda öncesi, sonrası, 3 ve 6. ay ölçümlerinde zamana göre psikolojik sağlamlık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (χ^2 Friedman = 2.836, $p = 0.418$).

Müdahale ve kontrol gruplarının ikili karşılaştırmasında Mann Whitney U testi kullanılmıştır. Müdahale grubunun müdahale öncesi psikolojik dayanıklılık puan ortalaması 67.46 ± 13.85 , kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık puan ortalaması 72.93 ± 13.94 'dir. Müdahale ve kontrol grupları arasında ön test ($U = 198.000$, $p = 0.146$), son test ($U = 243.000$, $p = 0.644$), 3. ay ($U = 256.000$, $p = 0.860$) ve 6. ay ($U = 217.000$, $p = 0.301$) ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo 20).

Tablo 20. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (n = 46)

Zaman Grup	Ön test ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ($\bar{X} \pm SS$)	3. ay ($\bar{X} \pm SS$)	6. ay ($\bar{X} \pm SS$)	$\chi^2(a)$	p
Müdahale Grubu (n = 24)	67.46 $\pm$ 13.85	69.27 $\pm$ 14.31	74.51 $\pm$ 14.30	69.51 $\pm$ 13.87	3.810	0.283
Kontrol Grubu (n = 22)	72.93 $\pm$ 13.94	71.57 $\pm$ 13.44	73.94 $\pm$ 9.16	72.33 $\pm$ 9.30	2.836	0.418
U	198.000	243.000	256.000	217.000		
P	0.146	0.644	0.860	0.301		

χ^2a = Friedman kıkare analizi, U = Mann Whitney U Testi, p < 0.05

Tablo 21’de Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği alt boyut puanlarının müdahale ve kontrol gruplarında zamana göre karşılaştırılmasına ilişkin sonuçlar yer almaktadır. Zamana göre müdahale ve kontrol gruplarının psikolojik dayanıklılık alt boyut puanlarındaki değişiminin incelenmesinde Friedman Varyans analizi kullanılmıştır. **Aile Destek ve Psikoeğitim Programı öncesi;** bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları azim ve kişisel yeterlilik alt boyutunda 43.40 ± 9.53 , olumsuz etkilere tolerans alt boyutunda 14.93 ± 3.61 , maneviyata eğilim alt boyutunda 9.12 ± 3.13 olarak bulunmuştur. **Müdahale grubunda** altıncı ayın sonunda bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık alt ölçek puan ortalamaları azim ve kişisel yeterlilik alt boyutunda 44.75 ± 8.50 , olumsuz etkilere tolerans alt boyutunda 15.72 ± 4.12 , maneviyata eğilim alt boyutunda 9.04 ± 3.07 olarak bulunmuştur. Müdahale grubunda; müdahale öncesi ile karşılaştırıldığında müdahale sonrası, 3. ay ve 6. ay ölçümlerinde azim ve kişisel yeterlilik (χ^2 Friedman = 3.776, $p = 0.287$), olumsuz etkilere tolerans (χ^2 Friedman = 3.581, $p = 0.310$) ve maneviyata eğilim (χ^2 Friedman = 4.024, $p = 0.259$) alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Müdahale grubuna benzer şekilde kontrol grubunun da zamana göre psikolojik dayanıklılık alt boyut puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Müdahale ve kontrol grupları arasında psikolojik dayanıklılık alt ölçek puan ortalamaları arasındaki fark Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Gruplar arasında azim ve kişisel yeterlilik alt boyutunda ön test ($U = 182.500$, $p = 0.073$), son test ($U = 204.000$, $p = 0.186$), 3. ay ($U = 250.500$, $p = 0.766$) ve 6. ay ($U = 201.500$, $p = 0.169$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Olumsuz etkilere tolerans alt boyutunda gruplar arasında ön test ($U = 212.500$, $p = 0.257$), son test ($U = 240.500$, $p = 0.605$), 3. ay ($U = 212.000$, $p = 0.252$) ve 6. ay ($U = 246.000$, $p = 0.692$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$). Benzer olarak maneviyata eğilim alt boyutlarında da ön test ($U = 240.000$, $p = 0.595$), son test ($U = 235.000$, $p = 0.521$), 3. ay ($U = 195.000$, $p = 0.127$) ve 6. ay ($U = 213.500$, $p = 0.262$) ölçümleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).

Tablo 21. Müdahale ve Kontrol Gruplarının Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Alt Boyut Puanlarının Zamana Göre Karşılaştırılması (n = 46)

Zaman Grup	Ön test ($\bar{X} \pm SS$)	Son test ($\bar{X} \pm SS$)	3. ay ($\bar{X} \pm SS$)	6. ay ($\bar{X} \pm SS$)	χ^2	p
Azim ve Kişisel Yeterlilik						
Müdahale Grubu (n = 24)	43.40 $\pm$ 9.53	44.12 $\pm$ 10.08	48.55 $\pm$ 10.27	44.75 $\pm$ 8.50	3.776	0.287
Kontrol Grubu (n = 22)	48.26 $\pm$ 8.03	47.45 $\pm$ 9.22	47.86 $\pm$ 6.82	47.68 $\pm$ 7.73	0.547	0.909
U	182.500	204.000	250.500	201.500		
p	0.073	0.186	0.766	0.169		
Olumsuz Etkilere Tolerans						
Müdahale Grubu (n = 24)	14.93 $\pm$ 3.61	16.11 $\pm$ 3.87	16.16 $\pm$ 3.50	15.72 $\pm$ 4.12	3.581	0.310
Kontrol Grubu (n = 22)	15.97 $\pm$ 5.30	15.45 $\pm$ 4.06	17.22 $\pm$ 3.41	16.13 $\pm$ 2.96	4.033	0.258
U	212.500	240.500	212.000	246.000		
p	0.257	0.605	0.252	0.692		
Maneviyata Eğilim						
Müdahale Grubu (n = 24)	9.12 $\pm$ 3.13	9.03 $\pm$ 2.76	9.79 $\pm$ 3.85	9.04 $\pm$ 3.07	4.024	0.259
Kontrol Grubu (n = 22)	8.68 $\pm$ 2.80	8.67 $\pm$ 2.92	8.85 $\pm$ 2.77	8.52 $\pm$ 2.76	0.481	0.923
U	240.000	235.000	195.000	213.500		
p	0.595	0.521	0.127	0.262		

χ^2 a=Friedman kıkare analizi, U= Mann Whitney U Testi, p < 0.05

5.2. TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen sonuçlar üç başlık altında tartışılmıştır:

5.2.1. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı aile destek ve psikoeğitim programının Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği puanlarına etkisine ilişkin sonuçların tartışılması,

5.2.2. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı aile destek ve psikoeğitim programının Genel Sağlık Anketi puanlarına etkisine ilişkin sonuçların tartışılması,

5.2.3. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı aile destek ve psikoeğitim programının Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği puanlarına etkisine ilişkin sonuçların tartışılmasıdır.



5.2.1. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçların Tartışılması

Bu araştırma sonucunda müdahale ve kontrol gruplarının Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği puan ortalamaları arasında müdahale sonrası ve altıncı ay ölçümleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bu bulgu araştırmanın ilk hipotezi “Aile Destek ve Psikoeğitim grubundaki kronik psikiyatri hastası bakım verenlerin başetme puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bakım verenlerin başetme puan ortalamaları arasında program öncesi, sonrası, üçüncü ve altıncı aylarda fark vardır.” hipotezini desteklememektedir. Bununla birlikte kontrol grubunun başetme puan ortalamaları zamana göre azalmakta iken müdahale grubunun başetme puan ortalamalarında zamana göre anlamlı düzeyde olmasa da bir artış olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunun başetme puanları zaman içerisinde azalırken, müdahale grubunun puanlarında artış olması programın bakım verenlerin başetmeleri üzerindeki etkisini göstermektedir. Müdahaleden hemen sonra gruplar arası başetme puanları arasında anlamlı bir farklılık olmasa da müdahale ve kontrol grubunun üçüncü ay puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark bulunmaktadır. Zamana göre müdahale grubunun başetme puanları artarken, kontrol grubunun ise puan ortalamalarının zamana göre azalması üçüncü ayda oluşan gruplar arası anlamlı farkın oluşmasına katkı sağlamış olabilir. Zamana göre kontrol grubu başetme puanlarında azalma görülürken, müdahale grubu altıncı ay ölçümüne kadar başetme puanlarını korumuştur. Bu açıdan aile destek ve psikoeğitim müdahalesi bakım veren bireylerin başetmelerinde zaman içerisinde mevcut başetme düzeyini korumalarına katkı sağlamış olabilir.

Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı aile destek ve psikoeğitim programının içeriğinde modelin bileşenlerinden bilişsel, duygusal ve davranışsal parametreler yer almıştır. Bilişsel alana yönelik müdahalelerde bakım verenlerin başetmesine yönelik bilgilendirme (psikoeğitim uygulamaları), el kitapçığı sunulması gibi uygulamalar yürütülmüştür. Duygusal alanda bakım veren başetmesini güçlendirmede ise ailelerin yaşamış oldukları yoğun duyguların paylaşılması, grup üyelerinin birbirini desteklemesi gibi yaklaşımlar uygulanmıştır. Hem bilişsel hem duygusal alana yönelik bakım verenlere reflektif düşünme yöntemi ile sorun çözme yaklaşımı uygulanmıştır. Davranışsal alana yönelik bedene yönelik başetme teknikleri uygulaması yürütülmüştür (Wright & Leahey, 2013). Bilişsel, duygusal ve davranışsal alanları içeren yaklaşımlarla yürütülen bu

müdahaleler bakım veren başetme puanlarında anlamlı düzeyde bir artış sağlamasa da bakım veren bireylerin başetme beceri düzeylerini korumalarına yardımcı olmuş olabilir.

Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği'nin üç alt boyutu olan sosyal destek edinme, yeniden anlamlandırma ve manevi destek arama alt boyutlarında da zamana göre ve gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Müdahale sonrası ve altıncı ay ölçümlerinde ise iki grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bakım verenlerin başetmelerinde olumlu müdahale etkisinin olmamasının nedenlerinden biri çalışılan örneklem grubunun özellikleri ile ilişkili olabilir. Gruplara dâhil edilen bireyler bakım verdikleri hastaların tanıları boyutuyla homojen bir örneklemden oluşmamaktadır. Müdahale ve kontrol gruplarına şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar duygudurum bozukluğu tanımlı bireylerin bakım veren aile üyeleri dâhil edilmiştir. Heterojen bir bakım veren grubu oluşturulmasının nedeni, kısa aile müdahalesinin geniş bir örneklemde erişilebilirliğini sağlamak ve çalışılan örneklemdeki veri kayıplarını önlemektir. Kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerin etkili başetmesinde etkili ve ulaşılabilir destek programları oldukça önemlidir (Abedi, Alavi, Ghazavi, Visentin, & Cleary, 2020; Harvey & O'Hanlon, 2013). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylere uygulanan psikoeğitim ve destek müdahalelerinin bakım verenlerin başetme düzeylerine olumlu etkisine ilişkin literatürde çalışma sonuçları bulunmaktadır (Lucksted ve ark., 2013; Sampogna ve ark., 2018). Bununla birlikte yapılan bir çok çalışmanın örneklem özellikleri aynı tanıdaki bireylerin bakım verenlerinden oluşmaktadır. Ön-test son-test kontrol gruplu desende yarı deneysel olarak yürütülen bir çalışmada şizofreni bakım verenlerine "kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi programı" uygulanmıştır. Müdahale grubunda yer alan bireylere haftada bir kez 120 dakikalık 7 haftalık bir program uygulanmıştır. Program sonrasında şizofreni bakım verenlerinde müdahale grubunda hem probleme yönelik başetme hem de duygu odaklı başetmeye ilişkin becerilerin arttığı görülmüştür (Ata & Doğan, 2018). Şizofreni bakım verenleri ile randomize kontrollü olarak yürütülen başka bir çalışmada ise aileden aileye uygulanan destek programının bakım verenlerinin başetme becerileri üzerinde olumlu etkisinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bademli & Çetinkaya Duman, 2014). Bipolar tanımlı bireylerin yakınlarına uygulanan psikoeğitim programının sonrasında bakım veren bireylerin adaptif başetme becerilerinde artma olduğu bulunmuştur (Sampogna ve ark., 2018).

Ön uygulama aşamasından itibaren bakım verenlerin müdahaleye dâhil olma ile ilgili yeterli motivasyonlarının olmaması araştırmanın önemli bir sınırlılığını oluşturmuştur. Bu nedenle

örneklem farklı tanı gruplarını içerecek biçimde planlanmıştır. Bununla birlikte farklı tanı gruplarına bakım veren bireylerin yaşadığı sorunlar ve sorunlara yaklaşım biçimleri de farklılık gösterebilmektedir. Şizofreni ve bipolar bireye bakım verenlerin başatme deneyimlerinin benzer olduğunu belirten sonuçlar olsa da (Ganguly ve ark., 2010) bu çalışmada bakım verenlerin benzer sorunları yaşayan bireylerle aynı grupta yer almak istediklerine ilişkin geribildirimleri de olmuştur. Aynı zamanda yapılan bir metaanaliz çalışması homojen örneklemelerde müdahale etkisinin daha yüksek olduğunu belirtmektedir (Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, & Engel, 2001). Literatürde kronik ruhsal hastalıklara yönelik farklı tanı gruplarının bakım verenlerini bir arada içeren aile destek müdahaleleri de bulunmaktadır (Sherman, 2003; Sherman, 2006). Bununla birlikte her bir tanı grubuna özgü olarak yürütülen müdahaleler çoğunluktadır (Pharoah ve ark., 2010; Justo ve ark., 2007). Aynı zamanda, şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerine yönelik yürütülen müdahalelerin (psikoeğitim) bakım verenleri olumlu etkilediğine ilişkin kanıt çalışmaları olsa da (Lobban ve ark., 2013; Okpokoro ve ark., 2014), bipolar bozukluk tanılı bireylerin bakım verenlerinde yürütülen kanıt çalışmalarındaki sonuçlar değişkenlik göstermektedir (Justo ve ark., 2007). Bipolar tanılı bireylerde aile müdahaleleri ile ilgili yürütülen bir sistematik review çalışması ailelerle yürütülen müdahale çalışmalarının hem hasta hem de bakım veren aile üyesinde olumlu etkileri olsa da uygulanan müdahalelerin süresi, formatı, karşılaştırılan gruplarla ilgili sınırlılıkların olduğunu belirtmiştir (Reinares ve ark., 2016). Bipolar bakım verenlerine yönelik başka bir sistematik reviewde bakım verenlerin başatme becerileri ve destek ihtiyacına yönelik yapılan çalışmaların sınırlı olduğu belirtilmektedir (Van der Voort ve ark., 2007). Her iki grubun hastalık tanısına bağlı yaşadığı sorunlar farklılık göstermektedir ve bu farklılıklar müdahalenin bakım veren üzerindeki etkisini sınırlandırmış olabilir.

Bu çalışmada bakım verenlerin başatmelerinde müdahalenin anlamlı düzeyde etkisinin olmamasının diğer bir nedeni müdahalenin süresi ile ilişkili olabilir. Bu çalışmanın içeriğinde bakım veren bireylerin başatme becerilerini geliştirmeye yönelik reflektif süreçler, problem çözme alıştırmaları gibi Calgary Aile Müdahale Modelinin kavramlarından bilişsel yöntemlere dayalı içerikler kullanılmıştır. Bununla birlikte bu bilişsel süreçlerin davranışa ve gerçek yaşama yansması uygulanan müdahalenin süresi ile ilişkili olabilir. Modelin uygulama basamaklarından müdahale aşamasından sonraki aşama olan sonlandırma aşamasına geçişin kararı “ailenin sorunlarla başatme becerisi kazanması” olarak belirtilmektedir (Wright & Leahey, 2004). Fakat

uygulanan program standart bir grup müdahalesi olduğu için sonlandırma aşamasında bireye özgü bir yaklaşım sergilenememesi ve oturum süresinin dört oturum olarak belirlenmiş olması da uygulamanın başatme becerilerine etkisini sınırlandırmış olabilir.

Gruplar oluşturulurken bakım verenlerden gelen geribildirimler doğrultusunda oturumlar birleştirilip oturum süreleri artırılarak oturum sayıları sekiz oturumdan dört oturuma indirilmiştir. Oturum sayısının bu şekilde yapılandırılmasının nedeni ise bakım verenlerden ön uygulama sürecinde gelen geribildirimler ve örneklemdaki kayıpların önüne geçilmesi içindir. Yapılan bazı çalışma sonuçları müdahalelerin olumlu etkisinin müdahale üç aydan daha uzun sürdüğünde ortaya çıktığını belirtmektedir (Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling, & Engel, 2001; McFarlane, 2016). Aynı zamanda müdahalenin uzunlamasına süresi kadar oturumların süresi ve etkileşim sağlanan zamanın da önemli olduğu vurgulanmaktadır (Harvey & O’Hanlon, 2013; Sin & Norman, 2013). Bu çalışmada etkileşim kurulan süre artırılrsa da oturum sayıları olarak etkileşim sağlanan süre bireyde başatme davranışı geliştirmek için yetersiz kalmış olabilir.

Sin ve Norman (2013) tarafından yapılan bir sistematik review sonucunda, kısa dönem (10 haftadan daha az) ve uzun dönem (10 haftadan fazla) uygulanan aile müdahalelerinin etkililiğine ilişkin sonuçların tutarsız olduğu belirtilmektedir. Destek programlarının süresi ile ilgili yapılan çalışma sonuçları değişkenlik göstermektedir. Randomize kontrollü bir çalışmada dört haftalık planlı davranış temelli bir problem çözme eğitim programının yatarak tedavi gören kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerin başa çıkma stilleri üzerindeki etkililiği incelenmiştir. Gruplar arasında müdahale sonrası duygu odaklı başatme biçimlerinde değişim bulunmaz iken, müdahale grubunun sorun odaklı başatme biçiminde anlamlı bir fark bulunmuştur (Abedi, Alavi, Ghazavi, Visentin, & Cleary, 2020). Başka bir çalışmada ise ruhsal hastalığa bakım veren aile bireylerine uygulanan 10 oturumluk ön test son test kontrol grubu desenli psikoeğitim müdahalesinin sonrası bireylerin başatme becerileride artma olurken, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Shin, 2004). Şizofreni tanılı bireylerde kısa aile müdahalesinin etkililiğini değerlendirilmiş olduğu bir kanıt çalışmasında müdahalenin daha çok hasta ile ilgili sonuçlara ilişkin etkisi ele alınmıştır. Bununla birlikte kanıt düzeyi düşük de olsa bakım veren aile üyesini anlamada kısa aile müdahalelerinin önemli etkisi belirtilmiştir (Okpokoro, Adams, & Sampson, 2014).

5.2.2. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Genel Sağlık Anketi Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçların Tartışılması

Distres kavramı kendi içerisinde kaygı ve depresyonu barındırmaktadır. Kaygı ve depresyon belirtilerinin kültürlerarası farklılıklar olsa da belirli somatik semptomlarla kendisini gösterebildiği belirtilmektedir (Raj, Shiri, & Jangam, 2016). Distres, bir anlamda bakım verenlerde psikolojik morbidite durumu hakkında fikir vermektedir (Kate ve ark., 2013). Bu çalışmada bakım verenlerin distres durumları Genel Sağlık Anketi ile incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda aile destek ve psikoeğitim programının Genel Sağlık Anketi puanlarına etkisi zamana göre karşılaştırıldığında; aile destek ve psikoeğitim müdahalesi alan grupta müdahale sonrası, 3. ay ve 6. ay distres puan ortalamalarının zamana göre azaldığı göze çarpmaktadır. Bununla birlikte kontrol grubunun üçüncü ay ölçümü ve altıncı ay ölçümünde distres düzeyi giderek artış göstermiş, ölçeğin kesme noktası olan risk puana (beş puan) yaklaşmıştır. Bu bulgu araştırmanın ikinci hipotezini “Aile Destek ve Psikoeğitim grubundaki kronik psikiyatri hastası bakım verenlerin distres düzeyi puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bakım verenlerin distres düzeyi puan ortalamaları arasında program öncesi sonrası, 3 ve 6. aylarda fark vardır” doğrulaması da programın zamana göre müdahale grubu üzerinde distres düzeylerine olumlu etkisi olduğunu göstermektedir.

Aile destek ve psikoeğitim programına katılan kronik ruhsal hastalığa bakım veren aile üyelerinin distres puan ortalaması müdahale öncesi 6.46 ± 7.87 'dir. Müdahale grubu, müdahale öncesi Genel Sağlık Anketinden almış oldukları ölçeğin kesme noktası olan beş ve üzeri puan ortalaması ile risk grubunda yer almaktadır. Kontrol grubunun distres puan ortalaması ise 3.10 ± 5.26 olarak bulunmuştur. Kontrol grubunun puan ortalaması risk puana yakın olup bununla birlikte bu grupta yer alan bakım verenler risk grubunda yer almamaktadır. Altıncı ayın sonunda müdahale grubunun puan ortalaması azalarak 3.14 ± 4.76 olup, riski gösteren beş puanın altına düşmüştür. Bu sonuç uygulanan aile destek ve psikoeğitim programının kronik ruhsal hastalığa bakım veren aile üyelerinin ruhsal hastalık riski (distres düzeyi) üzerinde anlamlı olumlu etkisinin olduğunu göstermektedir.

Müdahale grubunda yer alan bakım veren bireylerin distres düzeylerindeki anlamlı azalma müdahalenin modele ilişkin bileşenlerinden bilişsel ve duygusal alana yönelik yürütülen müdahalelerle açıklanabilir. Bakım verenlerin olumsuz duygularını birbiri ile etkileşim içerisinde paylaşımı, birbirinin deneyimlerinden öğrenmeleri, bakım verenlerin olumlu geribildirim

deneyimleri gibi müdahaleler olumsuz duyguları da azaltarak distres düzeyinin azalmasına katkı sağlamış olabilir. Aynı zamanda bilişsel alana yönelik uygulanan müdahalelerden reflektif süreçlere dayalı sorun çözme yaklaşımları da bakım verenlerin bilişsel anlamda sorunlara olan bakış açısını olumlu yönde etkilemiş olabilir. Bununla birlikte kontrol grubundaki bakım verenlerin 3. ve 6. aylardaki distres düzeyindeki anlamlı artışı Koronavirüs (COVID-19) pandemisi etkilemiş olabilir. Herhangi bir müdahale almayan kontrol grubunun distres düzeyi pandeminin getirmiş oldukları güçlüklerle birlikte artış göstermiş olabilir.

Literatürde ruhsal hastalıklara bakım veren aile üyeleri ile yapılan çalışmalarda distres düzeyine müdahalelerin olumlu etkisini destekleyen ve desteklemeyen çalışma sonuçları bulunmaktadır. Mottaghipour ve arkadaşları (2019) İran'da kronik ruhsal hastalığı (şizofreni, şizoaffektif ve bipolar bozukluk) olan bireylere yönelik uygulanan hasta ve aile psikoeğitimlerini derlemiş ve bu psikoeğitim uygulamalarındaki temel bileşenleri incelemişlerdir. Araştırmaya dâhil edilen 48 araştırmanın sonucunda relaps oranlarında ve ailelerin distres düzeylerinde anlamlı düzeyde azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Rezaei ve arkadaşları (2018) İran'da şizofreni bakım verenlerine yönelik yapmış oldukları randomize kontrollü araştırmada bakım veren bireylere psikoeğitim uygulamıştır. Psikoeğitim müdahalesi sonrası bakım verenlerin distres düzeylerinde anlamlı bir azalma olduğu bulunmuştur. Türkiye'de yürütülen başka bir randomize kontrollü çalışmada aileden aileye destek programı uygulanan şizofreni bakım verenlerinin kontrol grubuna göre müdahale sonrası genel sağlık düzeylerinde anlamlı düzeyde bir iyileşme olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Bademli & Çetinkaya Duman, 2014a). Yesufu-Udechuku ve arkadaşları (2015) yapmış oldukları sistematik review çalışmasında destek grup ve psikoeğitim müdahalelerinin kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerde psikolojik distresi azaltmada etkili olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte, Martí'n-Carrasco ve arkadaşlarının (2016) yapmış olduğu randomize kontrollü çalışmada şizofreni ve şizoaffektif tanılı bireylerin bakım verenlerine psikoeğitim müdahalesi uygulanmış, müdahale ve kontrol grupları arasında sosyal disfonksiyon alt boyutu dışında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Martin-Carrasco ve ark., 2016).

Müdahale grubunda Genel Sağlık Anketi alt boyutlarından somatik semptomlar, anksiyete ve uykusuzluk ve sosyal disfonksiyon alt boyutlarının puan ortalamalarının zamana göre değişiminde; müdahale grubunun puan ortalamaları zaman içerisinde azalma gösterirken, kontrol grubunda anlamlı bir değişim olmamıştır. Bu bulgu somatik semptomlar, anksiyete ve uykusuzluk

ve sosyal disfonksiyon alanlarında müdahalenin bakım veren bireylere olumlu etkisinin olduğunu düşündürmektedir. Bakım verenlerin psikolojik distres düzeyine en fazla katkı veren değişkenler arasında bakım verenin sağlık sorunları yer aldığından (Lerner, Chang, Rogers, Benson, Lyson, & Dixon, 2018) bu bulgunun önemli olduğu düşünülmektedir. Gupta ve arkadaşları (2015) yapmış oldukları çalışmada şizofreni bakım verenleri ile diğer durumlarda (Alzheimer vb) bakım veren bireylerin sağlık durumlarını karşılaştırmışlardır. Çalışmanın sonucunda şizofreni bakım verenlerinde uyku güçlüğü (%42.7), insomnia (%32.4), ağrı (%39.7), baş ağrısı (%48.0), mide rahatsızlığı (%31.7), anksiyete (%37.9) ve depresyon (%29.4) daha yüksek bulunmuştur. Smith ve arkadaşları (2019) psikoz hastalarının bakım verenlerinde psikolojik distres ile ilişkili bir problem olarak uyku sorununu vurgulamıştır (Smith, Onwumere, Craig, & Kuipers, 2019). Aile destek ve psikoeğitim müdahalesi sürecinde ortak deneyimlerin paylaşılması, yaşanan ortak sorunlara çözüm önerilerinin geliştirilmesi yoluyla edinilen bilgiler bakım verenlerde önemli bir sorun olan kaygı ve buna bağlı somatik etkileri azaltmış olabilir. Ailelere uygulanan psikoeğitim ve destek müdahalelerinde yeni bilgilerin kazanımı, deneyimlerin paylaşımı ile duyguların ifade edilebilmesinin müdahalelerin bazı temel bileşenleri olduğu belirtilmektedir (Stengård, 2003). Bu sonuç uygulanan aile destek ve psikoeğitim müdahalesi programının bakım verenlerin ruhsal sağlığı ve morbiditesinin göstergelerinden olan somatik semptomlar, anksiyete ve uykusuzluk ve sosyal disfonksiyon alanlarında etkili olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmanın sonucunda, Genel Sağlık Anketi alt boyutlarından ağır depresyon alt boyutunda müdahale ve kontrol grubunda hem zamana göre hem de grupların kendi arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonucun bir nedeni, bakım verenlerde depresif semptomları yönetmede ve iyileştirmede bakım verenlerin uzun dönemli müdahalelere olan ihtiyacı olabilir. Ağır depresyon alanında iyileşmenin etkisi uzun dönem gerektirebilmektedir (Hazel ve ark., 2004). Lee ve arkadaşlarının (2016) bu çalışmaya benzer şekilde Tayvan’da yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmalarında dört oturumdan oluşan kısa aile odaklı bakım programını yatan bipolar bozukluk tanılı hastalar ve bakım verenlerine uygulamıştır. Uygulama sonucunda standart bakım alan aile bakım verenleri ile karşılaştırıldığında Genel Sağlık Anketi genel puanında ve alt boyutlardan depresyon alt boyutunda zamana göre fark bulunurken, gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Müdahalenin bakım verenlerin aile işlevselliğinde anlamlı etkileri olduğu bulunurken bakım verenlerin algılanan sağlık durumları ve bakım yüklerine herhangi bir anlamlı

etkisi olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Lee ve ark., 2016). Shiraishi ve arkadaşları (2019) yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmalarında, bu çalışmaya benzer şekilde psikoz tanılı bireylerin bakım verenlerine dört oturumdan oluşan standart bir psikoeğitim müdahalesi uygulamıştır. Müdahaleden hemen sonra ve sonrası bir aylık izlem sonucunda gruplar arasında bakım verenlerin distres düzeylerinde anlamlı bir fark bulunmamıştır. Uygulanan müdahalenin ve etkileşim süresinin uzaması müdahalenin depresif yakınmalara olan etkisini artırabilir. Rezaei ve arkadaşlarının (2018) yapmış oldukları randomize kontrollü çalışmada 10 oturumdan oluşan psikoeğitim müdahalesi sonrasında müdahale grubunun ağır depresyon puanlarında anlamlı düzeyde bir azalma olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Rezaei ve ark., 2018).

5.2.3. Calgary Aile Müdahale Modeli'ne Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği Puanlarına Etkisine İlişkin Sonuçların Tartışılması

Araştırma sonucunda aile destek ve psikoeğitim müdahalesi alan grup ile kontrol grubunun zamana göre ve gruplar arası karşılaştırmada dayanıklılık puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde bir değişim olmamıştır. Müdahale grubundaki bakım veren bireylerin müdahale öncesi puan ortalamaları 67.46 ± 13.85 olup, müdahale sonrası altıncı ayda 69.51 ± 13.87 olarak bulunmuş ve anlamlı düzeyde bir değişim görülmemiştir. Bu bulgu araştırmanın üçüncü hipotezi olan “Aile Destek ve Psikoeğitim grubundaki kronik psikiyatri hastası bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları ile kontrol grubundaki bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları arasında program öncesi, program sonrası, 3. ay ve 6. aylarda fark vardır.” hipotezini doğrulamamaktadır.

Literatürde kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerin risk faktörlerini azaltma ve psikolojik dayanıklılıklarını artırmada destek ve psikoeğitim programlarının önemi vurgulanmaktadır (Zauszniewski ve ark., 2010). Bu çalışmada ise destek ve psikoeğitim müdahalesi alan grup ile kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık puanları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Araştırmadan elde edilen bu bulguyu literatürde destekleyen ve desteklemeyen çalışma sonuçları bulunmakla birlikte, özellikle son dönemde İran’da kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerde dayanıklılığı artırmaya yönelik müdahale araştırmaları psikoeğitimin olumlu etkilerine yönelik sonuçlar ortaya koymaktadır. Seyedfatemi ve arkadaşları (2019) tarafından İran’da yapılan yarı deneysel bir çalışmada sanal sosyal ağ temelli psikoeğitim müdahalesinin kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinin dayanıklılık düzeylerine etkisi incelenmiştir. Müdahaleden hemen sonra ve bir ay sonra yürütülen izlemlerde müdahale grubunun psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarında müdahale sonrası anlamlı bir artış olduğu bulunmuştur (Seyedfatemi, Ahmadzad Asl, Bahrami, & Haghani, 2019). İran’da yürütülen başka bir çalışmada ise şizofreni bakım verenlerine uygulanan psikolojik grup müdahalesinin psikolojik dayanıklılık üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla ön test son test kontrol gruplu yarı deneysel bir araştırma yürütülmüştür. Müdahale sonrasında grupların psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Müdahale grubunun psikolojik dayanıklılık puan ortalamalarında müdahale sonrası anlamlı düzeyde artış olmuştur

(Taghavilarijani, Noughani, & Danandehfard, 2019). Sungprakhong (2019) yapmış olduğu yarı deneysel araştırmada saldırgan davranışları olan şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerine dayanıklılık programı uygulamıştır. Müdahaleden hemen sonra ve üç ay sonraki izlemlerde kontrol grubuna göre müdahale uygulanan bireylerin dayanıklılık düzeylerinde anlamlı düzeyde artış olduğu bulunmuştur. Şizofreni bakım verenleri ile yürütülen başka bir deneysel araştırmada bakım verenlere uygulanan 15 oturumluk grup müdahalesinin bakım verenlerin dayanıklılık düzeylerine etkisi değerlendirilmiştir. Müdahale sonrası ölçümlerde müdahale grubu ile kontrol grubunun dayanıklılık toplam puanları arasında hem toplam ölçek hem de alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde artış olduğu bulunmuştur (Kazemian, Zarei, & Esmaeeli, 2019). Zoladl ve arkadaşları (2020) yapmış olduğu deneysel araştırmada ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerine işbirlikçi bakım modeline dayalı psikososyal grup müdahalesi uygulamışlardır. Müdahale sonunda bakım verenlerin dayanıklılık puanlarında artış olmuştur.

Bu çalışmada grupların dayanıklılık puanlarında müdahale sonrası ve grupların kendi arasında anlamlı değişimin olmaması iki temel neden ile açıklanabilir. Bunlardan ilki örneklem özellikleri ile ilişkili iken, diğeri müdahale programının içeriği ile ilişkili olabilir. Hem örneklem özellikleri hem de müdahalenin içeriği boyutuyla özellikle bakım veren bireylerin başetme becerilerine vurgu yapılabilir (Heru & Drury, 2011). Literatürde uygulanan dayanıklılık müdahalelerinin içeriğinin başetmeye dönük olarak uygulanan diğer psikososyal müdahalelerin içeriğinden sistematik olarak farklı olmadığı belirtilmektedir (Forbes & Fikretoğlu, 2018). Şu ana kadar dayanıklılığı değerlendirmede herhangi bir “altın standart” ya da doğrudan bir sonuç değişkeni tanımlanmamakla birlikte (Chmitorz ve ark., 2018; Mizuno, Wartelsteiner, & Frajo-Apor, 2016), kronik ruhsal hastalığa bakım veren aile üyesinin dayanıklılığı, bakımın getirmiş olduğu stresörlerle etkili başetme ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir (Zauszniewski ve ark., 2010; Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2015). Kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerin dayanıklılık becerilerinin geliştirilmesinde “koruyucu faktörler”in geliştirilmesinin oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (Forbes & Fikretoğlu, 2018; Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2009; Zauszniewski, Bekhet, & Suresky, 2015; Zhao, Lee, Baney, Penrod, & Schubart, 2016). Uygulanan destek programın kendisi de bir koruyucu faktör olmakla birlikte (Zhao, Lee, Baney, Penrod, & Schubart, 2016), başetme becerileri de bu koruyucu faktörlerden biridir. Başetme ve dayanıklılık birbirinden farklı fakat birbiri ile ilişkili yapılardır. Bireylerin pozitif başetme

becerilerinin dayanıklılık düzeylerine de katkı sağladığı belirtilmektedir (Rice & Liu, 2016). Herbert ve arkadaşları (2013) şizofreni tanılı bireylerin aile üyeleri ile yapmış oldukları tanımlayıcı çalışmanın sonucunda, dayanıklılık ile problem çözme ve sosyal destek gibi başetme yöntemleri arasında anlamlı ve pozitif yönde, inkâr başetme yöntemi ile negatif yönde bir ilişki bulunduğu sonucuna ulaşmışlardır (Herbert, Manjula, & Philip, 2013). Brémault-Phillips ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları kalitatif araştırmada bakım verenler dayanıklılığı kolaylaştıran çeşitli faktörler tanımlamışlardır. Bu faktörler arasında spiritüalite ve başetme becerileri de yer almaktadır. Uygulanan aile destek ve psikoeğitim müdahalesinin sonucunda başetme puanlarında da anlamlı değişimin olmaması bu sonucu destekler niteliktedir.

Bu çalışmada grupların dayanıklılık puanlarında müdahale sonrası ve grupların kendi arasında anlamlı fark çıkmamasını etkilemiş olabileceği düşünülen önemli diğer bir etken müdahalenin içeriği ile ilişkili olabilir. Çok düzeyli yürütülen bir meta-analiz sonucu, dayanıklılığı destekleyen müdahalelerin küçük ama istatistiksel olarak anlamlı bir genel etki sağladığını göstermektedir. Bununla birlikte dayanıklılığı geliştirmeye yönelik müdahalelerin tipi ve içeriği ile ilgili literatürde geniş farklılıklar bulunmaktadır (Tahamata & Kaloeti, 2020; Liu ve ark., 2020). Dayanıklılık müdahalelerinin etkililiğinin değerlendirilmiş olduğu başka bir meta analiz çalışmasında dayanıklılık müdahalelerini tanımlayan sınırları çizilmiş, net bir yaklaşımın olmadığı ve çalışmaların kısa süreli izlemlerine ilişkin sonuçların olduğu belirtilmiştir (Leppin ve ark., 2014). Chmitorz ve arkadaşları (2018) tarafından yapılan bir sistematik review çalışmalarında 1979 ile 2014 yılları arasında yürütülen müdahale çalışmalarını incelenmiştir. Yapılan çalışmaların dayanıklılık kavramındaki farklı kullanımlarından dolayı tasarım ve değerlendirmeleri ile ilgili majör sorunların olduğuna vurgu yapılmıştır.

Bu çalışmanın müdahale içeriğinde; modelin bileşenlerinden bilişsel, duygusal ve davranışsal parametrelere yönelik uygulamalara yer verilmiştir. Uygulanan bilişsel alana yönelik müdahaleler bilgilendirme, reflektif süreçler, sorun çözme yaklaşımları iken duygusal alana yönelik müdahaleler yoğun duyguların paylaşımı şeklindedir. Bununla birlikte yapılması planlanan davranışsal müdahalelere (ev ödevleri, rol oynama vb) müdahalenin kısa süreli olması ve bakım verenlerin müdahaleye ilişkin motivasyonları nedeniyle yeterli zaman ayıramamıştır. Davranışsal alanda müdahalelere yeterli zaman ayıramaması bakım verenlerin dayanıklılık düzeylerine etkisini sınırlandırmış olabilir. Yapılan bir sistematik review ve meta analiz çalışmasında bilişsel

davranışçı terapi ve mindfulness temelli teknikleri kullanan psikososyal müdahalelerin bireysel dayanıklılığı geliştirmede olumlu etkisinin olduğu bulunmuştur (Joyce, Shand, Tighe, Laurent, Bryant, & Harvey, 2018). Literatürde uygulanan dayanıklılık müdahaleleri ve bu programların etkililiğini değerlendiren başka bir kanıt çalışmasında dayanıklılık müdahaleleri için “en uygun” olarak belirtilen bir zaman aralığının olmadığı, zaman aralığı değişse de uygulanan müdahalelerin %90’ının çoklu oturumlardan oluştuğu belirtilmiştir (Forbes & Fikretoğlu, 2018). Dayanıklılık kavramı dinamik bir yapıdadır ve dayanıklılık sürecine giden yol her birey için farklılık göstermektedir (Kelle & Uysal Irak, 2018).

Literatürde dayanıklılık müdahalelerinin etkililiğine ilişkin sonuçlar ağırlıklı olsa da, Fraser ve arkadaşları (2008) Avustralya’da ruhsal hastalığı olan ebeveynlerin bakım veren çocuklarına yönelik uygulanan kontrol gruplu psikososyal grup müdahalesi sonrası müdahale uygulanan grup ile kontrol grubu arasında anlamlı fark olmadığını belirtmiştir. Khalifi ve arkadaşları (2020) bipolar tanımlı bireylerin bakım verenlerine uygulanan psikoeğitim programının bakım verenlerin dayanıklılık düzeylerine etkisi incelenmiştir. Müdahale sonrası psikoeğitim uygulanan grupta dayanıklılık puanında anlamlı bir değişim olsa da gruplar arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Khalifi & Bahrami, 2020). Bu sonuçlar bu araştırmadan elde edilen bulgular ile benzerlik göstermektedir. Fraser ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında yürütülen dayanıklılık müdahalelerinin içeriğinin revize edilmesinin önemine de vurgu yapılmıştır (Fraser & Pakenham, 2008). Dayanıklılığın özellikle kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylerde önemi literatürde vurgulanmakla birlikte, bu konuda uygulanan müdahalelerin metodolojisi ve tasarımı ile sınırlılıklar bulunmaktadır (Liu ve ark., 2020).

6.2. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.2.1. Sonuçlar

Bu bölümde araştırma sonucunda kronik ruhsal hastalığa bakım veren aile üyelerine Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı uygulanan aile destek ve psikoeğitim programının bakım verenlerin başetme, psikolojik distres ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine etkisine ilişkin sonuçlar yer almaktadır:

- Müdahale grubunda yer alan bakım verenlerin yaş ortalaması 61.58 ± 8.35 , bakım verme süresi ortalaması 12.00 ± 8.94 yıldır ($n = 24$). Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin yaş ortalaması 59.72 ± 9.93 , bakım verme süresi ortalaması ise 11.75 ± 6.89 yıldır ($n = 22$). Müdahale grubu ve kontrol grubu arasında yaş, bakım süresi, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, yakınlık düzeyi ve aynı evde yaşama durumu gibi sosyodemografik değişkenler açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0.05$).
- Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi alan grubun zamana göre başetme puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- Üçüncü ay izlemlerinde müdahale ve kontrol grubu arasında başetme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
- Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi alan grup ile kontrol grubunun başetme puanları arasında müdahale sonrası ve altıncı ay ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi alan grubun zamana göre psikolojik distres puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur.
- Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi alan grubun zamana göre Genel Sağlık Anketi puanlarında azalma olduğu bulunmuştur.
- Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi alan grubun Genel Sağlık Anketi alt boyutlarından somatik semptomlar, anksiyete ve uykusuzluk ve sosyal disfonksiyon alt boyutlarında zamana göre azalma olduğu, depresyon alt boyutunda zamana göre anlamlı bir değişim olmadığı bulunmuştur.

- Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi alan grup ile kontrol grubunun psikolojik distres puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi alan grubun zamana göre psikolojik dayanıklılık puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.
- Calgary Aile Müdahale Modeli'ne dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi alan grup ile kontrol grubunun psikolojik dayanıklılık puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

6.2.2. Öneriler

Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda araştırmaya yönelik, uygulamaya yönelik öneriler bu bölümde yer almaktadır:

Araştırmaya Yönelik Öneriler:

- Calgary Aile Modeline Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi'nin bakım verenlere özgü sonuçlarının/etkililiğinin incelenmesi için ruhsal hastalığa bakım veren bireylere yönelik “bireysel” psikososyal müdahaleleri içeren araştırmaların planlanması,
- Calgary Aile Müdahale Modeline Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Müdahalesi'nin müdahale içeriğine ayrılan sürenin artırılması ve uzun süreli izlemelerin yürütüldüğü çalışmaların yapılması,
- Aileleri uzun dönemli müdahalelerin içerisinde yer almaya motive edecek araştırma stratejilerinin planlanması,
- Bu çalışma üç ayrı ruhsal hastalık tanılı bireylerin bakım verenlerine uygulanmış olduğu için kronik ruhsal hastalığa bakım veren bireylere farklı tanı gruplarına göre (şizofreni, bipolar afektif bozukluk vb) ayırarak müdahalelerin planlanması ve karşılaştırmalı olarak etkilerinin değerlendirilmesi,
- Kronik ruhsal hastalığa bakım veren ailelerin planlanan müdahalelere katılmaya ilişkin engellerinin kapsamlı olarak incelenmesi,
- Uygulanması planlanan aile başatme ve dayanıklılık müdahalelerinin uzun dönemli ve içeriğinin bilişsel davranışçı ilkeler ve/veya mindfulness yaklaşımlarını içerek şekilde planlanması önerilir.

Uygulamaya/Hizmetlere Yönelik Öneriler:

- Calgary Aile Müdahale Modeli'nin ülkemizdeki tanıtımını sağlama ve modelin geliştirilmesine katkı sağlamak için ailelerle çalışan hemşirelere yönelik programların planlanması ve yürütülmesi,
- Kronik ruhsal hastalık tanısı alan bireylerin ilk andan itibaren aileyi de sürece dâhil ederek tedavi ve bakımlarının planlanması oldukça önemlidir. Bu nedenle psikiyatrik bakımın içerisinde hasta ile ilk karşılaşmada aile ile iş birliğinin başlatılarak psikososyal müdahalelere ailelerin dâhil edilmesi,

- Aile müdahalelerinin psikiyatrik bakım verilen yataklı birimler ve poliklinik hizmetlerinde rutin bakımın içerisine entegre edilmesi ve sistemin içerisinde devamlılığını sağlayacak uygulamaların yapılandırılması,
- Psikiyatrik bakım verilen yataklı birimler, poliklinik hizmetlerinde ve toplum ruh sağlığı merkezlerinde aile müdahalelerini uygulamak için sağlık profesyonellerine yönelik eğitimlerin planlanması,
- Bakım veren aile üyelerini psikososyal müdahalelere katılmaya motive etme ve istekliliklerini artırmak için çalışmaların yürütülmesi,
- Ailelerin en fazla ihtiyaç duyduğu dönemlerden biri olan akut psikiyatrik bakıma yönelik aile müdahalelerin planlanması önerilir.

7.2. TEZİN BÜTÇESİ

Tezin bütçesi için DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP)'e yapılan başvuru kabul edilmiş ve DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) Şube Müdürlüğü tarafından 2018.KB.SAG.021 sayı ile desteklenmiştir.

8.2. KAYNAKLAR

- Abedi, Z., Alavi, M., Ghazavi, Z., Visentin, D., & Cleary, M. (2020). Improving coping styles in family caregivers of psychiatric inpatients using planned behavior problem-solving training. *Journal of Nursing Research*, 28(1), e70. <http://dx.doi.org/10.1097/jnr.0000000000000320>
- Akbari, M., Alavi, M., Irajpour, A., & Maghsoudi, J. (2018). Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: A narrative review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(5), 329. http://dx.doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_122_17
- Akgül, A. (2005). *Tıbbi Araştırmalarda İstatistiksel Analiz Teknikleri SPSS Uygulamaları*. Ankara: Emek, 3. baskı, 440-446.
- American Psychiatric Association (APA, 2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Arciszewska, A. I., Siwek, M., & Dudek, D. (2015). Caregiving burden and psychological distress among spouses of bipolar patients-comparative analysis of subtype I and II. *Psychiatria Polska*, 49(6), 1289-1302. Doi: <http://dx.doi.org/10.12740/pp/onlinefirst/32177>
- Arslantaş, H. (2018). Burden and coping strategies of psychiatric patients' caregivers (Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve baş etme stratejileri). *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*, 4(1), 39-47.
- Ata, E. E., & Doğan, S. (2018). The effect of a Brief Cognitive Behavioural Stress Management Programme on mental status, coping with stress attitude and caregiver burden while caring for schizophrenic patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 112-119. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.10.004>
- Aydemir, Ö., & Köroğlu, E. (2014). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 5.
- Bademli, K., & Çetinkaya Duman, Z. (2011). Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(4), 255-65.
- Bademli, K., & Duman, Z. Ç. (2013). Caregivers of schizophrenia patients. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478. <http://dx.doi.org/10.5455/cap.20130529>

- Bademli, K., & Duman, Z. Ç. (2014a). Effects of a family-to-family support program on the mental health and coping strategies of caregivers of adults with mental illness: a randomized controlled study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(6), 392-398. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.08.011>
- Bademli, K., & Duman, Z. Ç. (2014b). Aileden aileye destek programına ilişkin deneyimler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 7(2).
- Batra, B. S., Ghildiyal, R., & Mathews, M. M. (2014). Coping strategies among caregivers of patients with schizophrenia: a descriptive study. *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 1(14), 20-29. doi: <http://dx.doi.org/10.9790/0853-141262029>
- Beavers, A. S., Lounsbury, J. W., Richards, J. K., Huck, S. W., Skolits, G. J., & Esquivel, S. L. (2013). Practical considerations for using exploratory factor analysis in educational research. *Practical Assessment, Research & Evaluation*, 18. Doi: <https://doi.org/10.7275/qv2q-rk76>
- Bell, J. M. (2009). *Family systems nursing: re-examined*. *Journal of Family Nursing*, 5(2), 123-129. <https://doi.org/10.1177/1074840709335533>
- Bertalanffy, L. von. (1968). *General systems theory: Foundations, development, application*. New York: George Braziller.
- Bishop, M., & Greeff, A. P. (2015). Resilience in families in which a member has been diagnosed with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(7), 463-471. Doi: <https://doi.org/10.1111/jpm.12230>
- Black, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 33-55. <https://doi.org/10.1177/1074840707312237>
- Brémault-Phillips, S., Parmar, J., Johnson, M., Huhn, A., Mann, A., Tian, V., & Sacrey, L. A. R. (2016). The voices of family caregivers of seniors with chronic conditions: a window into their experience using a qualitative design. *Springerplus*, 5(1), 620. <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2244-z>
- Bucci, S., Berry, K., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2016). Family interventions in psychosis: A review of the evidence and barriers to implementation. *Australian Psychologist*, 51(1), 62-68. <http://dx.doi.org/10.1111/ap.12172>

- Bui, Q. N., Han, M., Diwan, S., & Dao, T. (2018). Vietnamese-American family caregivers of persons with mental illness: Exploring caregiving experience in cultural context. *Transcultural Psychiatry*, 55(6), 846-865. Doi: <https://doi.org/10.1177/1363461518793185>
- Campos, L., Mota Cardoso, C., & Marques-Teixeira, J. (2019). The paths to negative and positive experiences of informal caregiving in severe mental illness: a study of explanatory models. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(19), 3530. <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph16193530>
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T. K. J., Irarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., & Williams, D. R. (2017). Schizophrenia: impact on family dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 2. <http://doi.org/10.1007/s11920-017-0756-z>
- Chadda, R. K., Singh, T. B., & Ganguly, K. K. (2007). Caregiver burden and coping: A prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42(11), 923–930. <http://doi.org/10.1007/s00127-007-0242-8>
- Chan, S.W. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339–349. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.008>
- Chang, K. J., Huang, X. Y., Cheng, J. F., & Chien, C. H. (2018). The chronic sorrow experiences of caregivers of clients with schizophrenia in Taiwan: A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 281-286. <https://doi.org/10.1111/ppc.12235>
- Chang, S., Zhang, Y., Jeyagurunathan, A., Lau, Y. W., Sagayadevan, V., Chong, S. A., & Subramaniam, M. (2016). Providing care to relatives with mental illness: reactions and distress among primary informal caregivers. *BMC Psychiatry*, 16(1), 80. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0786-9>.
- Chaturvedi, S. K., Hamza, A., & Sharma, M. P. (2014). Changes in distressing behavior perceived by family of persons with schizophrenia at home—25 years later. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 36(3), 282. <http://doi.org/10.4103/0253-7176.135381>

- Chien, W. T., Bressington, D., & Chan, S. W. (2018). A randomized controlled trial on mutual support group intervention for families of people with recent-onset psychosis: A four-year follow-up. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 710. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00710>
- Chien, W. T., Chan, S., Morrissey, J., & Thompson, D. (2005). Effectiveness of a mutual support group for families of patients with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 51(6), 595-608. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03545.x>
- Chien, W. T., Chan, S. W., & Thompson, D. R. (2006). Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. *The British Journal of Psychiatry*, 189(1), 41-49. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.105.008375>
- Chien, W. T. (2008). Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *The Open Nursing Journal*, 2, 28. [10.2174/1874434600802010028](https://doi.org/10.2174/1874434600802010028)
- Chien, W. T., & Norman, I. (2009). The effectiveness and active ingredients of mutual support groups for family caregivers of people with psychotic disorders: a literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(12), 1604-1623. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.04.003>
- Chien, W. T., Leung, S. F., Yeung, F. K., & Wong, W. K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: psychosocial interventions and patient-focused perspectives in psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. <https://doi.org/10.2147/NDT.S492633>.
- Chmitorz, A., Kunzler, A., Helmreich, I., Tüscher, O., Kalisch, R., Kubiak, T., ... & Lieb, K. (2018). Intervention studies to foster resilience—A systematic review and proposal for a resilience framework in future intervention studies. *Clinical Psychology Review*, 59, 78-100. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.11.002>
- Claxton, M., Onwumere, J., & Fornells-Ambrojo, M. (2017). Do family interventions improve outcomes in early psychosis? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, 8, 371. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00371>
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>

- Cunha, D., & Relvas, A.P. (2016). Inventário de avaliação pessoal orientado para a crise em família (F-COPES). *Avaliação Familiar: Vulnerabilidade, Stress E Adaptação*, 2: 19-35. https://doi.org/10.14195/978-989-26-1268-3_1
- Çapık, C., Gözümlü, S., & Aksayan, S. (2018). Intercultural scale adaptation stages, language and culture adaptation: updated guideline (Kültürlerarası ölçek uyarlama aşamaları, dil ve kültür uyarlaması: güncellenmiş rehber). *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi* 26(3):199-210. <https://doi.org/10.26650/FNJD397481>
- Çetinkaya Duman, Z. (2015). Çocuk-ergen ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde aile temelli yaklaşım. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 1(2), 92-99.
- Dadson, D. A., Annor, F., & Salifu Yendork, J. (2018). The burden of care: Psychosocial experiences and coping strategies among caregivers of persons with mental illness in Ghana. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(11), 915-923. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1496208>
- Del-Pino-Casado, R., Espinosa-Medina, A., Lopez-Martinez, C., & Orgeta, V. (2019). Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 242, 14-21. Doi: [10.1016/j.jad.2018.08.002](https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.002)
- Denham, S., Eggenberger, S., Young, P., & Krumwiede, N. (2015). *Family-Focused Nursing Care*. FA Davis.
- Deniz, K.Z. (2007). The adaptation of psychological scales (psikolojik ölçme aracı uyarlama). *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 40,1: 1-16. https://doi.org/10.1501/Egifik_0000000180
- Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & Trend Group. (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94(3), 361-366. <https://doi.org/10.2105/ajph.94.3.361>
- Dirik, A., Sandhu, S., Giacco, D., Barrett, K., Bennison, G., Collinson, S., & Priebe, S. (2017). Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review. *BMJ Open*, 7(9), e017680. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017680>
- Dixon, L. B., Dickerson, F., Bellack, A. S., Bennett, M., Dickinson, D., Goldberg, R. W., ... & Peer, J. (2010). The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations

- and summary statements. *Schizophrenia Bulletin*, 36(1), 48-70.
<https://doi.org/10.1093/schbul/sbp115>
- Doody, O., Butler M.P., Lyons, R., Newman, D. (2017). Families' experiences of involvement in care planning in mental health services: an integrative literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 24(6), 412-430. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/jpm.12369>
- Doran, D. (2010). *Nursing Outcomes*. Jones & Bartlett Learning.
- Drapalski, A., Leith, J., & Dixon, L. (2009). Involving families in the care of persons with schizophrenia and other serious mental illnesses: History, evidence, and recommendations. *Clinical Schizophrenia & Related Psychoses*, 3(1), 39-49.
- Duhamel, F. (2010). Implementing family nursing: How do we translate knowledge into clinical practice? Part II: The evolution of 20 years of teaching, research, and practice to a Center of Excellence in Family Nursing. *Journal of Family Nursing*, 16(1), 8-25.
<https://doi.org/10.1177/1074840709360208>
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2017). Building Resilience: A Key Pillar Of Health 2020 And The Sustainable Development Goals-Examples from the WHO Small Countries Initiative.
https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/341075/resilience-report-050617-h1550-print.pdf
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ, 2012). Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/78898> (Erişim tarihi: Haziran, 2020)
- Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ). (2019). Mental Disorders. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (Erişim tarihi: Haziran, 2020)
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(2), 73-82.
<https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x>
- Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., & Priebe, S. (2017). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: a systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*, 4(10), e006108. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006108>

- Erkorkmaz, Ü., Etikan, Ü., Demir, O., Özdamar, K., Sanisoğlu, S.Y. (2013). Confirmatory factor analysis and fit indices: review. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 33(1), 210-223. doi: <http://dx.doi.org/10.5336/medsci.2011-26747>
- Espe-Sherwindt, M. (2008). Family-centred practice: collaboration, competency and evidence. *Support For Learning*, 23(3), 136-143. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9604.2008.00384.x>
- Fabrigar, L.R., Wegener, D.T., MacCallum, R.C., Strahan, E.J. (1999). Evaluating the use of exploratory factor analysis in psychological research. *Psychological Methods*, 4(3), 272. <https://doi.org/10.1037/1082-989X.4.3.272>
- Fischer, J., & Corcoran, K. (2007). *Measures for Clinical Practice and Research: A Sourcebook: Couples, Families, and Children* (Vol. 1). New York: Oxford University Press.
- Fletcher, D., & Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. *European Psychologist*, 18(1), 12. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000124>
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). The relationship between coping and emotion: Implications for theory and research. *Social Science & Medicine*, 26(3), 309-317. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(88\)90395-4](https://doi.org/10.1016/0277-9536(88)90395-4)
- Forbes, S., & Fikretoğlu, D. (2018). Building resilience: The conceptual basis and research evidence for resilience training programs. *Review of General Psychology*, 22(4), 452-468. <https://doi.org/10.1037%2Fgpr0000152>
- Foster, K., O'Brien, L., & Korhonen, T. (2012). Developing resilient children and families when parents have mental illness: A family-focused approach. *International Journal of Mental Health Nursing*, 21(1), 3-11. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0349.2011.00754.x>
- Fraser, E., & Pakenham, K. I. (2008). Evaluation of a resilience-based intervention for children of parents with mental illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(12), 1041-1050. <https://doi.org/10.1080/00048670802512065>
- Friedemann, M. L. (1989). The concept of family nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 14(3), 211-216. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1989.tb01527.x>

- Friedman-Yakoobian, M. S., De Mamani, A. W., & Mueser, K. T. (2009). Predictors of distress and hope in relatives of individuals with schizophrenia. *Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences*, 46(2), 130.
- Ganguly, K. K., Chadda, R. K., & Singh, T. B. (2010). Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: A qualitative study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13(2), 126-142. <https://doi.org/10.1080/15487761003757009>
- Gelkopf, M., & Roe, D. (2014). Evaluating outcome domains assessing caregivers of individuals with mental illness: A review. *Family Process*, 53(1), 150-174. <https://doi.org/10.1111/famp.12056>
- Geriani, D., Savithry, K. S. B., Shivakumar, S., & Kanchan, T. (2015). Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: a correlation to personality and coping. *Journal of Clinical and Diagnostic Research: JCDR*, 9(3), VC01. [10.7860/JCDR/2015/11342.5654](https://doi.org/10.7860/JCDR/2015/11342.5654)
- Gísladóttir, M., & Svavarsdóttir, E. K. (2011). Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(2), 122-130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x>
- Glynn, S. M. (2012). Family interventions in schizophrenia: Promise and pitfalls over 30 years. *Current Psychiatry Reports*, 14(3), 237–243. <http://doi.org/10.1007/s11920-012-0265-z>
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., van Wijngaarden, B., Papoila, A. L., Schene, A. H., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2013). Impact of psychosis on Portuguese caregivers: a cross-cultural exploration of burden, distress, positive aspects and clinical-functional correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2), 325-335. <http://doi.org/10.1007/s00127-012-0516-7>
- Goossens, P. J., Van Wijngaarden, B., Knoppert-Van Der Klein, E. A., & Van Achterberg, T. (2008). Family caregiving in bipolar disorder: caregiver consequences, caregiver coping styles, and caregiver distress. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(4), 303-316. <https://doi.org/10.1177/0020764008090284>
- Graber, R., Pichon, F., & Carabine, E. (2015). *Psychological Resilience: State of Knowledge and Research Agendas*. Overseas Development Institute Working Paper. London, UK: ODI Climate and Development Programme. Erişim linki: <https://www.odi.org/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/9872.pdf>

- Grácio, J., Gonçalves-Pereira, M., & Leff, J. (2016). What do we know about family interventions for psychosis at the process level? A systematic review. *Family Process*. <http://doi.org/10.1111/famp.12155>
- Grover, S., & Pradyumna, S.C., Chakrabarti, S. (2015). Coping among the caregivers of patients with schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(1), 5. [10.4103/0972-6748.160907](http://doi.org/10.4103/0972-6748.160907)
- Guada, J. (2012). The unique coping strategies of African American families with a loved one with schizophrenia: the use of the family crisis oriented personal evaluation scale. *Journal of Family Social Work*, 15(3), 171-186. <https://doi.org/10.1080/10522158.2012.675625>
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A. E., Cubukçuoğlu, Z., ... Mete, L. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi/Turkish Journal of Psychiatry*, 21(3), 203–212.
- Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K., & Van Impe, K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*, 15(1), <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0547-1>
- Han, M., Diwan, S., & Sun, K. (2019). Exploring caregiving-related experiences among Chinese American and European American family caregivers of persons with mental illness. *Transcultural Psychiatry*, 56(3), 491-509. <https://doi.org/10.1177/1363461519827690>
- Harvey, C., & O'Hanlon, B. (2013). Family psycho-education for people with schizophrenia and other psychotic disorders and their families. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(6), 516-520. <https://doi.org/10.1177/0004867413476754>
- Hassani, P., Abbasi, P., Zagheri Tafreshi, M., Zayeri, F., Ziapour, A. (2018). Persian version of Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales: psychometric properties. *International Journal of Pediatrics*, 6(1), 6919-6930. <https://doi.org/10.22038/ijp.2017.27746.2402>
- Hawley, D. R. (2000). Clinical implications of family resilience. *The American Journal of Family Therapy*, 28(2), 101-116. <https://doi.org/10.1080/019261800261699>
- Hazel, N. A., McDonell, M. G., Short, R. A., Berry, C. M., Voss, W. D., Rodgers, M. L., & Dyck, D. G. (2004). Impact of multiple-family groups for outpatients with schizophrenia on caregivers' distress and resources. *Psychiatric Services*, 55(1), 35-41. [10.1176/appi.ps.55.1.35](http://doi.org/10.1176/appi.ps.55.1.35)

- Hegde, A., Chakrabarti, S., & Grover, S. (2019). Caregiver distress in schizophrenia and mood disorders: the role of illness-related stressors and caregiver-related factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(1), 64-72. <https://doi.org/10.1080/08039488.2018.1561945>
- Herbert, H. S., Manjula, M., & Philip, M. (2013). Resilience and factors contributing to resilience among the offsprings of parents with schizophrenia. *Psychological Studies*, 58(1), 80-88. <https://doi.org/10.1007/s12646-012-0168-4>
- Heru, A., Drury, L. (2011). Developing family resilience in chronic psychiatric illnesses. *Rhode Island Medical Journal*, 94(2), 45.
- Hooper, D., Coughlan, J., Mullen, M.R. (2008). Structural equation modelling: guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6(1):53-60.
- Jansen, J. E., Gleeson, J., & Cotton, S. (2015). Towards a better understanding of caregiver distress in early psychosis: a systematic review of the psychological factors involved. *Clinical Psychology Review*, 35, 56-66. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.12.002>
- Jansen, J. E., Harder, S., Haahr, U. H., Lyse, H. G., Pedersen, M. B., Trauelsen, A. M., & Simonsen, E. (2015a). The role of metacognitions in expressed emotion and distress: a study on caregivers of persons with first-episode psychosis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 525-532. <https://doi.org/10.1002/cpp.1907>
- Jansen, J. E., Haahr, U. H., Harder, S., Trauelsen, A. M., Lyse, H. G., Pedersen, M. B., & Simonsen, E. (2015b). Caregiver distress in first-episode psychosis: the role of subjective appraisal, over-involvement and symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 371-378. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0935-8>
- Jeyagurunathan, A., Sagayadevan, V., Abdin, E., Zhang, Y., Chang, S., Shafie, S., ve ark. (2017). Psychological status and quality of life among primary caregivers of individuals with mental illness: a hospital based study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 106. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0676-y>
- Joyce, S., Shand, F., Tighe, J., Laurent, S. J., Bryant, R. A., & Harvey, S. B. (2018). Road to resilience: a systematic review and meta-analysis of resilience training programmes and interventions. *BMJ Open*, 8(6). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-017858>

- Jung, S. (2013). Exploratory factor analysis with small sample sizes: A comparison of three approaches. *Behavioural Processes*, 97, 90-95.
<https://doi.org/10.1016/j.beproc.2012.11.016>
- Justo, L., de Oliveira Soares, B. G., & Calil, H. (2007). Family interventions for bipolar disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005167.pub2>
- Kageyama, M., Solomon, P., & Yokoyama, K. (2016). Psychological distress and violence towards parents of patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(5), 614-619.
<https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.02.003>
- Kaiser, B. N., Haroz, E. E., Kohrt, B. A., Bolton, P. A., Bass, J. K., & Hinton, D. E. (2015). "Thinking too much": A systematic review of a common idiom of distress. *Social Science & Medicine*, 147, 170-183. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.10.044>
- Kamil, S. H., & Velligan, D. I. (2019). Caregivers of individuals with schizophrenia: who are they and what are their challenges?. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(3), 157-163.
<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000492>
- Karairmak, Ö. (2010). Establishing the psychometric qualities of the Connor–Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry research*, 179(3), 350-356.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.012>
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., & Nehra, R. (2013). Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 6(5), 380-388.
<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2013.03.014>
- Kazemian, S., Zarei, N., & Esmaeeli, M. (2019). The effectiveness of intervention based on strengthening family coping resources approach on resilience in family caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Behavioral Sciences*, 13(1), 26-32.
- Kelle, Ö., & Uysal Irak, D. (2018). Resilience as a mediator between affect, coping styles, support and life satisfaction. *Life Skills Journal of Psychology*, 2(3), 73-86.
- Khalifi, T., & Bahrami, R. (2020). The effect of psycho-education program on resilience in the caregivers of clients with bipolar disorder. doi: <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-62247/v1>

- Kılıç, C. (1996). Genel sağlık anketi: Güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 3-9.
- Kızılırmak, B., & Küçük, L. (2016). Care burden level and mental health condition of the families of individuals with mental disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(1), 47–54. <http://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.10.004>
- Kline, R.B (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling*. 3rd ed. New York: The Guildford Press.
- Koutra, K., Simos, P., Triliva, S., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2016). Linking family cohesion and flexibility with expressed emotion, family burden and psychological distress in caregivers of patients with psychosis: A path analytic model. *Psychiatry Research*, 240, 66–75. <http://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.04.017>
- Kumpfer, K.L. (2002). Factors and processes contributing to resilience. *İçinde Resilience and development* (pp. 179-224). Springer, Boston, MA.
- Kuşcu, M. K., & Namlı, Ç. (2018). Psikiyatride aileye tarihsel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Hemşireliği-Özel Konular*, 4(1), 9-15.
- L'Abate, L. (2012). *Mental Illnesses: Understanding, Prediction and Control*. BoD–Books on Demand.
- Lacharité, C. (2005). From risk to psychosocial resilience: conceptual models and avenues for family intervention. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14(SPE), 71-77. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000500009>
- Lam, P. C., Ng, P., Pan, J., & Young, D. K. (2015). Ways of coping of Chinese caregivers for family members with schizophrenia in two metropolitan cities: Guangzhou and Hong Kong, China. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), 591-599. <https://doi.org/10.1177/0020764014565797>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company.
- Leahey, M., & Wright, L. M. (2016). Application of the calgary family assessment and intervention models: reflections on the reciprocity between the personal and the professional. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 450-459. <https://doi.org/10.1177/1074840716667972>

- Lee, H. J., Lin, E. C. L., Chen, M. B., Su, T. P., & Chiang, L. C. (2016). Randomized, controlled trial of a brief family-centred care programme for hospitalized patients with bipolar disorder and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 61-71. <http://doi.org/10.1111/inm.12294>
- Leng, A., Xu, C., Nicholas, S., Nicholas, J., & Wang, J. (2019). Quality of life in caregivers of a family member with serious mental illness: Evidence from China. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 23-29. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.010>
- Leppin, A. L., Bora, P. R., Tilburt, J. C., Gionfriddo, M. R., Zeballos-Palacios, C., Dulohery, M. M., ... & Montori, V. M. (2014). The efficacy of resiliency training programs: a systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PloS One*, 9(10), e111420. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0111420>
- Lerner, D., Chang, H., Rogers, W. H., Benson, C., Lyson, M. C., & Dixon, L. B. (2018). Psychological distress among caregivers of individuals with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services*, 69(2), 169-178. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600422>
- Levac, A.M.C., Wright, L.M., & Leahey, M. (1997). Children and families: Models for assessment and intervention. In J. Fox (Ed.), *Primary health care of children* (pp. 3-13). St. Louis, MO: Mosby.
- Liu, J. J., Ein, N., Gervasio, J., Battaion, M., Reed, M., & Vickers, K. (2020). Comprehensive meta-analysis of resilience interventions. *Clinical Psychology Review*, 101919. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101919>
- Lobban, F., Postlethwaite, A., Glentworth, D., Pinfold, V., Wainwright, L., Dunn, G., & ark. (2013). A systematic review of randomised controlled trials of interventions reporting outcomes for relatives of people with psychosis. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 372-382. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.12.004>
- Lucksted, A., Medoff, D., Burland, J., Stewart, B., Fang, L. J., Brown, C., ... & Dixon, L. B. (2013). Sustained outcomes of a peer-taught family education program on mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 279-286. [10.1111/j.1600-0447.2012.01901.x](http://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01901.x)

- Ma, C. F., Chien, W. T., & Bressington, D. T. (2018). Family intervention for caregivers of people with recent-onset psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(4), 535-560. <https://doi.org/10.1111/eip.12494>
- MacKean, G., Spragins, W., L'Heureux, L., Popp, J., Wilkes, C., & Lipton, H. (2012). Advancing family-centred care in child and adolescent mental health. *A Critical Review of the Literature. Healthc Q*, 15, 64-75.
- Maiocco, S., Shelley, E., Salmond, S., Jewell, S.T., Caldwell, B., Lieggi, M. (2017). Experiences of stigma among family members of persons living with schizophrenia: a systematic review protocol. *JBIS Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15(6), 1575-1584. doi: <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003150>
- Magaña, S. M., Ramirez Garcia, J. I., Hernández, M. G., & Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58(3), 378-384. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.3.378>
- Marimbe, B. D., Cowan, F., Kajawu, L., Muchirahondo, F., & Lund, C. (2016). Perceived burden of care and reported coping strategies and needs for family caregivers of people with mental disorders in Zimbabwe. *African Journal of Disability*, 5(1). [10.4102/ajod.v5i1.209](https://doi.org/10.4102/ajod.v5i1.209)
- Martin-Carrasco, M., Fernandez-Catalina, P., Dominguez-Panchon, A. I., Gonçalves-Pereira, M., Gonzalez-Fraile, E., Munoz-Hermoso, P., & Ballesteros, J. (2016). A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European Psychiatry*, 33, 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.003>
- Masten, A. S., & Powell, L. (2003). A Resilience Framework for Research, Policy. In *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*.
- Mercado, M. W., Fuss, A. A., Sawano, N. W., Gensemer, A. W., Brennan, W., Mcmanus, K., Doxon L.B., Haselden M., Cleek, A. F. (2016). Generalizability of the NAMI family-to-family education program: evidence from an efficacy study. *Psychiatric Services*, 591–593. <http://doi.org/10.1176/appi.ps.201500519>
- McCubbin, H., & Patterson, J. (1983). The family stress process; The double ABCX model of adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6,7-37. https://doi.org/10.1300/J002v06n01_02

- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1988). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, 247-254. <https://doi.org/10.2307/584557>
- McCubbin, H.I., Thompson, A.L. (1991). *Family Assessment Inventories for Research and Practice*. Madison, WI: University of Wisconsin-Madison.
- McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: a review. *Family Process*, 55(3), 460-482. <https://doi.org/10.1111/famp.12235>
- Mizuno, Y., Wartelsteiner, F., & Frajo-Apor, B. (2016). Resilience research in schizophrenia: A review of recent developments. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(3), 218-223. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000248>
- Mottaghipour, Y., & Tabatabaee, M. (2019). Family and patient psychoeducation for severe mental disorder in Iran: a review. *Iranian Journal of Psychiatry*, 14(1), 84
- Ntsayagae, E. I., Poggenpoel, M., & Myburgh, C. (2019). Experiences of family caregivers of persons living with mental illness: A meta-synthesis. *Curationis*, 42(1), 1-9. [10.4102/curationis.v42i1.1900](https://doi.org/10.4102/curationis.v42i1.1900)
- Okpokoro, U., Adams, C. E., & Sampson, S. (2014). Family intervention (brief) for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009802.pub2>
- Ong, H. C., Ibrahim, N., & Wahab, S. (2016). Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 211. [10.2147/PRBM.S112129](https://doi.org/10.2147/PRBM.S112129)
- Parasar, A., Naik, D., Gupta, P., Patel, A., Maurya, A., & Srivatav, V. (2015). A study of coping strategies caregivers of schizophrenia patients. *IAHRW International Journal of Social Sciences Review*, 3(3), 354-359.
- Pharoah, F., Mari, J. J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (12). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000088.pub2>
- Pistrang, N., Barker, C., & Humphreys, K. (2008). Mutual help groups for mental health problems: A review of effectiveness studies. *American Journal of Community Psychology*, 42(1-2), <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9181-0>

- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin*, 27(1), 73-92. <https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a006861>
- Polit, D.F., Beck, C.T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? critique and recommendations. *Research in Nursing & Health*, 29: 489–497. doi: <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- Pompeo, D. A., Carvalho, A. D., Olive, A. M., Souza, M. D. G. G., & Galera, S. A. F. (2016). Strategies for coping with family members of patients with mental disorders. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 24. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1311.2799>
- Pratt, C. W., Gill, K.J., Barrett, NM, Roberts, MM. (2007). *Psychiatric Rehabilitation*. Amsterdam: Academic Press.
- Prajapati, B., Dunne, M., & Armstrong, R. (2010). Sample size estimation and statistical power analyses. *Optometry today*, 16(7), 10-18.
- Quah, S. (2014). Caring for persons with schizophrenia at home: Examining the link between family caregivers' role distress and quality of life. *Sociology of Health & Illness*, 36(4), 596-<http://dx.doi.org/612.10.1111/1467-9566.12091>
- Quinlan, E., Deane, F., & Crowe, T. (2018). Interpersonal problems amongst mental health carers: a qualitative study. *Social Work in Mental Health*, 16(5), 518-539. <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1445062>
- Rahmani, F., Ebrahimi, H., Seyedfatemi, N., Namdar Areshtanab, H., Ranjbar, F., & Whitehead, B. (2018). Trapped like a butterfly in a spider's web: Experiences of female spousal caregivers in the care of husbands with severe mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1507-1518. <https://doi.org/10.1111/jocn.14286>
- Rahmani, F., Ranjbar, F., Hosseinzadeh, M., Razavi, S. S., Dickens, G. L., & Vahidi, M. (2019). Coping strategies of family caregivers of patients with schizophrenia in Iran: A cross-sectional survey. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(2), 148-153. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.03.006>

- Raj, E. A., Shiri, S., & Jangam, K. V. (2016). Subjective burden, psychological distress, and perceived social support among caregivers of persons with schizophrenia. *Indian Journal of Social Psychiatry*, 32(1), 42. <https://doi.org/10.4103/0971-9962.176767>
- Rao, P., Grover, S., & Chakrabarti, S. (2020). Coping with caregiving stress among caregivers of patients with schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*, 54, 102219. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102219>
- Reinares, M., Bonnín, C. M., Hidalgo-Mazzei, D., Sánchez-Moreno, J., Colom, F., & Vieta, E. (2016). The role of family interventions in bipolar disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 43, 47-57. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.11.010>
- Rexhaj, S., Python, N. V., Morin, D., Bonsack, C., & Favrod, J. (2013). Correlational study: illness representations and coping styles in caregivers for individuals with schizophrenia. *Annals of General Psychiatry*, 12(1), 27. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-12-27>
- Rezaei, O., Bayani, A., Mokhayeri, Y., Wayne, K., Sadat, Y., Haroni, J., ... & Alibeigi, N. (2018). Applying psychoeducational program on general health and communication skills in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *The European Journal of Psychiatry*, 32(4), 174-181. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.04.001>
- Rice, V., & Liu, B. (2016). Personal resilience and coping with implications for work part I: A review. *Work*, 54(2), 325-333. <https://doi.org/10.3233/WOR-162300>
- Ridner, S. H. (2004). Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536-545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- Rutter, M. (1993). Resilience: some conceptual considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631. [https://doi.org/10.1016/1054-139X\(93\)90196-V](https://doi.org/10.1016/1054-139X(93)90196-V)
- Sarı, A., & Duman, Z. Ç. (2020a). Experiences of family caregivers of individuals with chronic psychiatric illness in turkey: a qualitative study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(3), 38-46. <https://doi.org/10.3928/02793695-20191210-02>
- Sarı, A., & Duman, Z. Ç. (2020b). Strategies used by families to cope with chronic mental illnesses: Psychometric properties of the family crisis oriented personal evaluation scale. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12457>

- Sampogna, G., Luciano, M., Del Vecchio, V., Malangone, C., De Rosa, C., Giallonardo, V., ... & Lampis, D. (2018). The effects of psychoeducational family intervention on coping strategies of relatives of patients with bipolar I disorder: results from a controlled, real-world, multicentric study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 977. <https://doi.org/10.2147/NDT.S159277>
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 175-198. <https://doi.org/10.1080/01612840305301>
- Seçer, İ. (2017). *SPSS ve LISREL ile Pratik Veri Analizi Analiz ve Raporlaştırma*. Ankara: Anı. ISBN: 978-605-5213-28-2.
- Selye, H. (1976). *Stress in Health and Disease*. Butterworth-Heinemann.
- Seyedfatemi, N., Ahmadzad Asl, M., Bahrami, R., & Haghani, H. (2019). The effect of virtual social network based psycho-education on resilience of family caregivers of clients with severe mental disorders. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 6(6), 1-8. <https://doi.org/10.21859/ijpn-06061>
- Shamsaei, F., Cheraghi, F., & Esmaeilli, R. (2015). The family challenge of caring for the chronically mentally ill: a phenomenological study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 9(3), e1898. <https://doi.org/10.17795/ijpbs-1898>
- Sherman, M. D. (2003). The SAFE Program: A family psychoeducational curriculum developed in a Veterans Affairs medical center. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(1), 42-48. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.1.42>
- Sherman, M. D. (2006). Updates and five-year evaluation of the SAFE program: A family psychoeducational program for serious mental illness. *Community Mental Health Journal*, 42(2), 213-219. <https://doi.org/10.1007/s10597-005-9018-3>
- Shin, S. K. (2004). Effects of culturally relevant psychoeducation for Korean American families of persons with chronic mental illness. *Research on Social Work Practice*, 14(4), 231-239. <https://doi.org/10.1177/1049731503262130>
- Shiraishi, N., Watanabe, N., Katsuki, F., Sakaguchi, H., & Akechi, T. (2019). Effectiveness of the Japanese standard family psychoeducation on the mental health of caregivers of young adults with schizophrenia: a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1), 263. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2252-y>

- Sin, J., & Norman, I. (2013). Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(12), 1145-1162. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r08308>
- Sintayehu, M., Mulat, H., Yohannis, Z., Adera, T., & Fekade, M. (2015). Prevalence of mental distress and associated factors among caregivers of patients with severe mental illness in the outpatient unit of Amanuel Hospital, Addis Ababa, Ethiopia, 2013: Cross-sectional study. *Journal of Molecular Psychiatry*, 3(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40303-015-0014-4>
- Smith, L. M., Onwumere, J., Craig, T., & Kuipers, E. (2019). Role of poor sleep in determining distress in caregivers of individuals with early psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 13(3), 613-618. <https://doi.org/10.1111/eip.12538>
- Stanley, S., Balakrishnan, S., & Ilangovan, S. (2017). Psychological distress, perceived burden and quality of life in caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 26(2), 134-141. <https://doi.org/10.1080/09638237.2016.1276537>
- Stengård, E. (2003). Educational intervention for the relatives of schizophrenia patients in Finland. *Nordic Journal of Psychiatry*, 57(4), 271-277. <https://doi.org/10.1080/08039480310002093>
- Sungprakhong, K. (2019). The effect of resilience enhancement program to the resilience of caregivers of violent behaviors schizophrenia patients. *Journal of Health Research and Innovation*, 2(2).
- Svavardottir, E. (2008). Excellence in nursing: A model for implementing Family Systems Nursing in nursing practice at an institutional level in Iceland. *Journal of Family Nursing*, 14(4), 456-468. <https://doi.org/10.1177/1074840708328123>
- Svavarsdottir, E.K., Tryggvadottir, G. B., & Sigurdardottir, A. O. (2012). Knowledge translation in family nursing: does a short-term therapeutic conversation intervention benefit families of children and adolescents in a hospital setting? findings from the landspítali university hospital family nursing implementation project. *Journal of Family Nursing*, 18(3), 303-327. <https://doi.org/10.1177/1074840712449202>
- Sveinbjarnardottir, E. K., Svavarsdottir, E. K., & Wright, L. M. (2013). What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their

- families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 593-602. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.10.009>
- Shiraishi, N., & Reilly, J. (2019). Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(3), 277-290. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1617-8>
- Şencan, H. (2005). *Sosyal ve Davranışsal Ölçümlerde Güvenirlik ve Geçerlik*. Ankara, Seçkin.
- Şengün İnan, F., & Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 16(4).
- Şengün İnan, F., & Çetinkaya Duman, Z. (2018). Chronic mental illness and family stigma (kronik ruhsal hastalıklar ve ailenin damgalanması). *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 4(1), 60-66.
- Şengün İnan, F., & Çetinkaya Duman, Z., Sarı, A. (2020). Şizofreni Hastalarının Ebeveynlerinin Damgalanma Deneyimleri: Kalitatif Araştırma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. [10.14744/phd.2020.25901](https://doi.org/10.14744/phd.2020.25901)
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Pearson Education, Inc. (6th ed.).
- Taghavilarijani, T., Noughani, F., & Danandehfard, S. (2019). The effect of family psychological group training on resilience of the families of schizophrenic patients. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2), 83-89.
- Tahamata, V. M., & Kaloeti, D. V. S. (2020). Effectiveness of psychosocial based resilience intervention on reducing negative emotional states among schizophrenia caregivers. *Journal of Educational, Health and Community Psychology*, 9(1), 97-108. [10.12928/jehcp.v9i1.12804](https://doi.org/10.12928/jehcp.v9i1.12804)
- Tan, S. C., Yeoh, A. L., Choo, I. B., Huang, A. P., Ong, S. H., Ismail, H., ... & Chan, Y. H. (2012). Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17-18), 2410-2418. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04174.x>
- Tavşancıl, E. (2014). *Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi*. Ankara: Nobel, p. 19-51.

- Taylor, S. E., & Stanton, A. L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401. <http://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>
- Taylor, T. L., Killaspy, H., Wright, C., Turton, P., White, S., Kallert, T. W., ... & Kališová, L. (2009). A systematic review of the international published literature relating to quality of institutional care for people with longer term mental health problems. *BMC Psychiatry*, 9(1), 55. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-55>
- Toohey, M. J., Muralidharan, A., Medoff, D., Lucksted, A., & Dixon, L. (2016). Caregiver positive and negative appraisals: effects of the national alliance on mental illness family-to-family intervention. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 204, 2, 156-9. [10.1097/NMD.0000000000000447](https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000447)
- Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023). *Erişim Adresi*: [https://www. tuseb. gov. tr/enstitu/tacese/yuklemeler/ulusal_eylem_planlari/saglik_bakanligi_ulusal_ruh_sagligi_eylem_plani_2011_2023. pdf]. (Erişim Tarihi, 09.07.2020)
- Uniacke, S., Browne, T. K., & Shields, L. (2018). How should we understand family-centred care?. *Journal of Child Health Care*, 22(3), 460-469. <https://doi.org/10.1177/1367493517753083>
- Van der Voort, T. Y. G., Goossens, P. J. J., & Van Der Bijl, J. J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14(7), 679-687. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01158.x>
- Vermeulen, B., Lauwers, H., Spruytte, N., & Van Audenhove, C. (2015). Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration. *European Neuropsychopharmacology*, 25, S374-S374.
- Von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., & Eslami Shahrababaki, M. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: The case of affective disorders and schizophrenia—a qualitative exploratory study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 248-254. <https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1084372>
- Walsh, F.(1996). The concept of family resilience: crisis and challenge. *Family Process*, 35(3), 261-281. [10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x](https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x)

- Walsh, F.(2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations*, 51(2), 130-137. [10.1111/j.1741-3729.2002.00130.x](https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2002.00130.x)
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process*, 42(1), 1-18. [10.1111/famp.2003.42.issue-1](https://doi.org/10.1111/famp.2003.42.issue-1)
- Walsh, F. (2006). *Strengthening Family Resilience*. London, Guilford publications.
- Walsh, F. (2013). Community-based practice applications of a family resilience framework. In *Handbook of family resilience* (pp. 65-82). Springer, New York, NY.
- Walsh F. (2015). *A Family Developmental Framework from: Handbook of family therapy* Routledge.
- Walsh, F. (2016). Family resilience: A developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology*, 13(3), 313-324. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>
- Wan, K. F., & Wong, M. M. (2019). Stress and burden faced by family caregivers of people with schizophrenia and early psychosis in Hong Kong. *Internal Medicine Journal*, 49, 9-15. <https://doi.org/10.1111/imj.14166>
- Wasley, D., & Eden, S. (2018). Predicting psychological distress of informal carers of individuals with major depression or bipolar disorder. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(1), 358-367. <https://doi.org/10.1111/inm.12329>
- Wright, L. M., & Bell, J.M. (2004). Retrospective nurses, families, and illness: A new combination. *Journal of Family Nursing*, 10(1). <https://doi.org/10.1177/1074840703261066>
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*, 15(2), 148-154. <https://doi.org/10.1111/J.1365-2648.1990.TB01795.X>
- Wright, L.M., Watson, W.L. & Bell, J.M. (1990). The Family Nursing Unit: a unique integration of research, education and clinical practice. In J.M. Bell, W.L. Watson & L.M. Wright (Eds.), *The cutting edge of family nursing*. Calgary, AB, Canada: University of Calgary, Family Nursing Unit Publications, pp. 95-112.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (2004). How to conclude or terminate with families. *Journal of Family Nursing*, 10(3), 379-401. <https://doi.org/10.1177/1074840704267451>
- Wright, LM & Leahey, M. (2009). *Nurses and Families A Guide to Family Assessment and Intervention*. F.A. Davis Company. Fifth Edition.

- Wright, LM & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families A Guide to Family Assessment and Intervention*. F.A. Davis Company. Kindle Edition.
- Xia, J., Merinder, L.B., & Belgamwar, M.R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>
- Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D., & Kendall, T. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(4), 268-274. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.147561>
- Yıldırım, A., Buzlu, S., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Camcıoğlu, T. H., Erdiman, S., & Ekinci, M. (2014). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24,
- Young, L., Murata, L., McPherson, C., Jacob, J. D., & Vandyk, A. D. (2019). Exploring the experiences of parent caregivers of adult children with schizophrenia: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 93-103. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2018.08.005>
- Yu, W., Chen, J., Hu, J., & Hu, J. (2019). Relationship between mental health and burden among primary caregivers of outpatients with schizophrenia. *Family Process*, 58(2), 370-383. <https://doi.org/10.1111/famp.12340>
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nursing Clinics*, 45(4), 613-626. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2010.06.007>
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2015). Indicators of resilience in family members of adults with serious mental illness. *Psychiatric Clinics*, 38(1), 131-146. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.11.009>
- Zendjidian, X., Richieri, R., Adida, M., Limousin, S., Gaubert, N., Parola, N., ... & Boyer, L. (2012). Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 660-665. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.10.011>
- Zhao, X., Lee, K., Baney, B., Penrod, J., & Schubart, J. R. (2016). Resilience in the Context of Informal Caregiving: A Scoping Study. *Medical Research Archives*, 4(6).

- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2>
- Zoladl, M., Afroughi, S., Nooryan, K., Kharamin, S., Haghighi, A., & Parandvar, Y. (2020). Applying collaborative care model on intensive caregiver burden and resilient family caregivers of patients with mental disorders: a randomized controlled trial. *Iranian Journal of Psychiatry*, 15(1), 17. [10.18502/ijps.v15i1.2436](https://doi.org/10.18502/ijps.v15i1.2436)



9.2. EKLER

Ek 1. Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formu

Bakım Vereni Tanıtıcı Özellikler Formu		
Yaşı:		
Cinsiyeti:	Kadın ()	Erkek ()
Eğitim Durumu: Okur yazar değil () İlkokul () Ortaokul ()		
	Lise ()	Üniversite () Lisans üstü ()
Çalışma Durumu:	Çalışıyor ()	Çalışmıyor ()
Bakım Verme Süresi:		
Yakınlık Düzeyi:		
Hasta ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?		
Ailede başka kronik ruhsal hastalık yaşayan birey var mı?		
Var ise yakınlık derecesi		

Ek 2. Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu

Hasta Tanıtıcı Özellikler Formu
Hasta Adı Soyadı:
Yaşı:
Cinsiyeti:
Medeni Durumu:
Çalışma Durumu:
Eğitim Durumu:
Meslek:
Tanı:
Tanı Konulma Zamanı (süresi):

Ek 3. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği (Orijinal Form)

		Family Stress, Coping and Health Project School of Human Ecology 1300 Linden Drift University of Wisconsin-Madison Madison, WI 63706				
						
F-COPES FAMILY CRISIS ORIENTED PERSONAL EVALUATION SCALES © Hamilton I. McCubbin David H. Olson Andrea S. Larsen						
Purpose The Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales is designed to record problem-solving, attitudes and behaviors which families develop to respond to problems or difficulties.						
Directions First, read the list of "Response Choices" one at a time. Second, decide how well each statement describes your attitudes and behavior in response to problems or difficulties. If the statement describes your response very well, then circle the number 5 indicating that you strongly agree; if the statement does not describe your response at all, then circle the number 1 indicating that you strongly disagree; if the statement describes your response to some degree, then select a number 2, 3, or 4 to indicate how much you agree or disagree with the statement about your response.						
Please circle a number (1, 2, 3, 4, or 5) to match your response to each statement. Thank you.						
		Strongly Disagree	Moderately Disagree	Neither Agree Nor Disagree	Moderately Agree	Strongly Agree
<i>When we face problems or difficulties in our family we respond by:</i>						
1.	Sharing our difficulties with relatives	1	2	3	4	5
2.	Seeking encouragement and support from friends	1	2	3	4	5
3.	Knowing we have the power to solve major problems	1	2	3	4	5
4.	Seeking information and advice from person in other families who have faced the same or similar problems	1	2	3	4	5
5.	Seeking advice from relatives (grandparents, etc.)	1	2	3	4	5
6.	Seeking assistance from community agencies and programs designed to help families in our situation	1	2	3	4	5
7.	Knowing that we have the strength with our own family to solve our problems	1	2	3	4	5
8.	Receiving gifts and favors from neighbors (e.g., food, taking in mail, etc.)	1	2	3	4	5
© 1981 H. McCubbin		Please continue on other side 				

<i>When we face problems or difficulties in our family we respond by:</i>	Strongly Disagree	Moderately Disagree	Neither Agree Nor Disagree	Moderately Agree	Strongly Agree
9. Seeking information and advice from the family doctor	1	2	3	4	5
10. Asking neighbors for favors and assistance	1	2	3	4	5
11. Facing the problems "head-on" and trying to get solution right away	1	2	3	4	5
12. Watching television	1	2	3	4	5
13. Showing that we are strong	1	2	3	4	5
14. Attending church services	1	2	3	4	5
15. Accepting stressful events as a fact of life	1	2	3	4	5
16. Sharing concerns with close friends	1	2	3	4	5
17. Knowing luck plays a big part in how well we are able to solve family problems	1	2	3	4	5
18. Exercising with friends to stay fit and reduce tension	1	2	3	4	5
19. Accepting that difficulties occur unexpectedly	1	2	3	4	5
20. Doing things with relatives (get-together, dinners, etc.)	1	2	3	4	5
21. Seeking professional counseling and help for family difficulties	1	2	3	4	5
22. Believing we can handle our own problems	1	2	3	4	5
23. Participating in church activities	1	2	3	4	5
24. Defining the family problem in a more positive way so that we do not become too discouraged	1	2	3	4	5
25. Asking relatives how they feel about problems we face	1	2	3	4	5
26. Feeling that no matter what we do to prepare, we will have difficulty handling problems	1	2	3	4	5
27. Seeking advice from a minister	1	2	3	4	5
28. Believing if we wait long enough, the problem will go away	1	2	3	4	5
29. Sharing problems with neighbors	1	2	3	4	5
30. Having faith in God	1	2	3	4	5

Ek 4. F-COPES Ölçeği Uyarlama Yazılı İzin Formu

The Resilience, Adaptation and Well-Being Project



March 27, 2017

Araş.Gör.Ayşe Sarı
Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı
35340 Inciraltı /İzmir

Dear Araş.Gör.Ayşe Sarı,

The purpose of this correspondence is to confirm permission for your use of the Family Crisis Oriented Personalized Evaluation Scales (F-COPES) measure for your research inclusive of permissions to print whatever copies you need to for your project. We are open to answering any questions you may have.

If you make a translation of the measure into the language, other than English, please do send us a copy so we may inform others of its availability.

Let us know if we can be of assistance.

Sincerely,

Jason A. Sievers, PhD
Associate Director, The Resilience, Adaptation and Well-Being Project

CC: Laurie "Lali" McCubbin, PhD
CC: Hamilton I. McCubbin, PhD

Email: mccubbinresilience@gmail.com

Website: www.mccubbinresilience.org

Ek 5. Ege Üniversitesi Hastanesi Kurum İzni Yazısı

Ege Üniv. Evrak Tarih ve Sayısı: 10/10/2018-E.83917



T.C.
EGE ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği
Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü



Sayı : 69631334-020
Konu : Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN
Çalışma İzni Hk.

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE
hemşirelik fakültesi

İlgi : 22/06/2018 tarihli ve 37566 sayılı yazı.

Fakülteniz Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof.Dr.Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, doktora öğrencisi Ayşe SARI ile birlikte yürütülmesi planlanan "Aile Destek ve Psiko eğitim Programının Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik Distres ve Yaşam Kalitesine Etkisi" konulu araştırmayı ilgi yazıda belirtilen tarihler arasında Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında yapmaları Başhekimliğimizce uygun görülmüştür.

Gereğini ve bilgilerinizi arz ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Tuncay GÖKSEL
Başhekim V.

Ek:Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim
Dalından gelen 267372 sayılı yazı.

Ek 6. İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği İzin Yazısı

	T.C. DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ Hemşirelik Fakültesi Dekanlığı	 E-İmzalıdır
Sayı : 59537164-00.99-E.42101		06/07/2018
Konu : Araş.Gör.Ayşe Sarı'nı İzin Yazısı		
PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA		
İlgi : 28.06.2018 tarih ve 2018/8 sayılı yazınız.		
Anabilim Dalınız Öğretim Üyesi Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN'ın sorumlu araştırmacısı olduğu, Doktora programı öğrencisi Araş. Gör. Ayşe SARI ile birlikte yürütülmesi planlanan; "Aile Desteği ve Psikoeğitim Programının Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik Distres ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli araştırmanın, İzmir Şizofreni Dayanışma Derneği'nde yürütülmesinin uygun görüldüğüne dair Derneğin ilgi sayılı yazısı ekte gönderilmektedir.		
Bilgilerinize rica ederim.		
Dr.Ögr.Üyesi Özlem BİLİK Dekan V.		
Ek : Araştırma İzin Yazısı(1 Sayfa)		

Ek 7. Ölçek İçerik Geçerliği İçin Uzman Görüşü Alınan Uzmanlar

Öğretim Üyesi	Çalıştığı Üniversite
Prof.Dr. Meral Kelleci	Cumhuriyet Üniversitesi
Prof.Dr. Aysun Gümüş	Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Prof.Dr. Esra Engin	Ege Üniversitesi
Doç.Dr. Neslihan Günüşen	Dokuz Eylül Üniversitesi
Doç.Dr. Duygu Hiçdurmaz	Hacettepe Üniversitesi
Doç.Dr. Ebru Akgün Çıtak	Başkent Üniversitesi
Doç.Dr. Sibel Coşkun	Dokuz Eylül Üniversitesi
Dr.Öğretim Üyesi Kerime Bademli	Akdeniz Üniversitesi
Dr.Öğretim Üyesi Satı Doğan	Ege Üniversitesi
Dr.Öğretim Üyesi Figen Şengün İnan	Dokuz Eylül Üniversitesi

Ek 8. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği (Türkçe Form)

Aile içinde bir problem ya da güçlükle karşılaştığımızda şu şekilde yanıt veririz:	Kesinlikle Katılmıyorum	Kısmen katılmıyorum	Kararsızım	Kısmen katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
1.Zorluklarımızı yakınlarımızla paylaşıyorum	1	2	3	4	5
2.Arkadaşlardan cesaret ve destek alırım	1	2	3	4	5
3.Büyük problemleri çözme gücüne sahip olduğumuzu bilirim	1	2	3	4	5
4.Aynı veya benzer sorunlarla karşılaşmış diğer ailelerdeki kişilerden bilgi ve tavsiye isterim	1	2	3	4	5
5.Akrabalardan tavsiye isterim (büyük anne büyük baba gibi)	1	2	3	4	5
7.Sorunlarımızı çözmek için ailemizin gücünün olduğunu bilirim	1	2	3	4	5
10.Komşulardan destek ve yardım isterim	1	2	3	4	5
11.Karşılaşılan sorunlarla yüzleşir ve hemen çözüm bulmaya çalışırım	1	2	3	4	5
13.Güçlü olduğumuzu gösteririm	1	2	3	4	5
14.Dini aktivitelerde yer alırım (dua etmek, namaz kılmak vb)	1	2	3	4	5
16.Yakın arkadaşlarla endişeleri paylaşıyorum	1	2	3	4	5
22.Kendi sorunlarımızla başa çıkabileceğimize inanırım	1	2	3	4	5
23.Dini etkinlikler düzenlerim	1	2	3	4	5
24.Aile sorununu cesaretimizin kırılmaması için daha olumlu bir şekilde tanımlarım	1	2	3	4	5
25.Akrabalarımıza yaşadığımız sorunlar hakkında ne hissettiklerini sorarım	1	2	3	4	5
27.Bir din adamından (hoca, imam) öneri/tavsiye alırım	1	2	3	4	5
29.Komşularla sorunları paylaşıyorum	1	2	3	4	5

Ek 9. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Birinci Aşama)

Tarih:...../...../20....
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU
Sayın Bay/Bayan,
Çalışmamızın amacı kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin yakınlarına/ailelerine yönelik başetme ölçeğinin geçerlik ve güvenirliğinin saptanmasıdır. Bu ölçek bir ölçme değerlendirme aracıdır ve kronik ruhsal hastalığa sahip bireylere bakım veren bireylerin başetme düzeyini değerlendirmektedir. Bu amaçla sizden çalışmada katılımda bulunmanız beklenmektedir. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Ben..... katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum. Adı-Soyadı:..... İmzası:..... Adresi (Telefon No, varsa Faks No):..... Tarih (gün/ay/yıl)... Araştırmacının Adı-Soyadı:..... İmzası:..... Adresi (Telefon No, varsa Faks No):..... Tarih(gün/ay/yıl):..... Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:..... İmzası:..... Tarih(gün/ay/yıl):..... Adresi (Telefon No, varsa Faks No):.....

Ek 10. Aile Krizine Yönelik Bireysel Değerlendirme Ölçeği

	Maddeler
Sosyal destek edinme	1. Zorluklarımızı yakınlarımızla paylaşıyorum
	2. Arkadaşlardan cesaret ve destek alıyorum
	4. Aynı veya benzer sorunlarla karşılaşmış diğer ailelerdeki kişilerden bilgi ve tavsiye isterim
	5. Akrabalardan tavsiye isterim (büyük anne büyük baba gibi)
	10. Komşulardan destek ve yardım isterim
	16. Yakın arkadaşlarla endişeleri paylaşıyorum
	25. Akrabalarımıza yaşadığımız sorunlar hakkında ne hissettiklerini sorarım
	29. Komşularla sorunları paylaşıyorum
Yeniden anlamlandırma	3. Büyük problemleri çözme gücüne sahip olduğumuzu bilirim
	7. Sorunlarımızı çözmek için ailemizin gücünün olduğunu bilirim
	11. Karşılaşılan sorunlarla yüzleşir ve hemen çözüm bulmaya çalışırım
	13. Güçlü olduğumuzu gösteririm
	22. Kendi sorunlarımızla başa çıkabileceğimize inanırım
	24. Aile sorununu cesaretimizin kırılmaması için daha olumlu bir şekilde tanımlarım
Manevi destek	14. Dini aktivitelerde yer alıyorum (dua etmek, namaz kılmak vb)
	23. Dini etkinlikler düzenlerim
	27. Bir din adamından (hoca, imam) öneri/tavsiye alıyorum

Ek 11. Transparent Reporting of Evaluations with Non-Randomized Designs Rehberi

TREND Statement Checklist

Paper Section/ Topic	Item No	Descriptor	Reported?	
				Pg #
Title and Abstract				
Title and Abstract	1	• Information on how unit were allocated to interventions		
		• Structured abstract recommended		
		• Information on target population or study sample		
Introduction				
Background	2	• Scientific background and explanation of rationale		
		• Theories used in designing behavioral interventions		
Methods				
Participants	3	• Eligibility criteria for participants, including criteria at different levels in recruitment/sampling plan (e.g., cities, clinics, subjects)		
		• Method of recruitment (e.g., referral, self-selection), including the sampling method if a systematic sampling plan was implemented		
		• Recruitment setting		
		• Settings and locations where the data were collected		
Interventions	4	• Details of the interventions intended for each study condition and how and when they were actually administered, specifically including:		
		○ Content: what was given?		
		○ Delivery method: how was the content given?		
		○ Unit of delivery: how were the subjects grouped during delivery?		
		○ Deliverer: who delivered the intervention?		
		○ Setting: where was the intervention delivered?		
		○ Exposure quantity and duration: how many sessions or episodes or events were intended to be delivered? How long were they intended to last?		
		○ Time span: how long was it intended to take to deliver the intervention to each unit?		
○ Activities to increase compliance or adherence (e.g., incentives)				
Objectives	5	• Specific objectives and hypotheses		
Outcomes	6	• Clearly defined primary and secondary outcome measures		
		• Methods used to collect data and any methods used to enhance the quality of measurements		
		• Information on validated instruments such as psychometric and biometric properties		
Sample Size	7	• How sample size was determined and, when applicable, explanation of any interim analyses and stopping rules		
Assignment Method	8	• Unit of assignment (the unit being assigned to study condition, e.g., individual, group, community)		
		• Method used to assign units to study conditions, including details of any restriction (e.g., blocking, stratification, minimization)		
		• Inclusion of aspects employed to help minimize potential bias induced due to non-randomization (e.g., matching)		

TREND Statement Checklist

Blinding (masking)	9	• Whether or not participants, those administering the interventions, and those assessing the outcomes were blinded to study condition assignment; if so, statement regarding how the blinding was accomplished and how it was assessed.		
Unit of Analysis	10	• Description of the smallest unit that is being analyzed to assess intervention effects (e.g., individual, group, or community) • If the unit of analysis differs from the unit of assignment, the analytical method used to account for this (e.g., adjusting the standard error estimates by the design effect or using multilevel analysis)		
Statistical Methods	11	• Statistical methods used to compare study groups for primary methods outcome(s), including complex methods of correlated data • Statistical methods used for additional analyses, such as a subgroup analyses and adjusted analysis • Methods for imputing missing data, if used • Statistical software or programs used		
Results				
Participant flow	12	• Flow of participants through each stage of the study: enrollment, assignment, allocation, and intervention exposure, follow-up, analysis (a diagram is strongly recommended) ○ Enrollment: the numbers of participants screened for eligibility, found to be eligible or not eligible, declined to be enrolled, and enrolled in the study ○ Assignment: the numbers of participants assigned to a study condition ○ Allocation and intervention exposure: the number of participants assigned to each study condition and the number of participants who received each intervention ○ Follow-up: the number of participants who completed the follow-up or did not complete the follow-up (i.e., lost to follow-up), by study condition ○ Analysis: the number of participants included in or excluded from the main analysis, by study condition • Description of protocol deviations from study as planned, along with reasons		
Recruitment	13	• Dates defining the periods of recruitment and follow-up		
Baseline Data	14	• Baseline demographic and clinical characteristics of participants in each study condition • Baseline characteristics for each study condition relevant to specific disease prevention research • Baseline comparisons of those lost to follow-up and those retained, overall and by study condition • Comparison between study population at baseline and target population of interest		
Baseline equivalence	15	• Data on study group equivalence at baseline and statistical methods used to control for baseline differences		

TREND Statement Checklist

Numbers analyzed	16	Number of participants (denominator) included in each analysis for each study condition, particularly when the denominators change for different outcomes; statement of the results in absolute numbers when feasible		
		Indication of whether the analysis strategy was “intention to treat” or, if not, description of how non-compliers were treated in the analyses		
Outcomes and estimation	17	For each primary and secondary outcome, a summary of results for each estimation study condition, and the estimated effect size and a confidence interval to indicate the precision		
		Inclusion of null and negative findings		
		Inclusion of results from testing pre-specified causal pathways through which the intervention was intended to operate, if any		
Ancillary analyses	18	Summary of other analyses performed, including subgroup or restricted analyses, indicating which are pre-specified or exploratory		
Adverse events	19	Summary of all important adverse events or unintended effects in each study condition (including summary measures, effect size estimates, and confidence intervals)		
DISCUSSION				
Interpretation	20	Interpretation of the results, taking into account study hypotheses, sources of potential bias, imprecision of measures, multiplicative analyses, and other limitations or weaknesses of the study		
		Discussion of results taking into account the mechanism by which the intervention was intended to work (causal pathways) or alternative mechanisms or explanations		
		Discussion of the success of and barriers to implementing the intervention, fidelity of implementation		
		Discussion of research, programmatic, or policy implications		
Generalizability	21	Generalizability (external validity) of the trial findings, taking into account the study population, the characteristics of the intervention, length of follow-up, incentives, compliance rates, specific sites/settings involved in the study, and other contextual issues		
Overall Evidence	22	General interpretation of the results in the context of current evidence and current theory		

From: Des Jarlais, D. C., Lyles, C., Crepaz, N., & the Trend Group (2004). Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: The TREND statement. *American Journal of Public Health*, 94, 361-366. For more information, visit: <http://www.cdc.gov/trendstatement/>

Ek 12. Genel Sağlık Anketi (28 Maddelik Form)

GENEL SAĞLIK ANKETİ - 28

Kılıç 1996

İsim:.....

Tarih:.....

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz :

Son birkaç hafta içinde herhangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayınız. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız. Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir.

Teşekkür ederiz.

SON ZAMANLARDA

A1. Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	evet,her zaman- kinden çok	her kadar	zamanki	her zamankinden kötü	çok daha kötü
A2. Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	hayır, hiç duymuyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok	çok fazla
A3. Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok	çok fazla
A4. Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok	çok fazla
A5. Başınızda ağrı oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
A6. Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
A7. Sıcak ya da soğuk basması oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
B1. Endişeleriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	hayır, hiç çekmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
B2. Uykunuzun bölündüğü oluyor mu?	hayır, hiç olmuyor	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
B3. Kendinizi sürekli gerilim altında hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok	çok fazla
B4. Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	hayır, hiç olmuyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
B5. Nedensiz korkuya veya paniğe kapıldığınız oluyor mu?	hayır, hiç kapılmıyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok sık
B6. Herşeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden sık	çok fazla
B7. Kendinizi sürekli sinirli ve gergin hissediyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her kadar	zamanki	her zamankinden çok	çok fazla

SON ZAMANLARDA

C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	hayır, hiç almıyor	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok uzun
C3. Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	evet, her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C4. Görevlerinizi yeterince yerine getirebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
C6. Herhangi bir konuda fazla zorlanmadan karar verebiliyor musunuz?	evet, her zamankinden iyi	her zamanki kadar	her zamankinden kötü	çok kötü
C7. Günlük faaliyetlerden zevk alabiliyor musunuz?	her zamankinden çok	her zamanki kadar	her zamankinden az	çok az
D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	çok	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D2. Yaşamdan hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	hayır, hiç görmüyorum	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz?	hayır, hiç hissetmiyorum	her zamanki kadar	her zamankinden çok	çok fazla
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşündüğünüz oluyor mu?	hayır, hiç düşünmüyorum	her zamanki kadar	aklımdan geçtiği oldu	çok sık
D5. Sinirleriniz bozulduğu için hiçbir şey yapamadığınız oluyor mu?	kesinlikle hayır	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D6. Kendi kendinize "ölsem de kurtulsam" dedığınız oluyor mu?	hiç olmuyor	her zamanki kadar	her zamankinden sık	çok sık
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	hiç olmuyor	düşünmedim	aklımdan geçtiği oldu	çok sık
	kesinlikle hayır			

Ek 13. Connor Davidson Psikolojik Sağlamlık Ölçeği

CONNOR-DAVIDSON PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ					
Lütfen aşağıdaki ifadelerin geçtiğimiz ay içinde size ne kadar uyduğunu gösteriniz. Eğer yakın zamanda belirgin bir şey olmadıysa, ne hissetmiş olabileceğinizi düşünerek cevaplayınız.					
SORULAR	Hiç Doğru Değil	Nadiren Doğru	Bazen Doğru	Sıklıkla Doğru	Her Zaman Doğru
1. Değişiklikler karşısında uyum sağlayabilirim.					
2. Stres olduğunda beni rahatlatacak en az bir tane yakın ve güvenebileceğim ilişkim var.					
3. Sorunlarım açık bir çözüm bulunmadığında, bazen Tanrı ya da kader yardım edebilir.					
4. Önüme çıkan her şeyle başa çıkabilirim.					
5. Geçmiş başarılarımla, yeni zorluklarla mücadele etmemde bana güven veriyor.					
6. Sorunlarla karşılaştığım zaman, olayların komik yönlerini görmeye çalışırım.					
7. Stresle mücadele etmek durumunda kalmak yönlerini görmeye çalışırım.					
8. Hastalık, yaralanma ya da benzeri güçlüklerden sonra çabuk normale dönerim.					
9. İyi ya da kötü, her şeyin olmasında belli bir sebep olduğunu düşünürüm.					
10. Sonuç ne olacak olursa olsun, elimden gelenin en iyisini yaparım.					
11. Engeller olsa da, hedeflerime ulaşacağıma inanırım.					
12. Umutsuz durumlarda bile vazgeçmem.					
13. Kriz ya da stres durumlarında yardım için nereye gideceğimi bilirim.					
14. Stres altında dikkatim dağılmaz ve açık bir şekilde düşünebilirim.					
15. Sorunları çözerken bütün kararları başkasının almasına izin vermektense, kendim için başına geçmeyi tercih ederim.					
16. Başarısızlıklar karşısında kolay pes etmem.					
17. Yaşamdaki zorluklarla uğraşmada kendimi güçlü bir insan olarak görürüm.					
18. Gerektiğinde başkalarını etkileyecek zor ya da kimsenin vermek istemediği kararları verebilirim.					
19. Üzüntü, korku ve öfke gibi hoş olmayan ve acı verici duygularla baş edebilirim.					
20. Yaşamdaki sorunlarla baş ederken, bazen olayların nedenini bilmeden, varsayımlar üzerine hareket etmek gerekir.					
21. Yaşamdaki amacıma dair güçlü bir duyguya sahibim.					
22. Hayatımın kontrolüne sahip olduğumu hissediyorum.					
23. Zoru severim.					
24. Önüme ne engel çıkarsa çıksın, hedeflerime ulaşmaya çalışırım.					
25. Başarılarımla gurur duyarım.					

**KRONİK RUHSAL HASTALIĞA BAKIM VEREN
AİLELER İÇİN CALGARY AİLE MÜDAHALE
MODELİNE DAYALI AİLE DESTEK VE PSİKOEĞİTİM
PROGRAMI
YÖNLENDİRİCİ KİTAPÇIĞI**



ÖZSÖZ

Bu kitapçık kronik ruhsal hastalık olarak bilinen şizofreni, bipolar duygudurum bozukluğu ve şizoafektif bozukluk hastalık tanısına sahip bireylere bakım veren aile bireyleri için hazırlanmıştır. Kitapçığın amacı kronik ruhsal hastalığı deneyimleyen ailelerin desteklenmesi ve bu süreçte başatme becerilerinin geliştirilmesidir. Kitapçık hazırlanırken kronik ruhsal hastalığa bakım veren hasta yakınlarının, bu konuda çalışan uzmanların deneyimlerinden ve bu konuda yazılmış kitaplardan yararlanılmıştır. Eğitim 4 oturumdan oluşmakta her oturum 120 dakika sürmektedir.

Hazırlayanlar

Ayşe SARI*

Zekiye ÇETİNKAYA DUMAN**

**Dokuz Eylül Üniversitesi*

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Fakültesi

Psikiyatri Hemşireliği Programı

***Dokuz Eylül Üniversitesi*

Hemşirelik Fakültesi

Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

Oturum Adı	BAKIM VERENİN DÜNYASI
Amaç ve Hedefler	Oturum: Değişen Yaşamlar ve İlişkiler (Hastanın varlığını hissedememe/kayıp, kendine zaman ayıramama, zihnin sürekli hasta ile meşgul olması, Hasta ile ilgili gelecek endişesi, bağımlı ilişki, kendini izole etme, kontrollü hayat)
İçerik	Amaç: Bu oturumun 1. bölümünün amacı grup üyelerinin birbirini tanıması programdan beklentilerin belirlenmesi programın amacını ve hedeflerini öğrenme grup kurallarını belirlemektir. 1.oturumun 2. bölümünün amacı kronik ruhsal hastalık tanısı nedeniyle yaşamış olduğunuz yoğun duyguların paylaşılmasıdır.
Kullanılan yaklaşım	Hedefler: Tanışmanın sağlanması Güven ilişkisinin kurulması ve gruba oryantasyonun sağlanması Her grup üyesi için beklentilerin ele alınması Grubun kurallarının belirlenmesi Grup sürekliliğine ilişkin vurgunun yapılması Ölçek ve formların hasta yakınlarına uygulanması Hasta yakınlarının duygularını ifade edebilmesi Hasta yakınlarının birbirine yaşamış olduğu bu duygularla ilgili destek olabilmesi İçerik: Tanı alma süreci Hastalığı kalıcılığını kabullenme Hastalık Sürecinde İletişim Çatışma yönetimi Etkili İletişimde Önemli Noktalar Yaklaşım: Destek + psikoeğitim

Oturum Adı Amaç ve Hedefler İçerik Kullanılan yaklaşım	GÜÇLÜKLER 2. Oturum: Kronik Ruhsal Hastalık Amaç: Kronik ruhsal hastalık süreci hakkında bilgi sahibi olmaktır. Hedefler: Kronik ruhsal hastalık kavramını öğrenme Kronik ruhsal hastalık grubunda yer alan hastalıkları öğrenme Hastalıkların belirti ve bulgularını öğrenmek Hastalıkların nedenlerini öğrenmek Ruhsal hastalıkların günlük yaşama etkilerini öğrenme İçerik: Kronik ruhsal hastalık nedir? Bipolar Afektif Bozukluk Şizofreni ve Şizoaffektif Bozukluk Yaklaşım: Destek + psikoeğitim
Oturum Adı Amaç ve Hedefler İçerik Kullanılan yaklaşım	GÜÇLÜKLER 3. Oturum: Kronik ruhsal hastalık tedavisi Amaç: Kronik ruhsal hastalık tedavisi hakkında bilgi sahibi olmaktır. Hedefler: İlaç tedavisinin yararları hakkında bilgi sahibi olma İlaç grupları ve etkileri hakkında bilgi sahibi olma İlaç yan etkileri hakkında bilgi sahibi olma İlaç yan etkileri ile başetme İlaç tedavisini sürdürmeyi destekleme yollarını öğrenme İçerik: Antipsikotik İlaçların Şizofreni Üzerindeki Etkisi Antipsikotik İlaçlar Nasıl Alınır? İlaç Yan Etkilerini Fark Etme ve Yönetme Duygudurum Dengeleyiciler Düzenli İlaç Kullanımını Teşvik Etmenin Yolları

	Yaklaşım: Psikoeğitim
Oturum Adı	BAKIM VEREN GÖZÜNDEN BAŞETME
Amaç ve Hedefler	4. Oturum: Başetme
İçerik	Amaç: Stresle baş etme yollarını öğrenmek
Kullanılan yaklaşım	Hedefler:
	Stresle etkili ve etkisiz başetmenin sonuçları hakkında bilgi sahibi olmak
	Duygu ve düşünceye yönelik başetme biçimlerini yaşamda kullanabilmek
	Bedene yönelik başetme biçimlerini yaşamda kullanabilmek
	Probleme yönelik başetme biçimlerini yaşamda kullanabilmek
	Problemlerini kendileri ile ilişkilendirerek açıklayabilmeleri
	Problemleri için alternatif çözüm önerileri oluşturabilmeleri
	Seçenekler üzerinden çözüm önerisini seçebilmeleri
	Çözümü yaşamlarında uygulayabilmeleri
	İçerik:
	Bedene yönelik başetme
	Duygu odaklı başetme
	Problem Çözme
	Adım Adım Problem Çözme Yöntemi
	Uygulama-refleksin
	YÖNTEM/Yaklaşım: Müzik eşliğinde uygulama Destek + psikoeğitim
	Örnek durumlar üzerinden duygu odaklı başetme uygulaması egzersizi

➤ **1. OTURUM: TANIŞMA (120 dakika)**

Amaç: Bu oturumun amacı grup üyelerinin birbirini tanıması programdan beklentilerin belirlenmesi programın amacını ve hedeflerini öğrenme grup kurallarını belirlemektir.

Hedefler:

Tanışmanın sağlanması

Güven ilişkisinin kurulması ve gruba oryantasyonun sağlanması

Her grup üyesi için beklentilerin ele alınması

Grubun kurallarının belirlenmesi

Grup sürekliliğine ilişkin vurgunun yapılması

Ölçek ve formların hasta yakınlarına uygulanması

Tanı alma süreci

Hastalığı kalıcılığını kabullenme

Hastalık Sürecinde İletişim

Çatışma yönetimi

Etkili İletişimde Önemli Noktalar

Hepiniz aile grubumuza hoşgeldiniz! Bu grupta olmamızın sebebi öncelikle benzer sorunları yaşayan bireyler/insanlar olmamız. Öncelikle ben bu grubun birarada olma amacını herkes ile paylaşmak istiyorum. Burada 4 oturum boyunca ruhsal hastalık sürecini birebir deneyimleyen aileler olarak nasıl başedebiliriz, bu süreci daha iyi nasıl geçirebiliriz ve birbirimizi nasıl destekleyebiliriz bunlar üzerinde hep birlikte çalışacağız!

Bu toplantılar 4 oturum/ders devam edecek. Bu toplantılarda devamlılık oldukça önemli. Oturumlar birbirini tamamlayan ve birbirinin devamı niteliğinde oturumlardır. Her oturumda hem yaşadıklarımızı birbirimizle paylaşacağız hem de bu süreçte başetme konusundaki becerilerimizi geliştireceğiz. Aynı zamanda ödevlerimiz ve rol oynamalarımız da olacak. Herhangi bir sebep nedeniyle oturuma katılamama durumunuz olduğunda bana önceden bilgi vermenizi rica ediyorum. Böyle bir durumda başka bir küçük grup ile katılarak aradaki açığı kapatabilirsiniz.

(Grup süreci ile ilgili genel bilgileri verdikten sonra bu oturumun amacı açıklanacak)

İlk amacımız grup hakkında size bilgi vererek bu gruba uyum sürecinizi hızlandırmaktı. Bugün ilk oturumumuzda birbirimizi tanıyacağız! Ben Birbirimizi daha yakından tanımak için şimdi herkes kendisini kısaca tanıtabilir mi? İsimlerinizi ilk oturumlarda hemen aklımda tutamayabilirim. Bu nedenle ben masaya kağıt ve toplu iğne bırakıyorum. Herkes adını yazıp üzerinde rahat okunabilecek yere asabilir mi?

(Bu süreçte tanışma sağlanacak, kişisel bilgiler kısaca anlatılacak ve grup kurallarının konuşulması aşamasına geçilecek)

Evet şu an herkes birbirini tanıdı. Bu grubu 4 oturum boyunca düzenli bir biçimde devam ettirmemize yardımcı olacak bazı kurallardan bahsetmek istiyorum. Her grubun bir kuralı olduğu için bizler hep birlikte bu grubun kurallarını oluşturacağız. Herkes biraz düşünebilir. Grup sürecinde hangi davranışların olup hangi davranışların olmasını istemiyorsanız bunlar üzerinde düşünebilirsiniz *(Bu sırada her bakım verenin fikri alınır ve flipcharta kurallar yazılır)*

Ben düşündüm ilk kural olarak:

Kural 1: Oturumlara devamlılığın sağlanması ve o hafta gelememe durumunun önceden aranarak bildirilmesi

Kural 2: Konuşan kişinin sözünün kesilmemesi ve dinlenmesi

Kural 3: Grup devam ederken sınıftan erken ayrılınmaması

Kural 4:

Kural 5:.....

(Bu kurallar her oturum öncesi gruba hatırlatılır.)

Şimdi isterseniz biraz bu süreçte neler yaşadığımızdan bahsedelim ve bununla bağlantılı olarak beklentilerimizden konuşalım. Siz bu hastalık sürecinde neler yaşadınız deneyimlediniz? Bahsedebilir misin?

(Grup üyelerine tek tek söz verilir ve tahtaya yaşanan deneyimler ve zorluklar kısa kısa not edilir)

Sorulabilecek sorular!

Ruhsal hastalık sürecinde yaşadığınız deneyimler nelerdir?

Hastalık hakkında neler biliyorsunuz?

Aile içinde ruhsal hastalık nedeniyle hastanızla aranızda ne tür sorunlar/güçlükler yaşıyorsunuz? Bu güçlükler nedeniyle kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Yaşadığınız duygusal güçlükler nelerdir?

Hastalık yönetimi ile ilgili en çok yaşadığınız güçlükler nelerdir?

Bu sorunlar aile içindeki ilişkileri nasıl etkiliyor?

Bu güçlükleri yönetmek için neler yapıyorsunuz? Etkili oluyor mu?

Bu güçlüklerle başetmede hangi teknikler kullanıyorsunuz?



Yaşanan olumlu deneyimler	Nasıl hissettiriyor?	Davranışlarına etkisi, hastaya tutumlara etkisi
-	-	-
-	-	-

Yaşanan güçlükler	Bu durumu yönetmek için ne yapıyorsunuz?	Başetmenize etkisi nedir?
-	-	-
-	-	-

Sonraki oturumlarımızda bu sorunlarla nasıl başedeceğimiz üzerinde konuşacağız. Fakat bunun öncesinde bu oturumumuzda siz bu süreçte neler yaşadınız bunlar üzerinde

konusacağız. Bu oturum hakkında sormak istedikleriniz ya da anlamadığınız noktalar var mı? Varsa paylaşabilirsiniz.

(Burada gönüllü olan bir grup üyesinden oturumda konuşulanları özetlemesi istenir, eğer gönüllü olmazsa kısa kısa cevaplar olacak şekilde soru gruba genel yönlendirilir)

- **1. OTURUM (devam):** *Değişen Yaşamlar ve İlişkiler (Hastanın varlığını hissedememe/kayıp, kendine zaman ayıramama, zihnin sürekli hasta ile meşgul olması, hasta ile ilgili gelecek endişesi, bağımlı ilişki, kendini izole etme, kontrollü hayat)*

Amaç: Bu oturumun amacı kronik ruhsal hastalık tanısı nedeniyle yaşamış olduğunuz yoğun duyguların paylaşılmasıdır.

Hedefler:

Hasta yakınlarının duygularını ifade edebilmesi

Hasta yakınlarının birbirine yaşamış olduğu bu duygularla ilgili destek olabilmesi

(Oturumun başında hasta yakınlarının paylaştığı ve tahtaya yazılan deneyim ve güçlüklerden ve hastalık süreci ile birlikte gelişen değişimlerden başlanabilir)

Burada birarada olmamızın nedeni sevdiğiniz kişinin rahatsızlığı ve bu nedenle sizin de yaşamış olduğunuz yaşantılar nedeniyledir. Sevdiğiniz kişinin, yakınınızın hasta olduğunu öğrendiğinizde neler hissettiniz hatırlıyor musunuz? Üzüntü, kızgınlık (öfke), şok, mutsuzluk bunlardan bazıları olabilir. Sık rastlanan bir tepki de reddetmektir. Aranızda hastalığı inkar eden, kabullenemeyen var mı? Varsa tam olarak neler yaşadığınızdan biraz bahseder misiniz?

Kaygı, korku

“Yani her an dışarıda dışarıya çıktığı zaman hani mutlu mu olayım bir anne olarak yoksa büyük korkulara mı gireyim? Büyük korkulara giriyorum. Endişelere kapılıyorum. Yani yürüyen bir bomba gibi dışarıda... Büyük bir korku bu.”(16. bakım veren, kadın, 59 yaş)

Suçlanma

“Yani siz yaptınız çocuğu, mesela benim ailem eşimin aile tarafı, siz yaptınız demekle bizi suçluyorlar. Biz yapmışız yani çocuğu bu şekilde. Suçlanmış hissediyorum evet.”(1. Bakım veren, kadın, 57 yaş)

Kendini suçlama

“Yani başarı indeksli yetiştirdiğimi düşünüyorum. Yaptığım en büyük hatalardan biri olduğunu düşünüyorum.” (2. Bakım veren, kadın, 61 yaş)

Kayıp

“İlk dönemlerde dediğim gibi M çünkü birinci M ölmüştü. Birinci M canlı çok güzel arkadaş çevresi olan başarılı, hocaları tarafından sevilen bir insandı. Fakat hasta olunca kendisi arkadaşlarından uzaklaşmış oldu.” (8. Bakım veren, kadın, 75 yaş)

Hayattan Zevk Almama

“...Yani yaşamam... Dünyadan bir şey bir zevk almıyorum. Çaba yok. Önce yani böyle bir şey yokken hadi ev yapayım yer yapayım yani çabalıyordum. Ama şimdi yani gününü, bugün doldu mu varına düşünmüyorum yani. (7. Bakım veren, kadın, 59 yaş)

Yaşadığımız birçok duygudan bahsettik. Şimdi bu duyguları meydana getiren hangi düşünceler bunlar üzerinde biraz konuşalım. Burada üzerinde konuşacağımız bir liste var. Bu listeye duygularımızı yazdık. Şimdi bu duyguları yaşadığımız anı düşünelim. O anda aklımızdan neler geçiyor? Bunları da bu listemize ekleyelim.

Ödev: Duygu ve düşünce listesi ☺

Olumsuz Duygular listesi	Düşünceleriniz
Olumlu Duygular listesi	Düşünceleriniz

(Bu aşamada bakım verenlerin yaşamış olduğu olumlu olumsuz duyguları ifadesi etmesi için cesaretlendirilir ve bu duygularla birlikte o an da kafalarından geçen düşünceleri yazmaları için ellerine bir liste verilir. Bu liste oturumda tartışılır. Daha sonra bakım verenlerin bu duyguları hissettiği anda neler zihinlerinden geçiyor bunun üzerinde düşünmeleri için onlara zaman verilir. Bu listeyi kaybetmemeleri daha sonra başatme oturumuna getirmeleri istenir).

Bu vermiş olduğunuz tepkilerin hepsi birçok korku ve yanlış inanışın söz konusu olduğu bir hastalığın tanısına verilen doğal tepkilerdir. Hastalık hakkında bilgi edindikçe umutlu olmanız gereken geçerli nedenler olduğunu anlayacaksınız. Yakınınıza konan tanıya alışmanız zaman alabilir. Öncelikle yakınınızın hasta olmasından kimsenin sorumlu olmadığını anlamanız önemlidir. Ayrıca hastaların çoğu durağan ve destekleyici bir ortamda belirtileri ile nasıl başa çıkabileceklerini öğrenmekte ve yaşamlarını sürdürmektedirler (Pfizer El kitapçığı).

Hastalık ilk olarak eve uğradığında yani ilk kez bu hastalıkla genellikle bir şeylerin yanlış gittiği ya da yolunda gitmeyen bir şeylerin olduğu fark edilir. Bu durum sizi **inkâr** sürecine götürebilir. “benim oğlum/kızım hasta olamaz, bu geçici bir durum” gibi.



Tanı Alma Süreci!

Teşhis-tanı alma, bakım verenlerin yaşamlarında önemli bir andır çünkü tanı aldıktan sonra sizler bu yolunda gitmeyen şeyin adını koymuş oluyorsunuz. Bu şu açıdan önemlidir ki bu bir beyin hastalığıdır ve tıbbi tedavi gerektiren bir hastalıktır. Birçok hasta yakını tanı almayı sıkıntılı bir durum olarak görürken, bir kısım hasta yakınları ise bu durumu daha rahat kabullenebilmektedir. Bunun sebebi ise haftalar aylar hatta yıllar süren yakınma ve adı konulamayan durumların bir anlamda ne olduğunun adının konmuş olmasıdır. İsmi konduğunda tıbbi anlamda bir şeylerin yapılabilecek olması umudu doğmaktadır.

Soru:

İlk kez tanıyı duyduğunuzda neler hissettiniz? Sizdeki duygular daha çok hangi yöndeydi? (olumlu, olumsuz)

Problemin ruhsal hastalık olduğu netleştiğinde, aile üyeleri sıklıkla aktif olarak öğrendikleri bir döneme girerler. Sağlıklı bir kişinin hastalığı deneyimleyen birinin neler yaşadığı ile empati kurması çok güçtür.

Hastalığın Kalıcılığını Algılama

Hastalığın kalıcı bir hastalık olduğunu fark etmek hastalık sürecinde aile üyesi için bir dönüm noktasıdır. Çünkü daha önce hissetmiş olduğunuz bu duygularla bilinçli bir şekilde yüzleşmemiz gerekir. Bu hastalık gençlik çağında (adölesan dönem sonunda) ağırlıklı olarak başlayan bir hastalık olduğu için hasta yakınları olarak sizlerin kaybın farkına vardığınız bir dönem olabilir. Çünkü hastalık sizin açınızdan onun gençliği, evliliği ve geleceği ile ilgili hayallerin de kaybı olabilmektedir.

Soru: Bu dönem de başka hangi duyguları hissettiniz? Aramızda bu duruma öfkelenenler de olabilir? Başka hangi duyguları yaşıyorsunuz ya da yaşadınız?

Kabul

Bu aşamaya gelen birçok bakım veren artık hastalığı kontrol edemeyeceğini kabullenmiştir. Başka bir kişinin hastalığını kontrol edemediğiniz fikrini kabul etmemiz gerekir. Hasta bir çocuğun, eşin veya ebeveynin kaderinden sorumlu hissetmek yerine bunu kabul etmek sorumlu olduğumuzu hissettiğimiz durumlara farklı bir gözle bakmamızı sağlayabilir. Aynı zamanda sevdiğimiz hayatımızın bir parçası olan yakınlarımızı (hastalarımızı) hastalık öncesi durumu ile karşılaştırıp karşılaştırmadığımızı da gözden geçirmemiz gerekebilir (Karp & Tanarugsachock, 2000).

SIKINTIDAN GÜÇLENEREK ÇIKMAK!

Soru:

Peki, aileler olarak bizim sahip olduğumuz güçler neler, hiç düşündünüz mü?
Manevi gücümüz neler?

Örnek:

- Komşularımızdan ya da yakınlarımızdan alınan sosyal destek
- Hastaya uygun yaklaşım içerisinde davranmak
- Hastaya onun zihnini meşgul edecek meşguliyeteler bulmak

- Hastayı dışarıdan gelebilecek olumsuz etkilere karşı korumak
- Hastamızı anlamak için iletişimde yaratıcı yollar bulmak
- Durumu kabul etmek (Mokgothu, Du Plessis, & Koen, 2015).

Hastalık Sürecinde İletişim

Aile içi iletişim problemlerinin çoğu, doğrudan hastalığın semptomları ile ilişkili olmaktadır. Bilişsel yeti yitimi şizofrenide yaygın görülen bir problemdir. Bu yeti yitimi, konsantrasyonda bozulmaya, öğrenmede güçlüğü ve hafıza problemlerine neden olmaktadır. Sanrı ve halüsinasyonlarda iletişimi bölmektedir. Şizofreninin negatif belirtileri, iletişim problemlerinde önemli bir bariyeri oluşturmaktadır. Negatif belirtiler, donuk duygulanım (hastanın yüzünün hiç bir duygu barındırmaması), konuşmada fakirlik, (çok fazla konuşmama) anhedoni (hiçbir deneyimden zevk almama) ve apatiyi (olayları önemsememe) içermektedir. Bu negatif belirtiler aileler için hastaların duygularını anlamayı zorlaştırmaktadır. Bipolar bozukluğu olan bireylerin hopomani veya manik dönemde hareketliliğinin artması, çabuk öfkelenme ve abartılı tepkileri, hızlı konuşmaları ve basınçlı konuşmaları hem aile üyeleri ile hem de toplumda iletişim problemleri ve ilişki problemleri yaşamalarına neden olmaktadır. Her iki hastalık grubunda da ailelerin hastanın duygularını bilememesi hastalık belirtilerini fark edememesi ve bu belirtilerin davranışlara etkisini anlayamaması da hasta ile iletişim kurmasını ve konuşmayı zorlaştırmaktadır.

Aile İçinde Psikiyatrik Bozuklukla Başetme Stresi

İletişim zorlukları yalnızca hastalık belirtilerinden kaynaklanmaz. Ailelerin stres seviyesi baş edememekten kaynaklı olarak da yükselebilir. Hastalık ile başetme aileler üzerinde, özellikle hastanın bakımını en fazla üstlenen aile üyesinde baskı kuran en önemli faktör olabilir. Bu stres, aile üyeleri hastaya yardım ederken hastanın bunu takdir ettiğini ifade etmemesiyle daha da kötüleşebilir. Aile üyeleri için hastalığın neden olduğu bir davranış problemi olup olmadığını ayırt etmeye çalışmak da rahatsız edici olabilir.

İletişimi Geliştirmede Nasıl Yardımcı Olunabilir?

İletişim yeteneklerinizi geliştirmek hastalığın tekrar etmesini ve belirtilerin artmasını azaltabilmektedir. Daha iyi bir iletişim, aile içinde tartışmaların miktarını ve stres seviyesini düşürür ve hastanın uzun dönem sonuçlarını geliştirebilir. İyi bir iletişim aile içindeki bakım yükünü azaltabilir.

Aile üyeleri arasındaki iletişimi geliştirmek, aile içindeki ilişkinin kalitesine yardımcı olabilir. Hastalar tedaviye uyum sağladığında ve bağımsız yaptığı aktivitelerde övgü almaktan olumlu etkilenir. Benzer olarak, hasta yakınları da takdir edildiğini bilirler. Etkili iletişim bazı çatışmaların gelişmesini önler. Stres, yüksek kan basıncı, kalp rahatsızlıkları gibi bazı sağlık problemlerine neden olur. Etkili iletişim tüm aile üyelerinin stres seviyesini düşürmeye ve daha etkili iletişim becerileri kazanmalarını sağlar.

Hastanızla Kurabileceğiniz Etkili İletişim Becerileri

Bir noktaya odaklanmak;

Hastanızla iletişim için belirli bir zamanda bir konuda kısa ve öz olma yardımcı olacaktır. İletişimi basit ve direkt gerçekleştirmek, karmaşık dilden kaçınmak ve cümlelerin girişinin dolaylı olamaması gerekmektedir. Siz ve hastanız arasında ‘bir noktaya odaklanmak’ daha az yanlış anlamayı sağlayacaktır.

Bir noktaya odaklanmak için, bunları hatırlayın:

- Konuyu ya da endişenizi açıkça belirtin
- Doğrudan ve basit bir dil kullanın
- Kısa tutun

Duyguları doğrudan ifade etmek;

Açıkça duyguları ifade etmek için ben dili kullanılmalıdır; örneğin, “ben bu gece masaya oturduğum için gerçekten memnunum”, ya da “ben iki gündür ilaçlarını almadığın için çok üzgünüm”. Ben dilini kullanıldığında hastanız nasıl duygular hissettiğinizi bilecektir. Kendi duygu ve düşüncelerinizin sorumluluğunu almak, genellemelerden daha etkili olmaktadır.

Şizofreni hastaları sıklıkla duygularını tanımlamakta zorlanabilirler. Hastalar, diğerlerinin duygularındaki yüz ifadesinin ya da sesin değişimi gibi küçük ipuçları yakalayamamaktadırlar. Hastaların duygularının sözel ifadesindeki hem pozitif hem negatif duyguların aynı anda olması, duyguların hasta yakınları tarafından anlaşılmasını azaltmaktadır. Sözel duygu ifadesinin direkt kullanımı, gerginlik ve karışıklığı azaltmaktadır. Bipolar bozukluğu olan bireylerin ise manik dönemde duygulanımlarında ani değişimler, engellenmeye tahammül edememe, çabuk öfkelenme olabilmektedir.

Duyguları doğrudan ifade etmek için, bunları hatırlayın:

- Ben dilini kullanın, örneği “kalktığında yatağını toplamaman beni üzüyor”

- Sözel olarak duygularınızı ifade edin “eve geç gelmen beni endişelendirdi”
- Sakin bir ses ile konuşun
- Ona ifade etmezseniz nasıl hissettiğinizi anlamayacaktır.

Etkili övgü kullanma;

Hastalar sıklıkla kendilerini demoralize hisseder ve hiçbir şeyi iyi yapamadıklarını düşünürler. Onlar bir şey yaptığında takdir etmek, “doğru” bir şey yaptığını bilmelerine yardımcı olacaktır. Hastalarınızı özel davranışları için takdir etme, sizi daha fazla memnun eden şeyler yapmaları için teşvik edecektir. Övgü özellikle, hastanızı kendi tedavi planını takip etmesine ve bağımsız davranışlarını gerçekleştirmesine cesaretlendirecektir.

Hasta kendi sınırlılıklarının farkında olarak üzülüyor olabilir. Övgü, hastanın güçlü yanlarını fark etmesine yardımcı olacaktır. Hastanın küçük hedefleri tamamladığını bilmek ve cesaretlendirmek, hastanızın ilerlemesinin farkında olduğunuzu ve bu çabasını ödüllendirdiğinizi görmesine yardımcı olacaktır.

Etkili övgü kullanımı için, bunları hatırlayın:

- Hastanızla göz iletişimi kurun
- Yaptığı şeyin sizi ne kadar memnun ettiğini hastanıza söyleyin
- Nasıl hissettiğinizi ifade etmek için ben dili kullanın

Karşıdakinin ne düşündüğünü ya da ne hissettiğini kontrol etme;

Hastanız donuk duygulanım, konuşma fakirliği çekiyorsa, sıklıkla hastanın ne düşündüğü ya da ne hissettiği ile ilgili tahmin yürütürsünüz. Bazen tahminlerimizde yanılabiliriz bu nedenle tahmin etmek yerine doğrudan sormak daha uygun olacaktır. Hastanın duygu ve düşüncelerini tahmin etmek yerine, onun ne dediğini dikkatli dinlemek, anlamadığınızı ya da açık olmayan şeyler ile ilgili soru sormak, duyduklarınızı doğru anladığınızı kontrol etmek gerekmektedir. Anladıklarınızı kontrol etmenin bir yolu da, duyduklarınızın hastaya açıklanması ya da söylediğinin ne anlama geldiğinin sorulması ile olabilir.

Karşıdakinin ne düşündüğünü ya da ne hissettiğini kontrol etmek için, bunları hatırlayın:

- Dikkatli dinleyin, hastaya acele ettirmeyin
- Anlamadığınız şeyler için soru sorun
- Duyduğunuz şeyi tekrarlayın ve ne anlama geldiğini sorun

- Eğer gerekirse daha fazla soru sorun

Açık ve net olma;

Hastalar, konuşma sırasında önemli noktalara odaklanmakta ve bunların ayrımını yapma konusunda güçlük çekerler. Hastanın kişilik ve tavırları yerine mümkün olduğunca açık, net davranışlarına odaklanarak hastanıza yardımcı olabilirsiniz. Açık ve net olmak, hastanın hangi davranışlarının onaylandığı ve hangi davranışların değişmesinin istendiğini bilmesine yardımcı olacaktır. Hastanız sizi daha iyi anlayacak ve önerilerinizi, isteklerinizi takip etme olasılığı yükselecektir.

Açık ve net olmak için bunları hatırlayın:

- Konuya uzun giriş ve uzun cümlelerden kaçın
- Tutum ya da kişilik yerine davranışa odaklan
- Tam olarak ne istediğinizi belirten taleplerde bulun
- Her seferinde bir konu üzerine yoğunlaş

ÇATIŞMA YÖNETİMİ

Bir grup insan birlikte yaşadığında veya birlikte zaman geçirdiğinde, çatışmalar kaçınılmazdır. Hiç kimse her zaman aynı fikirde değildir! Aile üyelerinden birinde kronik ruhsal hastalık varsa hastalığın belirtileri nedeniyle evde çatışma olması olasıdır. Hastanın bilişsel problemleri, problemleri fark etmesini veya bazı davranışların olumsuz etkilerini fark etmesini zorlaştırabilir. Sık veya yoğun çatışmalar hastada stres seviyesini yükseltir ve belirtilerin kötüleşmesine neden olabilir. Etkili iletişimin çatışma çözümünde hem hasta hem yakını için yararlı sonuçları olmaktadır.

Çatışma Yönetimi Stratejileri

Genel olarak, çatışma yaşandığı anda çatışmayı ele almak en iyisidir. İnisiyatifi ele almak ve bir çatışmayı hastanızla ele almak konusunda isteksiz olmayın. Çatışma hastanın davranışından dolayı ortaya çıktıysa, durum negatif sonuçlanmadan ya da o davranış artmadan kolaylıkla çözülebilir. Bu gibi anlaşmazlıktan dolayı tartışıldığında, sakın kalmaya ve öfkeyi kontrol etmeye çalışın, kendinizi açıkça ifade edin ve hastanızın bakış açısından görmeye çalışın. Mümkün olduğu kadar bilinçli bir şekilde çatışmalara yaklaşmak en iyisidir.

Çatışma sırasında hastayı yanlış olduğuna ikna etmek yerine, görüşlerinizi ifade edin ve hastanızın söylediklerini dinleyin. Daha sonra hem hastayı hem kendinizi ilgilendiren ve dikkate alan çözümler düşünün!

Çatışmanın çözümünde, etkili iletişim becerileri kullanılmaktadır. Ek olarak aşağıda çatışma çözümü için stratejiler yer almaktadır:

Suçlamadan kaçınma:

İnsanlar suçlandıklarında eleştiri ve saldırı hissederek. Hastayı suçlamak yerine problem veya davranışı tanımlamak ve nasıl hissettirdiği açıklanmalıdır. Suçlama yerine çözüm bulunmasına odaklanmak, hasta ile daha yapıcı bir diyalog geliştirmeyi sağlayacaktır.

Sakin bir sesle konuşma:

İnsanlar sert, yüksek ve kızgın ses tonundansa daha anlayışlı sakin ses tonu duyma eğilimindedirler. Sakin tavırla konuşma, anlama ve duymayı kolaylaştırmaktadır. Negatif ses tonu hastaların savunmacı olmasına, konuşulanları anlamaması ve çözüm arayışının azalmasına neden olabilir.

Ana noktaları vurgulamak için kısa ve net ifadeleri kullanma:

Bir çatışma noktalandıktan sonra, ana konuya odaklanmaya yardımcı olmanız hayati önem taşımaktadır. Kısa, açık ve özel ifadeler kullanıldığında hasta tarafından anlaşılması ve cevaplanması daha kolaydır. Problemlerle ilgili olmayan şeylerden bahsetmekten kaçının ve söylenenlerin anlaşılması için sık sık ifadelerin üzerinde durun.

Hastanın bakış açısını ortaya çıkarın:

Tek taraflı tartışmalar kalıcı kararlara yol açmaz. Hasta kendini ifade etmekte zorlandığında, onun bakış açısından bakılması sağlanmalıdır. Hastanın bir şey hakkındaki düşüncesi alınırken, ona cevap vermesi için yeterli zaman ayrılmalıdır. Hastanın bakış açısı sorulursa, problemi çözme hakkında bazı fikirleri olacaktır. Eğer hastanın duruma ilişkin görüşü alınmazsa, çözüme ilişkin hayal kırıklığına uğrayabilir ve problemin çözümüne katılımı azalır.

Yapabildiği davranışlara odaklanın:

Kişilik, tutum, duyguların değişmesi çok zor olabilmektedir. Aksine insanların davranışları daha kolay değişmektedir. Örneğin tembel ve yavaş olmayla ilgili yorumlar rahatsız edici olur ve hasta asıl sorundan uzaklaşır.

➤ **2. OTURUM: GÜÇLÜKLER**

Kronik ruhsal hastalık nedir? (Bipolar Afektif Bozukluk, Şizofreni ve Şizoaffektif Bozukluk)

(120 dakika)

Amaç: Kronik ruhsal hastalık süreci hakkında bilgi sahibi olmaktır.

Hedefler:

Kronik ruhsal hastalık kavramını öğrenme

Kronik ruhsal hastalık grubunda yer alan hastalıkları öğrenme

Hastalıkların belirti ve bulgularını öğrenmek

Hastalıkların nedenlerini öğrenmek

Ruhsal hastalıkların günlük yaşama etkilerini öğrenme

İçerik:

Kronik ruhsal hastalık nedir?

Bipolar Afektif Bozukluk

Şizofreni ve Şizoaffektif Bozukluk

Bu oturumda yaşamımızın bir parçası olan ruhsal hastalığı daha yakından tanıyacağız.

Sorular:

Ruhsal hastalıklar hakkında neler biliyorsunuz?

Bu hastalığın size göre nedeni/nedenleri nedir?



Daha önce hiçbir şekilde duymamıştım böyle bir rahatsızlığı. Hastaneye geldikçe polikliniğe geldikçe gözlemlerimden deneyimlerimden... (1. Bakım veren, kadın)

Şizofreni

Sağlık profesyonelleri açısından şizofreni sosyal işlevsellikte, kendine bakım becerilerinde ve gerçekliği ayırt etmede ciddi problemlerle kendini gösteren ruhsal bir hastalıktır. Hastalığın biyolojik nedenli bir hastalık olduğu kabul görmüştür. Düşünce ve duyguları düzenleyen beyindeki kimyasalların dengesinin bozulması nedeniyle şizofreni oluşmaktadır (Mueser & Gingerich, 1994).

Şizofreni nedir?

Şizofreni beyindeki kimyasalların dengesindeki bozulma nedeniyle oluşan biyolojik/tibbi bir hastalıktır.

Şizofrenideki yaygın problemler sosyal işlevsellikteki bozulma, kendine bakım becerilerinde bozulma ve gerçeği ayırtetmede güçlüktür.

Tedaviler belirtileri/semptomları iyileştirir fakat hastalığı tamamen ortadan kaldırmaz.

Stres belirtileri/semptomları kötüleştirir.

Aile üyeleri hastalığın seyrini iyileştirebilir (Mueser & Gingerich, 1994).

Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'ne göre (2011) şizofreni yaygınlığı oranı 18 yaşın üzerindeki nüfusun yaklaşık % 1.2' sidir. Başlangıç aralığı, bu aralığın dışında kalan durumlar olmasına rağmen, genellikle onlu yaşların sonu ve otuzlu yaşların ortasıdır. Hastalık kadınlarda 20'li yaşların sonunda, erkeklerde 20'li yaşların başlarında ortaya çıkmaktadır. Hastalığın ilerlemesi değişkenlik göstermektedir (Kneisl & Trigoboff, 2013). Türkiye'de nüfusun %18'i yaşam boyu bir ruhsal hastalık geçirmektedir (Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı, 2011). Bazı durumlarda, hastalık alevlenmeler (semptomlarda daha fazla yoğunluğa işaret eden hastalığın ciddiyetinde artış) ve remisyonlar yoluyla ilerler; bazı durumlarda ise kronik ve stabil seyrederken, diğer durumlarda kronik giderek kötüleşen bir süreç izler (Kneisl & Trigoboff, 2013).

Şizofreni hastalığı kan testi, laboratuvar testi gibi testler yapılarak belirlenebilen bir hastalık değildir. Hastanın yaşamış olduğu belirtilerin uzun klinik görüşmeler ile değerlendirilmesi sonucu

hastalık tanısı konur. En yaygın görülen hastalık belirtileri halüsinasyonlar, sanrılar, duygu ifadesinde azalma ve sosyal işlevsellikte azalmadır. Bu belirtiler şizofreni bozuklukta da görülmektedir.

Şizofreni nasıl bir deneyim?

“Bunu yaşamadan hiç kimse tam olarak anlayamaz”

Yukarıda belirtilen ifade bir hastanın ifadesidir. Bu hastalık tıpkı birinin uyanıkken hayal görmesi gibidir. Hastalar yaşadıkları içinde bulundukları durumun gerçek olduğuna inanır. Gerçek ile hayali olanı birbirinden ayıramaz. Hastalar çevresindeki uyanlardan çok fazla etkilenir. Bu tıpkı bir futbol oyununda her taraftan hastanın üzerine top gelmesi gibi düşünülebilir. Dolayısıyla hastalar dikkatlerini tek bir duruma vermekte sıkıntı yaşarlar. Bu ve bunun gibi durumlar karşısında hastalar bir çok sıkıntı yaşamaktadır. Eğer hastanız sizinle yaşadığı bu durumları paylaşıyorsa ya da buna yönelik bir adım attıysa onu yaşadığı şeyi anlatması konusunda cesaretlendirebilirsiniz.

Hastalığın Nedenleri

Sizce hastalık nedeni nedir? Bilim dünyasında güçlü bir ortak görüş vardır ki bu görüş şizofreni hastalığının biyolojik bir hastalık olduğudur. Yani bu hastalık beyindeki kimyasalların dengesindeki bozulma nedeniyle oluşan bir hastalıktır. Bu beyinde yer alan kimyasallar insanlardaki düşünme, duygulanma, algılama, amaca yönelik eylemlerde rol oynamaktadır. Bu kimyasal dengesi bozulduğunda da bu etkilediği alanlarda da hastalık belirtileri kendini göstermektedir.

Hastalıkta diğer bir neden genetik yatkınlıktır. Eğer hastanın yakın bir akrabasında hastalık var ise hastalık geliştirmeye yatkınlık artmaktadır. Eğer birinci derceden hastanın yakınında hastalık varsa risk daha yüksektir. Aile üyelerinde birden fazla kişide hastalık varsa risk çok daha yüksektir. Kimin şizofreni hastası olacağını tahmin etmek ise şu anki bilimsel bilgilerle mümkün değildir.

Şizofreni Hakkında Yaygın Mitler	
Mit	Gerçek
Şizofreni hastalarının kişiliği bölünmüştür.	Her bireyin yalnızca bir kişiliği vardır.
Şizofreni hastaları şiddete meyillidir.	Şizofreni hastaları nadiren şiddet uygular.
Aileler şizofreniye sebep olur.	Şizofreni ailelerin sebebi olmadığı biyolojik bir hastalıktır.
Alkol ve madde kötüye kullanımı şizofreniye sebep olur.	Alkol ve madde şizofreni semptomlarını kötüleştirir/ağırlaştırır fakat hastalığa sebep olmaz.

Şizofreni Belirtileri

Şizofreni tanısı için ayırıcı belirtilerle birlikte bu belirtilerin en az 6 ay boyunca devam etmesi gerekir. Belirtiler altı ay boyunca sürmeli ve bazı belirtiler en az bir ay boyunca var olmalıdır. Şizofrenide belirtiler pozitif belirtiler ve negatif belirtiler olmak üzere ikiye ayrılır. Pozitif belirtiler hastada normal işlevselliğinde bozulma ile kendini gösterirken, negatif belirtiler işlevsellikte eksiklik olmaktadır (Kneisl & Trigoboff, 2013). Bunun yanında şizofrenide duygu durum problemleri, düşünce bozuklukları ve davranış bozuklukları görülen belirtiler arasındadır. Yakınıınızda tüm bu belirtilerin hepsi olmayabilir. İki şizofreni hastası yan yana gelse de her ikisi de aynı belirtileri göstermeyebilir.

➤ Pozitif belirtiler:

Pozitif belirtiler ve negatif belirtiler kafa karıştırıcı olabilmektedir. Bu belirtiler birbirine göre iyi ya da kötü belirtiler değildir. Bunları belirtileri daha iyi anlamak için bu şekilde kullanıyoruz. Pozitif belirtiler dediğimiz belirtiler ruhsal hastalığa sahip olmayan diğer insanların sahip olmadığı düşünce ve inanışlardır. Örneğin çevrede kimse yokken sesler duyma gibi. Negatif belirtiler ise ruhsal hastalığa sahip olmayan kişilerde normalde olan düşünce ve duygularda kayıptır. Örneğin bir kişi ile etkileşim halindeyken o kişinin yüz ifadesi ve mimiklerinden onun duygusunu anlayamama bir negatif belirtidir. Yani pozitif belirtiler varlık ile negatif belirtiler yokluk ile kendini gösterir (Mueser & Gingerich, 1994). Hastalıkta en çok görülen pozitif belirtiler

halüsinasyonlar, sanrılar ve konuşma ve davranışta organizasyon bozukluğudur. Bu belirtilerin olması kişinin hasta olduğunun bir göstergesidir. Bu nedenle bu belirtiler pozitif belirtilerdir. Bu tıpkı biyopsi sonucunun pozitif çıkması gibidir. Eğer sonuç pozitifse hastalık vardır.

Halüsinasyonlar:

Halüsinasyonlar hastanın deneyimlediği fakat diğerlerinin deneyimlemediği yanlış algılardır (Mueser & Gingerich, 1994). Halüsinasyonlar şizofrenide en yaygın algı bozukluğudur. Halüsinasyonlar işitsel, görsel, koku tat ve dokunma biçiminde olabilir. En yaygın halüsinasyon sesler duyma biçiminde işitsel halüsinasyondur. Eğer bir ses duyuluyorsa bu ses öfkeli ve tehdit edici de olabilmektedir. İşitsel halüsinasyonlar insan sesi ya da konuşması şeklinde olmayabilir.

<i>Pozitif belirtiler</i>	<i>Örnek</i>
<i>İşitsel</i>	İnsan konuşmaları (fısıldama, şarkı söyleme, tek ses duyma, birden fazla kişinin sesini duyma, birbiri ile konuşan sesler duyma, kadın sesi, erkek sesi duyma, saat sesi gibi mekanik sesler duyma, müzik, hayvan sesleri vb)
<i>Görsel</i>	Kan, Hayvan, Hareket eden objeler, İnsan/lar
<i>Koku</i>	Kan kokusu, Yanık kokusu, İdrar kokusu, Sarımsak kokusu
<i>Tat</i>	Metalik tat, Kan, İdrar
<i>Dokunma</i>	Hareket eden tümör var gibi hissetme Hamile hissetme Elinde yağ varmış gibi hissetme (Kneisl & Trigoboff, 2013).

Sanrılar

Bireyin kendisi ya da çevre hakkında güçlü kanıtlar karşısında bile sıkı sıkıya tutunduğu/inandığı yanlış inanışlardır (Kneisl & Trigoboff, 2013).

Bir çok sanrı çeşidi olabilmektedir.

Sanrı tipi	Tanımı	Örnek
Perseküsyon (Kötülük görme) sanrısı	Diğerlerinin kendisine zarar vereceği inancı	Örneğin bir kadının, kendisine bakan bir adamın kendisini takip ettiğini düşünmesi Hastanın aile üyesinden birinin kendisini zehirleyeceği düşüncesi
Referans (alınma) sanrısı	Kişisel ya da toplumsal olaylarla ilişkili durumların doğrudan kendisi ile ilgili olduğu yanlış inancı	Örneğin haberlerde duyulan bir durumun kendisi hakkında olduğunu düşünme İk kişi yanyana yürürken kendisi hakkında konuşulduğunu düşünme Televizyon ya da radyodan kendisine mesaj verildiğini düşünme
Somatik (bedensel) sanrılar	Vücudunun normal işlevi ya da fonksiyonunun değiştiğine dair inanç	Örneğin yaşlı bir kadının bağırsaklarının çimento ile dolu olduğuna inanması ve yemek yememesi
Düşünce yayınlanması	Söylenmeyen düşüncenin duyulduğuna dair inanç	Örneğin genç bir hastanın kimseye bir şey söylememesine rağmen doktoruna aşık olduğunu herkesin bildiğini düşünmesi
Kontrol sanrıları	Eylemleri ya da düşüncelerinin dış güçler tarafından kontrol edildiğini düşünmesi	Komşusunun evindeki bilgisayarından onun düşüncelerini kontrol ettiğini düşünmesi
Nihilistik sanrılar	Varlığının yol olduğu ya da hiç olmadığına dair inanç	“Herşey kayıp, vücudum yok” gibi hasta düşünceleri
Büyüklik sanrıları	Abartılmış özdeğer ve yetenek duygusu	Hastanın ben peygamberim, mehdiiyim diye iddia etmesi (Kneisl & Trigoboff, 2013).

Dağınık (dezorganize) düşünce ve davranışlar

Dağınık konuşma	
<i>Çağrışımların bozulması</i>	
<i>Kelime salatası</i>	Cümle yapısı bozulur ve hastanın söylemiş olduğu sözler anlaşılmaz.
<i>Ekolali</i>	Hastanın karşısındaki kişinin sözcüklerini yinelemesi.
<i>Dağınık davranış</i>	
<i>Organize olamama</i>	
<i>Kaskatı kesilme</i>	

(Kneisl & Trigoboff, 2013; Öztürk ve Uluşahin, 2015).

Negatif Belirtiler

Bu belirtilerin negatif belirti olarak adlandırılmasının sebebi normalde hasta değilken sahip oldukları bir şeylerin kaybı nedeniyledir. Bir şeyi yapma ya da bir duyguyu hissetmenin kaybı şeklinde olabilmektedir (Kneisl ve Trigoboff, 2013). Pozitif belirtileri yakınınızda kolaylıkla fark edebilirsiniz çünkü bir şeylerin yanlış gittiğini görebilirsiniz. Fakat negatif belirtileri fark etmek zor olabilir.

Negatif belirtiler	Tanımı	Örnek
Apati	Kişisel amaçlara yönelik motive olamama, basit işleri tamamlayamama/yapamama	Hastanın hijyen düzeyinde yetersizlik, geleceğe yönelik umutsuzluk
Avolusyon	Amaca yönelik eylemleri gerçekleştirme becerilerinde kaybolma, motive olamama. Bu belirti olan hastalar genellikle tembel ya da isteksiz olarak yanlış anlaşılır.	Hastanın işe gitmemesi İş başvurusunda bulunmaması
Anhedoni (haz alamama)	Keyif alamama/haz alamama. Şizofreni hastalarının yaşadığı hayattan keyif	Hastanın daha önce keyif aldığı spor yapmaktan artık

	alamaması fizyolojik bir nedeni olduğu ve hastanın bunu kontrol edemediği unutulmamalıdır.	mutlu olmaması, keyif alamaması
Aloji	Kısa boş sözel tepkilerdir. Bir soruya yönelik cümle kurmak yerine hasta genellikle bir kelime ya da çok sınırlı kelime kullanır. Bu konuşmayı reddetmekten farklıdır ve konuşmada fakirlik olarak görülür.	Gününün nasıl geçtiği sorulduğunda hastanın yalnızca “iyi” demesi (Kneisl & Trigoboff, 2013).

Pozitif Belirtilere Yönelik;

- ✚ Belirtiler üzerinde hasta ile konuşabilmek önemlidir (ilk basamak olarak doğru iletişim)
- ✚ Sanrı ya da varsanı hakkında konuşurken hayal ürünü olduklarını söylemekten kaçının
- ✚ Sanrılar doğası gereği mantıklı açıklamalarla değiştirilemez bu nedenle hastanızı bu konuda ikna etmeye çalışmak iletişimin kopmasına, gerginliklere hatta hastanın bu belirtilerini sizden gizlemesine neden olabilir = ikna etmekten vazgeçelim!
- ✚ Eğer hastanız kendisine inanılıp inanılmadığını soruyorsa bu konuda hastanızın gördükleri ya da algıladığı şeylere inandığınızı fakat kendinizin böyle bir şeyi algılamadığınızı/görmediğinizi/duymadığınızı açıklayabilirsiniz.
- ✚ Hastanızın düşündükleri ya da inandıkları yerine duygularına odaklanalım. Bu ona kendinin önemsendiğini hissettirir.
- ✚ Aktivitede bulunmak hastanızın dikkatini başka yöne çekebilir. Aynı zamanda hastanızı rahatlatır. Yürüyüş, örgü, resim spor gibi faaliyetlerde bulunması için hastaya destek olmanız önemlidir.
- ✚ Sanrılarla başetmek için diğer bir yöntem ise düşüncüyü durdurmaktır. Hastanıza bunu anlatabilmek için “bu düşünceleri dinlemiyorum”, “bu sesleri önemsemiyorum” gibi ifadelerle karşıt bir tepki oluşturabilir. Hasta kendi kendine “kontrol bende”, “bunu daha öncede yaşadım bir şey olmadı” gibi kendisine telkinde bulunabilir.
- ✚ İşitsel halüsinasyonlar için kulaklıkla müzik dinlemeyi, şarkı söylemeyi önerebilirsiniz.
- ✚ Nefes ve gevşeme egzersizlerini hastanızla birlikte yapabilirsiniz.

- ✚ Hastalık belirtilerinin tam olarak ortadan kalkmayacağını *kabullenme* de diğer bir başa çıkma yöntemidir (Kaymak, Soygür, Danacı & Alptekin, 2018).

Negatif Belirtilere Yönelik;

- ✚ Hastanızın yüzünde duygu tepkisinin azalmasına yönelik; bu durumu yaşayan bazı hastalar diğer insanlar kadar duygularını güçlü yaşayabilir fakat bunu yüz ifadesi ya da ses tonu ile gösteremeyebilirler. Bu nedenle hastanızla ilişkinizde yanlış anlamaları önlemek için duygularını sormayı alışkanlık haline getirebilirsiniz. “Şu anda ne hissediyorsun?”
- ✚ Konuşmanın azalması belirtisini hastanızın bilerek yapmadığını ya da sevdiği bir şey olmadığını bilmemiz önemli. Bir çok hasta bunu yaşamaktadır. Bu sebeple onu suçlamamalıyız.
- ✚ Alışveriş gibi doğrudan konuşmaya odaklanılmayan aktivitelerde hastanızla birlikte olup ortak bir iletişim yolu bulabilirsiniz.
- ✚ Diğer bir zorlanılan negatif belirti olan anhedoni de sizlerin en çok yakındığı belirtilerden bir tanesidir. Hastanızın bir işe girmemesi kendi günlük işlerini de yürütememesi sizi zorluyor olabilir. Fakat burada unutulmaması gereken nokta tıpkı sesler duyma gibi bu belirtinin de hastanızın kontrolünde olmadığıdır. Bu sebeple ilk olarak gerekli olan bu durumun kabulüdür.
- ✚ Bunun (anhedoni) bir hastalık belirtisi olduğunun farkında olmak onu suçlamamanızı sağlar. “Onun yapabildiğinin en iyisini yapabildiğini biliyorum” “o bir tembel değil, bu bir hastalık belirtisi”
- ✚ Bunu kabullenmek bu konuda hiçbir yardımımız olmacağı anlamını taşımamalıdır:
 - ✓ Yakınınızla birlikte yapabileceği günlük bir takım aktiviteler oluşturun.
 - ✓ Düzenli bir şekilde eğlenceli aktivitelerin takvimini oluşturun
 - ✓ Belirlediğiniz büyük amaçları küçük amaçlara bölün
 - ✓ Gün içinde günlük işlerinizin içine aktiviteleri yapılandırın (yürüyüş gibi)
 - ✓ Geçmişe değil, geleceğe odaklanın. İyileşmeye odaklı amaçlar gerçekçi umutlar sağlayacaktır.
- ✚ Bu belirtilerin güç zor belirtiler olduğu ile yüzleşin! Bu belirtiler hastalarınızın kontrolünde olan belirtiler değildir (Mueser & Gingerich, 2006).

Öfkeli ve Saldırgan Davranışlara Yönelik;

Hastalarda genellikle saldırgan davranış ortaya çıktığında, bu davranışa daha çok hasta yakınları maruz kalmaktadır. Bu nedenle sizlerin bu konuya yaklaşım konusunda bilgi edinmeniz önemlidir.

Öncelikle bilmemiz gereken şey öfke hayal kırıklığı ya da rahatsız olunan bir durum sonucu ortaya çıkan doğal bir duygudur. Örneğin şizofreni hastalarında normal yaşamlarını sekteye uğratan sesler duyabilirler. Bu da onları öfkeliendirebilir. Depresyon ve endişe duyguları oldukça fazladır, bu da hedeflerine ulaşmayı zorlaştırır. Bipolar bozukluğu olan bireylerde özellikle manik dönemde engellenmeye dayanmaları yetersiz olduğu ve düşünce içeriklerindeki değişiklikler nedeniyle öfkelenme görülür.

Öncelikle yakınınız öfkesini farklı yollarla ifade edebilir. Örneğin kolayca sinirlenebilir, patlamaya meyilli olabilir. Duygularını doğrudan ifade etmekten ziyade, öfkeli olduğu diğer insanlardan uzak durabilir. Öfke aynı zamanda depresyon kaygı gibi diğer duygularla birarada olabilir. Diğer belirtiler nedeniyle öfke gizlenmiş olabilir. Psikotik belirtiler ve bunlarla ilişkili öfke, şizofreni hastalarının bazılarında kalıcı olabilir. Aynı zamanda psikotik belirtilerle birlikte öfke relapsların da belirtisi olabilir.

- ✓ Sosyal biliş, başkalarıyla etkileşimler sırasında iletilen sosyal bilgileri doğru algılayabilme becerisini içerir. Şizofreni hastaları genellikle başkalarının yüz ifadelerini tanımakta, sosyal etkileşimlerdeki nüansları almakta ve diğer insanların amaçlarını anlamada güçlük çekmektedirler. Tüm bunların hepsi çatışma ve yanlış anlamalara neden olabilmektedir.
- ✓ Ayrıca alkol ve madde kullanımı da saldırgan davranışlara neden olmaktadır (Mueser & Gingerich, 2006).

Öfkeli ve Saldırgan Davranışlara Yönelik;

- ✚ Saldırganlık öncesinde anksiyete, gerilim, uygunsuz sözler ve hiperaktivite görülebilir. Bu hazırlayıcı belirtiler yönünden hastanızı gözlemlemeniz saldırganlık ortaya çıkmadan farketmek ve önlem almak açısından önemlidir (Günüşen, 2016)
- ✚ Hastanızın duygularını doğrulamak ve ona bu konuda anlayış göstermek önemlidir. Bu duyguların sebebi sizin için bir anlam ifade etmiyorsa bile öfke ile başetmede bu önemli bir adımdır. Yakınınızın duygularını önemseyişinizi empatik bir yaklaşımla gösterebilirsiniz.
- ✚ Yakınınızın öfkesini fark ettiğinizde nötr ve ilgili olduğunuzu gösteren bir ses tonu ile konuşun.
- ✚ Savunmaya geçmeyin, bunun yerine onu etkileyen şeyin ne olduğu ve bunu nasıl çözebileceğinize odaklanın.

- ✚ Gelecekte olması muhtemel saldırgan davranışın belirleyicisi geçmişteki saldırgan davranıştır. Eğer hastanız geçmişte saldırgan bir davranışta bulunmuşsa yine muhtemel bir saldırgan davranıştan kendinizi korumalısınız.
- ✚ Bu tür saldırgan durumda durumu çözmeye çalışmak yerine ortamdan uzaklaşın.
- ✚ Akrabanızın endişesini kabul edebilir ve durum daha az stresli olduğunda daha sonra konuşmaya istekli olduğunu belirtebilirsiniz.
- ✚ Kendinizi tehdit altında hissetmesine neden olabilecek şekilde akrabanızı köşeye sıkıştırmayın.
- ✚ Doğrudan göz teması tehdit olarak algılanabileceği için doğrudan göz teması kurmaktan kaçının (Mueser & Gingerich, 2006).
- ✚ Öfkeliyken hastaya dokunmaktan kaçının
- ✚ Hastanızın yanında bulunan, zarar vermek için kullanabileceği aletleri uzaklaştırın. (Townsend, 2015)

Duygudurum Problemleri

Hastanızın duygudurum problemleri diğer belirtileri ile ilişkili/iç içe olabilir. Duygudurum problemleri:

Depresyon ve İntihara Meyil:

Hastanızda depresyonu şu belirtilerle görebilirsiniz: örneğin hastanız üzgün, mutsuz, umutsuz, çaresiz olabilir. Bazı hastalar kendi hastalığına yönelik farkındalığa sahip olabilir. Bu durum ve toplumun hastayı sosyal açıdan damgalaması onların depresyonunu pekiştirebilir.

Yakınınızın kendisine zarar vermeye yönelik düşüncelerinin olması da zor bir durumdur. Fakat genel nüfusa göre bu oran ruhsal hastalıklarda daha sık görülmektedir. Hastanızın kendisine zarar verme riski oldukça önemli olmakla birlikte, hastanızın kendisine zarar verme riskini siz de azaltabilirsiniz. Erken uyarı belirtilerini fark ederek, onun kendisine yönelik zarar verme düşünceleri ile ilgili doğrudan konuşarak bazı önlemler alabilirsiniz.

Hastanızın kendisine zarar verme davranışının en önemli belirleyicilerinden biri daha önceden böyle bir girişiminin olmuş olmasıdır. İkinci en önemli belirleyici ise kendisine zarar verme yada ölüm düşüncelerinin olmasıdır. Yatkinlığı gösteren diğer işaretçiler; sık hastalık tekrarı olan genç erkek hastalar, hastalığının getirmiş olduğu kısıtlılıkların farkında olan hastalar, umutsuzluk düşüncesi olan hastalar ve madde kullanım öyküsü olanlardır.

İntihar Hakkında Yaygın Mitler	
Mit	Gerçek
İntihar hakkında konuşmak hastayı bu davranışa teşvik edebilir.	İntihar hakkında konuşmak hastaların bunu düşünmesine sebep olmaz. Ona nasıl hissettiğini sorarak onunla ilgilendiğinizi hissettirirsiniz.
İntihar hakkında hasta konuşuyorsa buna yönelik girişimde bulunmaz.	İntihar riski gözardı edilmemelidir. Buna yönelik girişimde bulunan bir çok hasta öncesinde bu konudan bir şekilde bahsetmiştir. Şaka olarak söylemiş olduğu ifadeler bile ciddi bir niyetin göstergesi olabilir. Hastanızı iyi tanımak ve ona doğrudan bunu sorarak bunu anlayabilirsiniz.
Eğer bir kişi gerçekten kendine zarar vermek istiyorsa buna kimse engel olamaz.	İntihar düşüncesi olan bir çok kişi yaşamına son verme ile ilgili karışık duygular yaşar. Çoğunlukla yaşamak ister fakat yaşamak onlar için acı vericidir. Bazen de yaşamı sonlandırmak tek çözüm gibi algılanabilir. Hastanın yaşamış olduğu bu duyguların ve hastada yarattığı baskının farkında olmak önemlidir.

Hastanızın intihara meyil ve kendisine zarar vermesine yönelik;

- **İntihara yönelik uyarıcı belirtilerin farkında olun.** Bu belirtiler ağır depresyon, suçluluk duyguları ve geleceğe yönelik umutsuzluk, kendisine zarar vermesini söyleyen sesler duyma, riskli davranışlar (trafikte yol ortasından yürüme gibi), intihar planları hakkında konuşmak olabilir.
- **Destekleyici bir yaklaşımda bulunun.** Hastanızla sakince konuşun ve eleştirmekten kaçının.
- **Kendisine zarar verme riskini değerlendirin.** Her risk ciddi olarak değerlendirilmelidir. Tam olarak bir tahminde bulunmak mümkün olmayabilir fakat şu soruları yakınına sorabilirsiniz:
 - o Kendini mutsuz hissediyor musun?
 - o Bir şeyler yolunda gidecekmiş gibi hissettiğin oluyor mu?
 - o Kendine zarar verecek kadar kendini kötü hissettiğin oluyor mu?
 - o Buna yönelik bir planın var mı?

o Bu planlar (varsa) nelerdir?

➤ **Hastanızı korumak için önlemler alın:**

o Bıçak, ilaç, araba anahtarları, keskin cisimler gibi zararlı eşyaları ortamdan uzaklaştırın.

o Hastanızı kesinlikle yalnız bırakmayın.

o Açık bir iletişim kurun.

o Acil durumda gerekli olabilecek kişi ya da kurumların telefon numaralarını hazırda bulundurun (Mueser & Gingerich, 1994).

➤ **Şizoaftif Bozukluk**

Şizoaftif bozuklukta iki tip belirti vardır. Bunlar psikotik belirtiler ve duygudurum belirtileri. Her iki belirti türü de hastalık döneminde mevcuttur. Bu belirtilerden hastada sanrı ve halüsinasyonlar psikotik belirti olarak ortaya çıkabilmektedir. Şizoaftif bozukluk yaygın bir hastalık değildir. Şizofreniye göre daha iyi bir gidişat sergilemekte iken duygudurum bozukluğuna göre gidişatı daha kötü olabilmektedir (Kneisl ve Trigoboff, 2013).

➤ **Duygudurum Bozuklukları**

Bipolar bozukluk, derin çöküntüden aşırı neşeye doğru olan duygudurum dalgalanmaları ile karakterizedir. Bipolar bozukluğun temel niteliği bir ya da daha fazla manik epizotun olmasıdır. Bu hastalık yaşam boyu yinleme ve iyileşmelerle seyreden bir hastalıktır. Bipolar bozuklukta yaşam boyu hastalanma riski %1 dir. Bipolar hastalığının yüksek sosyoekonomik düzeyli bireylerde daha sık görüldüğü bildirilmiştir.

Hastalığın Nedenleri

Biyolojik ve psikososyal etkenler birbiri ile etkileşerek duygudurum bozukluklarına neden olurlar.

Kalıtım: Bipolar bozukluğu olan kişilerin birinci derece akrabalarında hastalık görülme riskinin %8.7 olduğu bildirilmektedir.

Beyin çalışmaları: Beyin görüntüleme çalışmaları hem mani hem de depresyonda beynin ayrı bölgelerinin rolü olabileceğini göstermektedir. Beynin duygularla ilgili bölgelerinde etkinlik artışı, bilişle ilgili bölgelerinde etkinliklerin azalması görülmektedir.

Ruhsal toplumsal nedenler: Çevre şartları bipolar hastalıklara yatkınlığı ortaya çıkarmaktan çok hastalığın zamanlamasına etki eder. Aşırı stres yüklü yaşam olaylarının erken dönemde görülen epizotlara öncülük ettiği bilinir. Stres yaratan olaylar zaman içinde hastalık ortaya çıkma sıklığını artırmaktadır.

Önemli ekonomik sorunlar, iş yaşamındaki çatışmalar, beden sağlığının bozulması gibi fiziksel ve psikososyal olaylar hastalığın ortaya çıkmasında rol oynar fakat bu yaşam olaylarının çoğu her kişide bu hastalığı ortaya çıkarmaz. Ancak biyolojik ve ruhsal bir yatkınlığın varlığında bu etkenler hastalığın başlamasında önemli rol oynar!

Manik Epizot

Mani aşırı neşeli bazen de öfkeli, coşkulu bir duygudurum içinde düşünce, konuşma, harekette hızlanma, aşırı güçlülük, büyüklük duyguları ve sanrıları ile belirli genel bir kabarma, taşkınlık, coşma ile giden bir duygudurum bozukluğu dönemidir. Yükselmiş taşkın bir duygudurum manik atağın en önemli özelliğidir. Yükselmiş duygudurum genellikle kendini aşırı neşe hali ile gösterir. Özellikle hastanızın engellediğinizde hasta gergin ve huzursuz bir hal alabilir (irritabl). Hastanızın duygudurumu genellikle hastalığın erken dönemlerinde aşırı neşeden gerginlik ve huzursuzluğa doğru bir değişim gösterir.

Bu dönemde hastanızda neleri gözlemlersiniz?

Genel görünüm ve davranış:

Hareketler çok artış ve hızlanma

Riskli davranışlar, o an için zevk verici ama düşünülmeden sonuçları öngörülmeden yapılan davranışlar

Konuşma: Yüksek sesli artmış ve hızlı konuşma

Yerinde duramıyor.

Hiç durmadan gezmek istiyor.

Evden kaçmış gitmiş, haftalar sonra anlaşıldığı yıllardır görmediğimiz bir akrabamızı ziyarete gitmiş, durmadan seyahat etmek istiyor.

Yorulmak nedir bilmeden gece gündüz çalışmaya başladı.

Aşırı ve gereksiz para harcıyor.

Eşyalarını herkese dağıtıyor.

Tanımadığı kişilerle konuşmaya başladı.

Aşırı alkol almaya, aşırı hızlı araba kullanmaya başladı.

Konudan konuya atlıyor.

Kimse dinlemese bile konuşmaya devam ediyor.

Duygulanım: Coşku, aşırı neşe ve sıklıkla da öfke hakimdir. Buna taşkın duygudurum denir. Gerçek durumla uygunsuz bir şekilde kendini çok iyi hissetme, neşe keyif mutluluk görülmektedir. Taşkınlık, hırçınlık, öfke ve saldırganlık sergileyebilir.	<i>Açık saçık şakalar yapıyor.</i> <i>Engellendiğinde küfürlü konuşmaları oluyor ve saldırgan davranıyor.</i> <i>Herşey bana büyük zevk veriyor, kendimi hiç bu kadar iyi hissetmemiştim. Yeniden doğmuş gibiyim. çok keyifliyim içim içime sığmıyor.(birden aşırı neşelendi, herşeye gülüyor, kahkahalar atıyor, sabaha kadar yüksek sesle müzik çalıyor)</i> <i>Çok çabuk sinirlenmeye, bağırıp çağırmaya, vurup kırmaya başladı.</i>
Benlik değeri duygusu ve kendine güveni abartılı bir şekilde yükselmiştir: Sosyal normları kuralları çiğneyen bir rahatlık ve girişkenlik ortaya çıkar. Yeni ilgi ve istekler ortaya çıkabilir. Dikkatin her şeye yönelmesi nedeniyle bir konuay yoğunlaşamama ve konsantre olamama ortaya çıkar. Manik epizot psikotik boyutta ise sanrı ve varsanılar da görülebilir.	<i>Korkunç güçlüyüm yapamayacağım hiçbir şey yok (kendini aşırı büyük görmeye başladı, kendini herkesten güçlü görüyor)</i> <i>Hiç yapmazken babasının yanında ayak ayak üstüne atmaya, sigara içmeye, küfretmeye başladı.</i> <i>Başbakan olacağım, dünyanın kralyım, herkesi ben yönetiyorum</i> <i>Beni izliyorlar, beni takip ediyorlar,kötülük yapacaklar</i>
Uykuda azalma (hasta 3-4 gün uyumamış olabilir) Cinsel isteği artabilir.	<i>İki sat uyuyorum bana yetiyor.</i>

Hipomani:

Bu dönem kısa süren, belirgin bozulma ya da gerilemenin görülmediği, psikotik olmayan daha ılımlı bir manik durumdur. Psikotik belirtiler yoktur, süresi kısadır, hastanın uyumunu bozmaz (Çam ve Engin, 2014).

Hastalık Belirtileri Problem Olabilir!**➤ Açık ev kuralları stresi azaltır**

Hastalar diğer insanlarla yaşamakta güçlük çekerler. Bu durum da evdeki herkes için yüksek düzey stres demektir. Yakınınızın tahmin edilemeyen davranışları, diğerlerinin ihtiyaçlarına hassasiyet göstermemesi sizin kaygı, öfke, kırgınlık yaşamınıza neden olabilir. Bu duygularınızı açık bir şekilde yakınınzla konuşabilirsiniz ya da kendi sorumluluklarınıza yenisini sessizce ekleyebilirsiniz. Aynı zamanda bu kurallara uymayan yakınınz ile yaşamak size de stres yaşatır. Aynı zamanda bu stres aile atmosferine de yayılmakta ve hasta yakınınz üzerindeki stresi de artırmaktadır.

Açık şekilde kurallar koymak evde yaşayan herkes için daha sakin bir ev ortamı sağlar. Hasta yakınınzdan ne beklendiğini açık hale getirmek, hastanızın davranışları ile ilgili gerçekçi beklentiler geliştirmenizi sağlar. Aynı zamanda bu gerçekçi beklentiler hastanıza özgüven sağlar. Kısacası ev içindeki kuralları netleştirmek herkes için yararlıdır.

➤ Ev içindeki kurallar kim tarafından oluşturulmalı?

Aile üyelerinden temel sorumluluğu üstlenen kişinin kuralları koyma hakkı vardır. Bu ev sahibi olabilir, giderlerin çoğunu karşılayan kişi olabilir, ev içini koordine eden kişi (yemek, temizlik vb) olabilir. Bunu tek başınıza da oluşturabilirsiniz veya bir ya da daha fazla aile üyesi ile bunu paylaşabilirsiniz.

Eğer şizofreni hastasına bakım veren bir ebeveyn iseniz siz ve sizinle birlikte sorumluluğu üstlenen diğer kişiler kuralları koyan kişilerdir. Benzer şekilde eşiniz, kuzeniniz şizofreni hastası ve sizinle yaşıyorsa siz ve yine sizinle birlikte sorumluluğu üstlenen diğer kişiler kuralları koyan kişilerdir. Birçok ailede ev işlerinde hasta primer sorumluluk almamaktadır. Bununla birlikte hastanın ailesi önemli bir role sahiptir. Eğer çocuğunuzun kronik ruhsal hastalığı varsa kurallar ortaklaşa konulmalıdır.

➤ **Aileler için temel kurallar**

Siz ve aileniz size en iyi şekilde rahatlatacak spesifik kuralları belirlemelidir. **Tüm aileler için** önerdiğimiz 5 kural vardır. Çünkü bu kurallar kabul edilemeyen davranışlara karşı kişilerin güvenliğini sağlar. Bu kurallar:

- Kişilere karşı şiddet yok.
- Uygunsuz cinsel davranış yok.
- Yatakta sigara içmek yok.
- Düzenli olarak herkes banyo yapmalı ya da duş almalı
- Yasal olmayan ilaç kullanımı yok.

Özel Problem Alanları

Aileler için beş temel kurala ek olarak şizofreni hastası ve diğer kronik ruhsal hastalık tanısı olan kişiler ile yaşamının getirmiş olduğu güçlüklerle yönelik kurallar da belirlenmelidir. 3 problem alanı özellikle yaygındır: tedaviye uyum, günlük ev içi işleri yapmama, rahatsız edici davranış.

✓ **Rahatsız Edici Davranış**

Hastalar anksiyeteyi artıran, sinirli ve üzücü davranışlara yol açacak şekilde davranabilirler. Bozulmuş düşünce süreci gibi bazı semptomlar sosyal uygunluk yetisini zedeleyebilir. Pozitif semptomlar diğerlerini rahatsız edici davranışlara neden olabilir. Apati gibi negatif semptomlar yakınlarını oldukça üzebilir. Ya da manik dönemdeki bipolar hastada çabuk öfkelenme olabilir.

Bazı üzücü davranışlar hasta yakınının kontrolü dışında da olabilir. Bununla birlikte birçok rahatsız edici davranış ev içindeki kurallar ile yönetilebilir.

Şunu hatırlayın, amaç hasta yakınınızın rahatsız edici davranışının sizin üzerinizdeki etkisini sınırlamaktır, davranışa neden olan semptomları değiştirmek değil. Bu nedenle kural “işitsel halüsinasyonlara kulak verilmeyecektir” şeklinde değil, şöyle olmalıdır “evde bağırılmayacaktır”. Ya da evde yüksek sesle konuşulmayacaktır.

Günlük Ev İçi İşleri Yapamama

Günlük rutinler önemli bir problemdir çünkü hastalar kendiliğinden bu rutini başlatmakta ve sürdürmede güçlük yaşarlar. Bu durum sizi üzebilir. Hasta olan yakınıınızdan ev içindeki rutinelere yönelik beklenti içinde olmanız anlaşılır bir durumdur. Hastanız oldukça rahatsız ve çok az katkı

veriyorsa bile deniyor olduğunu bilmek size kendinizi iyi hissettirecektir. Yaptığı şeyler kabul edildikçe yakınınız da kendini daha iyi hissedecektir. Herkes yararlı bir şeyler yapmak ve takdir edilmek ister. Hangi işleri yapabileceği konusunu belirlemede onun yeteneğine göre seçim yapmak önemlidir (Mueser & Gingerich, 1994).

➤ **3. OTURUM: Kronik Ruhsal Hastalık Tedavisi (120 dakika)**

Amaç: Kronik ruhsal hastalık tedavisi hakkında bilgi sahibi olmaktır.

Hedefler:

İlaç tedavisinin yararları hakkında bilgi sahibi olma

İlaç grupları ve etkileri hakkında bilgi sahibi olma

İlaç yan etkileri hakkında bilgi sahibi olma

İlaç yan etkileri ile başetme

İlaç tedavisini sürdürmeyi destekleme yollarını öğrenme

İçerik:

Antipsikotik İlaçların Şizofreni Üzerindeki Etkisi

Antipsikotik İlaçlar Nasıl Alınır?

İlaç Yan Etkilerini Fark Etme ve Yönetme

Duygudurum Dengeleyiciler

Düzenli İlaç Kullanımını Teşvik Etmenin Yolları

Sorular

Ruhsal hastalıklar hakkında neler biliyorsunuz?

Bu hastalığın size göre nedeni/nedenleri nedir?



İlaç tedavisi dikkatli bir şekilde kullanıldığında ve dikkatli takibi yapıldığında hastaların büyük bir çoğunluğu bu tedaviden büyük yarar sağlamaktadır. Yakınınızın hastalığını yönetmesinde en etkili şekilde yardımcı olabilmek için sizin ilaçların tedavideki rolünü ve yerini anlamanız ve farkına

varmanız çok önemli. Bu oturumda bu sebeple hastanızın kullandığı ilaçları, ne için kullanıldıklarını, yan etkilerini anlamanıza yardımcı olacak bir oturumdur.

Antipsikotik İlaçların Şizofreni Üzerindeki Etkisi

Antipsikotik ilaçlar şizofreni belirtilerini iyileştirmede yararlı bulunmuştur aynı zamanda uzun dönemde hastalığın durumu ve gidişatını iyileştirmektedirler. Genel olarak tedavide iki önemli rolleri vardır:

- Belirtileri azaltırlar/yatıştırırlar
- Relapsları önlerler (hastalığın yeniden alevlenmesi)

Belirtileri azaltma:

Antipsikotik ilaçlar hastalığın akut belirtilerini (en yoğun hastalık belirtileri) azaltmada etkilidir. Bir çok hasta için en yaygın belirtiler pozitif belirtiler diye bahsettiğimiz halüsinasyonlar, sanrılar, garip davranışlar ve garip diye nitelenebilecek konuşmalardır. Antipsikotik ilaçlar aynı zamanda konuşma içeriğinin fakirleşmesi gibi belirtiler olan negatif belirtiler üzerine de etkilidir. Hastalığın belirtileri alevlendiğinde ve kötüye gidişat olduğunda ya da yeniden yatış söz konusu olduğunda bu belirtileri azaltmada antipsikotik ilaçlar etkili olmaktadır. Relapslar (hastalığın tekrarlaması) ortaya çıktığında eğer hastanın devam eden bir ilaç tedavisi varsa ilacın dozu geçici bir süre artırılabilir. Bazen de ilaçlar belirtiler üzerinde hızlı etkiler de gösterebilir. Daha sıklıkla ilaç tedavisinin etki gösterebilmesi için en azından birkaç gün geçmesi gerekir. Fakat en etkili yararı görmek için bazen birkaç hafta bazen de birkaç ay da gerekli olabilir.

Antipsikotik ilaçlar özünde hastalık belirtilerini azaltır fakat genellikle bazı belirtiler ilaç tedavisinden en iyi yararı sağlayana kadar devam eder. Bu belirtilere kalıntı belirtiler de denmektedir. Bu kalıntı belirtiler problem olabilmekte ve hastanızın günlük işlevselliğini etkileyebilmektedir.

Relapsların (Hastalık Tekrarının) Önlenmesi

Belirtilerin sıklığını azaltmakla birlikte, antipsikotik ilaçlar belirtilerin ortaya çıkışı ve yeniden hastaneye yatışı azaltıcı bir etkisi de vardır. Hastaneden taburcu olan 10 hastadan yedisinin ilaçlarını kullanmadığı durumda yeniden hastaneye yatışı olmaktadır. Fakat hasta ilaçlarını düzenli kullanırsa bu oran 10 hastadan 3 tanesinde olabilmektedir. Bu sebeple belirtiler etkili bir şekilde azalsa bile ilaçları düzenli bir şekilde almak hastalığın gidişatını/seyrini iyileştirebilmektedir.

Antipsikotik ilaçlar relapsların riskini azaltmasına rağmen, yine de ara sıra relapslar olabilmektedir. Fakat hasta ilacını düzenli kullanıyorsa bunun sıklığı daha az olmaktadır. Aynı zamanda relaps ortaya çıksa bile bunun tedavi edilebilirliği daha kolay olmaktadır.



Tüm bu nedenlerle yakınınızın ilaçları düzenli bir şekilde alması hastalık belirtilerini en aza indirecektir!

Antipsikotik İlaçlar Nasıl Alınır?

Antipsikotik ilaçlar bir çok farklı yolla alınabilir. En sık alınan yöntem ağızdan ilacı alma şeklindedir. Eğer ağızdan alınan bir ilaç şeklinde ilaç reçete edilmişse her gün düzenli bir şekilde ilacın kullanılması gerekir. Bazı antipsikotik ilaçlar da enjeksiyon şeklinde olabilmektedir. Bu ilaçlar da iki ya da dört hafta aralıklarla verilen ilaçlardır. Enjeksiyonlar arasında ek tedavi reçete edilmediyse ekstra bir antipsikotik ilaç almasına gerek yoktur. Bu enjeksiyonlar alındıktan sonra takip eden haftalarda tüm vücuda ilacın düzenli şekilde salınımını sağlar. Genellikle iki ile dört hafta arasında ilaç hastanın vücudunda etki gösterir fakat ek enjeksiyon yapılmazsa hastanın ilaç düzeyi ilerleyen zamanda giderek azalacaktır ve tükenecektir. Bazen acil durumlarda yüksek dozda ilaç hastayı sakinleştirmek için kullanılabilir.

Antipsikotik ilaçlar geleneksel (eski kuşak) ve yeni kuşak olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır:

Geleneksel (Eski Kuşak) Antipsikotikler

Eski kuşak antipsikotikler sık kullanılan ilaç gruplarından biridir. Bu ilaçların belirtileri azaltma ve relaps oranları üzerindeki etkisi aynıdır. Aynı şekilde yan etkileri de benzerdir.

Bazı Eski Kuşak Antipsikotik İlaçlar

Klorpromazin	Largaktil
Trifluoperazin	Stilizan
Haloperidol	Norodol
Zuklopentiksol	Clopixol

Yan Etkileri

Bir çok etkili tedavinin yan etkileri de bulunmaktadır. Bu sebeple eski kuşak antipsikotik ilaçlarında yan etkileri görülmektedir. En yaygın yan etkiler:

- ✓ Uyuşukluk
- ✓ Kaslarda sertleşme
- ✓ Baş dönmesi
- ✓ Titremeler
- ✓ İştahda artma
- ✓ Bulanık görme
- ✓ Akatizi- yerinde duramama
- ✓ Akinezi- yüz ifadesi mimikler gibi spontan davranışta azalma
- ✓ Güneş ışığına hassasiyet
- ✓ Cinsel işlevde bozulma
- ✓ Tardiv diskinezi- ellerde dilde ağızda anormal istemsiz hareketlerdir.

Tüm yan etkilerin hastada görülmesi nadirdir. Bir çok hasta bu yan etkilerin çok azını görür ya da görmeyebilir. Tardiv diskinezi dışında tüm bu yan etkilerin hepsi geçicidir ve ilacı bıraktığında geçmektedir.

İlaç Yan Etkilerini Fark Etme ve Yönetme

Yakınınızdaki ilaç yan etkilerini fark etmek iki sebepten önemlidir: Bazı yan etkiler hoş olmayan yada istenmeyen yan etkilerdir fakat yakınınız bu yan etkilerin ilaçtan kaynaklandığını farketmeyebilir. Yakınınızdaki yan etkileri fark ederek onları azaltmak için bir adım atmış olabilirsiniz. İkinci önemli neden ise bazı hastalar ise ilaç yan etkilerinin farkındadır ve bu nedenle ilaç dozlarını atlayabilir ya da ilacı bırakabilir. Örneğin yerinde duramama oldukça rahatsız edici bir yan etkidir ve bazen ilacı bırakmaya neden olabilmektedir. Yan etkileri izleyip gerekli olduğu yerde müdahale ederek tedaviye uyumsuzluk sorununu önleyebilirsiniz. Çünkü tedaviye uyumsuzluk hastalığın tekrar alevlenmesi ve yeniden yatışlara sebep olmaktadır. Yakınınızdaki yan etkileri gözlemlemek ve takip etmek için *yan etki kontrol listesini* doldurabilirsiniz.

İlaç Yan Etkisi Kontrol Listesi				
Dikkat: bu listede hastanızın antipsikotik ilacına bağlı yan etkilerden şu an olan ve geçmişte olanlarını işaretleyiniz.				
Yan Etki	İşaretçisi/Muhtemel Belirtisi	Şu an	Geçmişte	Hasta yakını ne yaptı? Nasıl başetti?
Uyuşukluk	Uyku ihtiyacında artma, normale göre daha uykulu olma			
Baş dönmesi	Birden kalkarken baş dönmesi olması			
Kaslarda sertleşme	Garip bir yürüyüş kaslarda spazm			
Titreme	Ellerde titreme, bacaklarda sarsılma/titreme			
Akatizi	Dinlenememe yerinde oturmama			
Akinezi	Yüzünde ifadenin olmaması, mimik olmaması yavaşlamış hareketler			
İştahta artma	Kilo alma			
İşığa hassasiyet	Güneş ışığına duyarlı olma			

Bu kontrol listesi sizin yakınınızdaki yan etkileri tanımanızı sağlayacaktır. Fakat dikkat edin bazı ilaç yan etkileri hastalık belirtileri ile içiçe geçmiş olabilir. Örneğin hastanızda duygu ifadesi/tepkisi olmaması ve uyuşukluk hem hastalık belirtisi olabileceği gibi ilaç yan etkisi de olabilir. Bunu ayırtetmenizde yakınınızla bunlar hakkında konuşmak ya da doktorunuza bu konuda danışmanız size fayda sağlayabilir.

İlaç yan etkilerinin farkına varıp onları saptamak, ilaç yan etkilerini azaltmak ve başatmenin ilk adımıdır. Tardiv diskinezi (ellerde dilde ağızda anormal istemsiz hareketlerdir) dışında geleneksel antipsikotiklerin yan etkileri ile başatmede stratejiler:

🌈 İlaç Yan Etkileri ile Başatme

Optimal düzeyde ilaç tedavisi alınsa bile yakınınızda bazı ilaç yan etkileri ortaya çıkabilir. Yakınınızda etkili baş etme stratejileri yardımı ile bu yan etkilerini ortaya çıkardığı huzursuzluğu ortadan kaldırebilirsiniz. Fakat aynı zamanda yakınınızın bu yan etkilerle başatmesine yardımcı olmak için öncesinde duruma (yan etkilere) ilişkin gözlemlerinizi ona iletebilirsiniz.

- ✓ **Uyuşukluk:** Hastalar ilaç yan etkileri nedeniyle kendilerinde uyuşukluk hissedebilir. Bu durum ile başatmede kısa bir uyku periyodu iyi gelebilir.
- ✓ **İştahta artma:** Antipsikotik ilaçlar iştahı artırmaktadır. Bu nedenle kilo alımına da sebep olmaktadır. Bu sorunun çözümüne kilo almaya sebep olacak yüksek kalorili besinleri kesmesi ile başlanabilir. Örneğin fast food ve şekerlemeler gibi. Bunun yerine geçecek meyve yenebilir. Aynı zamanda düzenli yürüyüşler de kilo vermeye yardımcı olacaktır.
- ✓ **Akatizi (yerinde duramama, huzursuzluk):** Bazı hastalar egzersizin akatiziden kaynaklanan huzursuzluğu azalttığını belirtmektedir.
- ✓ **Kaslarda Sertleşme:** Fiziksel egzersiz ve kasları güçlendirmek için yapılan egzersizler kas gerginliğini azaltmalarına yardımcı olur.
- ✓ **Baş dönmesi:** Antipsikotik ilaçların en sık görülen yan etkilerinden biridir. Çünkü bu ilaçların hemen hemen hepsi kan basıncını (tansiyonu) düşürmektedir. Bir çok hastada baş dönmesi oturduğu yerden kalkarken ya da ani hareket ettiğinde görülmektedir. Bu nedenle hastanızda bu durum görüldüğünde yavaşça ve kademeli olarak ayağa kalkmasını, yavaş hareket etmesini söyleyebilirsiniz ve bu konuda onu destekleyebilirsiniz.
- ✓ **Işığa hassasiyet:** Antipsikotik ilaçların yan etkisine bağlı olarak güneş ışığına hassasiyet gelişebilir. Bu konuda güneş koruyucu bir krem kullanmak koruyucu olarak yardımcı olacaktır.
- ✓ **Titreme:** Bu yan etki genellikle hasta ilacı almaya başladıktan sonra doz artırımında görülmektedir. Eğer hastanızda titremeler varsa hastanıza verdiğiniz bardakların tamamen dolu olmasından kaçınabilirsiniz.
- ✓ **Geç diskinezi:** Bu yan etki eski kuşak antipsikotiklerin nörolojik bir yan etkisidir. Dilde çenede dudaklarda, ellerde, parmaklarda istemsiz kasılmalarla kendini gösteren bir yan etkidir. (Ritmik

olmayan hareketler). Hasta uzun yıllar ilacı aldığı durumda ortaya çıkabilen bir belirtidir. 10 hastadan bir ile üçünde bu yan etki oluşabilmektedir. Bu yan etki geliştiğinde genellikle ikinci kuşak bir ilaç ile tedavi değişikliği yapılmaktadır (Mueser & Gingerich, 1994).

İkinci Kuşak Antipsikotikler

Bazı Yeni Kuşak Antipsikotik İlaçlar

Sülpirid	Sülpir, meresa, zepid
Amisülpirid	Solian
Klozapin	Leponex, clonex
Ketiyapin	Seroquel
Olanzapin	Zyprexa
Risperidon	Risperdal
Paliperidon	İnvega, xepion
ziprasidon	Zeldox
Aripiprazol	Abilify
Sertindol	serdolect

DİKKAT!

Antipsikotik ilaçlar şizofreni ve psikotik belirtilerin bulunduğu diğer durumların tedavisinde kullanılır.

Ağızdan ya da enjeksiyon şeklinde kullanılırlar.

İlaçlar reçeteyi yazan doktorun tavsiye ettiği şekilde kullanılmalıdır.

Hastalarda yan etkiler görülebilir. Bu yan etkiler her zaman doktora bildirilmelidir.

İlaçlar bırakılmamalıdır ve ilaçların bırakılması belirtilerde şiddetli bir alevlenmeye neden olacağı için tehlikelidir.

Tedavi ile ilgili herhangi bir kaygınız varsa mutlaka doktorunuz ile bunu paylaşmalısınız (Pfizer şizofreni destek programı)

“En çok zorlayan şeyler beni neler oldu? Yani bu atak dönemlerinde bakımı zor... Hani bu mani dönemlerinde özellikle çok hareketli olduğu zamanlarda hani onu zapt etmesi ilaçlarını içmesini sağlamak zorluyor tabi” (12. Bakım veren, kadın, 47 yaş)

Duygudurum Dengeleyiciler

- ✓ Lityum (lithuril)
- ✓ Valproik asit (depakin)
- ✓ Karbamezepin (tegretol)

Lityum

Bu ilaç mani dönemlerinin tedavisinde kullanılmaktadır. Bazen antipsikotiklerle birlikte şizoaffectif bozukluklarda da kullanılmaktadır. Lityumun mani belirtilerini nasıl iyileştirdiği kesin olarak bilinmemektedir. 150 ile 300 miligramlık kapsülleri bulunmaktadır. Etkisini bir iki haftada göstermektedir. Kanda tedavi edici ilaç düzeyine ulaşp ulaşmadığını belirlemek için haftada bir kez kan lityum düzeyine bakılır. Kanda düzeyi 1.5 mmol/lit nin üzerine çıktığında vücutta şiddetli bir tepki meydana gelebilmektedir. 2.5 ile 3 mmol/lit arasında bu belirtileri daha da şiddetlenmekte, 3 mmol/lit ve üzerinde ise koma gelişebilmektedir.

Yan etkiler

Ağızda metalik tad
Sık idrara çıkma
Ellerde titreme
Sersemlik
Diyare
Kilo alımı
Bulantı, kusma
Kaslarda zayıflık
Baş ağrısı

Bilinçte bozulma
Dikkatte azalma
Koma

Lityumun kandaki düzeyi arttıkça yan etkiler daha fazla ve şiddetli olmaya başlar. Bu durumda lityum zehirlenmesi görülebilir:

Önerilen Zamanlarda Yakınınızın Lityum Kan Düzeyine Bakılması Önemlidir.

Erken zehirlenme belirtileri:

Şiddetli ishal, kusma sersemlik, kaslarda zayıflık, koordinasyonda azalmadır! Eğer bu belirtiler oluşursa heme ilacı kesmeli ve doktorunuza mutlaka haber vermelisiniz!

Geç zehirlenme belirtileri:

Baş dönmesi, Kulak çınlaması, Bulanık görme, sık idrar çıkma

Eğer hastanız lityum ilacı kullanıyorsa;

- ✚ Lityum kullanımından 6-18 ay sonra tiroit fonksiyonları yükselebilir. Bu nedenle düzenli kan takibi önemlidir.
- ✚ Kendiniz iyi hisetseniz bile ilacınızı düzenli almalısınız. İlacın kesilmesi belirtilerin geri dönmesine neden olabilir.
- ✚ Uyuşukluk ve baş dönmesi yapabileceği için araç kullanımında dikkatli olunmalıdır.
- ✚ Diyette sodyum alımında kısıtlamaya gidilmemelidir. Her gün 6 ile 8 büyük su bardağı su içilmeli ve idarara çıkarmayı artıran içeceklerden kaçınılmalıdır.
- ✚ Hastanızın kusma ve ishali olursa doktora bildirin.
- ✚ Eğer kilo alımı sorun oluyorsa diyetisyen ile işbirliği halinde diyetle geçilmelidir.
- ✚ Lityum tedavisi alınırken hamile kalınmasından kaçınılmalıdır. Eğer gebelik şüphesi var ise mutlaka doktorunuza bu konuda bilgi vermelisiniz (Gürhan, 2016).

Valproik asit:

Bir çeşit valproat tuzudur. Etki mekanizması henüz net değildir. Valproat bipolar dışındaki diğer psikiyatrik durumlarda da etkin bir şekilde kullanılmaktadır Lityum gibi bu ilaç da kan düzeyi takibi gerektirmektedir. Antiepileptik ve antimanik olarak kullanımında önerilen etkin kan düzeyi yaklaşık olarak 50-120 µg/ml'dir. 100 µg/ml kan düzeyi aştığında yan etki ortaya çıkma olasılığı artmaktadır (Gürhan, 2016; Okay, Kısa & Dilbaz, 2002).

Yan etkiler:

Tedavinin başlangıcında sersemlik, titreme ve bulantı görülebilir.

- ✚ Titreme
- ✚ Bulantı
- ✚ Baş ağrısı
- ✚ Saç dökülmesi
- ✚ Kilo alımı
- ✚ Midede (gastrointestinal sistemde) rahatsızlık
- ✚ Sersemlik (Gürhan, 2016)

İlaç aniden bırakılmamalıdır.

Yüksek dozları telikelidir.

Gebelikte kullanılamamalıdır.

Karbamazepin:

Bu ilaç grubu duygudurum bozukluklarında hem mani döneminin sağaltımı hem koruyucu olarak etki ettiği kanıtlanmıştır. Lityuma ek olarak verilebilir. 3-6 ayda bir kan düzeyine bakılması gerekir (Öztürk & Uluşahin, 2016).

Tedaviye Uyum

Hiç kimse hastalığı nedeniyle ilaç yutmaktan veya iğne olmaktan hoşlanmaz. Özellikle kendimizi daha iyi hissettiğimizde ilaç almayı hatırlamak daha zor olabilir. Kendinizi düşünün! Aramızdan kaç kişi örneğin kendini daha iyi hissettiğinde aldığı antibiyotik ilacını unuttu ya da ilaç almayı bıraktı? İnsanlar çeşitli sebeplerle ilaç alımı konusunda isteksiz davranırlar.

Bu nedenler şunlar olabilir:

- ✚ Hasta olduklarına inanmazlar.
- ✚ Kendilerini iyi hissetmeye başladıklarında ilaca ihtiyacı olmadığını düşünebilir.
- ✚ İlaç yararlı olmuyor olabilir.
- ✚ Hastalıktan daha kötü olduğunu düşündükleri yan etkilerden rahatsız olurlar.
- ✚ Kendilerini “robot” gibi hissederler.
- ✚ Birilerinin kendilerini zehirelemeye çalıştıklarına inanırlar bu nedenle ilacı alma konusunda şüpheli olurlar.

✚ İlacı almayı unutabilirler.

İlaçlar kesilirse belirtiler er ya da geç yeniden ortaya çıkar. Belirtilerin yeniden ortaya çıkacağına işaret eden bazı belirtiler olabilir. Bunlar:

✚ Temel kişisel bakımın ihmalı

✚ Gerginlik ya da huzursuzluk

✚ Çökkünlük

✚ İlgi kaybı

✚ Konsantrasyon ve düşünme problemleri

✚ Artmış kararsızlık

✚ Aile ve arkadaşlardan uzak durma

✚ Rahatsız edici düşüncelerle meşgul olma

✚ Seslerin geri gelmesi

✚ Yeme alışkanlıklarında değişiklik

Sorular

Hastanızın davranışlarını düşünün, davranışlarında bir değişiklik fark ettiniz mi?

Hastalığın yeniden ortaya çıktığını gösteren hangi belirtileri gözlemlediniz?



Aşağıdaki tabloyu hastanızın davranışlarını düşünerek doldurun. Hastanızın hastalığının tekrarladığını gösteren hangi belirtiler var?

Erken Uyarı Belirtileri
-
-
-
-
-

İnsiyatif alın! Eğer hastalık belirtilerinin tekrarladığını düşünüyorsanız doktorunuzdan sevk ya da değerlendirme isteyin!

Her hastalıkta olduğu gibi işlerin ters gittiği zamanlar olabilir. Bazı hastalar belirtileri idare etmeyi öğrenir ve durumun üstesinden gelebilir. Bazılarında ise alevlenme görülür ve tekrar hastaneye yatmaları gerekebilir. Bu durum her zaman hayal kırıklığı yaşatır. Fakat kendinizi suçlamayın, bu sizin hatanız değil. Bu deneyimden ders çıkarmaya çalışın fakat bazen alevlenmelerin kendiliğinden ve hiç sebep olmaksızın ortaya çıkabileceğini kabul edin!

Düzenli İlaç Kullanımını Teşvik Etmenin Yolları

Bazı hasta yakınları tedavide kullanılan ilaçların bağımlılık yapabileceğinden endişelenir. Bu doğru değildir. Hastalar belirtilerinin kontrolünde kullanılan ilaçların bağımlısı olmazlar! Fakat hastalar uzun yıllar bu ilaçları kullanmak durumundadır.

DİKKAT: Antipsikotikler ve duygudurum düzenleyici ilaçlar bağımlılık yapmazlar!

Bu kısımda yakınınızın ilaçlarını almasını sağlayacak yaklaşımlar bulunmaktadır. Fakat en iyi yolu bulmak da deneme yanılma yoluyla olabilir.

- ✚ Yakınınızın ilaç alma konusunda kaygılarını dinleyin. Yan etkilerle ilgili tüm şikayetleri ciddiye alın ve onu doktoru ile görüşmeye teşvik edin.
- ✚ Yakınınızın ilaç kullanmanın önemini anlamasına yardımcı olmaya çalışın. İlaç almayı sürdürürse kendisini iyi hissetmeye devam edeceğini ancak doktor tavsiyesine rağmen ilaç almayı bırakırsa hastaneye yatmak zorundan kalabileceğini olumlu ve destekleyici bir biçimde açıklayın.
- ✚ Hastanın ilaçlarını alması için belirli bir düzen geliştirmesine yardımcı olun. Örneğin insanlar çoğu ilaçlarını yemek zamanı alırlar. Eğer ailenin diğer üyeleri de ilaç kullanıyorsa herkesin ilaçları aynı saatte almasını önerin.

- ✚ Yakınınıza ilacını alması için bir ajanda hazırlayın. Eğer bunu istemiyorsa alarm kurma veya ilacı aldığı anda bunu takvime kaydetme gibi seçenekler önerin.
- ✚ Haftalık bir hap kutusu kullanmasını önerebilirsiniz. Haftanın her günü için bölümleri olan özel bir kutudur. Bu ilaçlarını günü gününe alıp almadığını izlemeye yardımcı olabilir.
- ✚ İlacını almaya ikna edemediğiniz bazı zamanlarda ailede onunla iletişim kurabilecek başka birisinden yardım isteyin.
- ✚ Doktoru ile iletişime geçin.
- ✚ Yemeklerinin içine ya da sıvısına gizli olarak koymayın.

Ödev: Hastanızla çözemediğiniz problemlerinizi düşünün. Sorunlarınızın neler olduğunu düşünerek bir sonraki oturuma yazarak gelmeniz bir sonraki oturum için ödevinizdir.

4. OTURUM: Başetme

Amaç: Stresle baş etme yollarını öğrenmek

Hedefler:

Stresle etkili ve etkisiz başetmenin sonuçları hakkında bilgi sahibi olmak
Duygu ve düşünceye yönelik başetme biçimlerini yaşamda kullanabilmek
Probleme yönelik başetme biçimlerini yaşamda kullanabilmek
Problemlerini kendileri ile ilişkilendirerek açıklayabilmeleri
Problemleri için alternatif çözüm önerileri oluşturabilmeleri
Seçenekler üzerinden çözüm önerisini seçebilmeleri
Çözümü yaşamlarında uygulayabilmeleri
Bedene yönelik başetme biçimlerini yaşamda kullanabilmek

İçerik:

Duygu odaklı başetme
Problem Çözme
Adım Adım Problem Çözme Yöntemi
Uygulama-refleksin (derin düşünme)
Bedene yönelik başetme

Program Değerlendirme ve Son Testlerin Uygulanması

YÖNTEM/Yaklaşım: Müzik eşliğinde uygulama Destek + psikoeğitim

Örnek durumlar üzerinden duygu odaklı başetme uygulaması egzersizi

“Çok sık ağlıyorum artık. O kadar çok ağlıyorum ki. O kadar çok yoruldum ki. Yani böyle birisi dokununca ben direk ağlıyorum zaten. Mutlu olmayı beceremiyorum. Memnuniyetsizliğim arttı. Ben de memnuniyetsizim artık.” (13. Bakım veren, kadın, 33 yaş)

Stresin etkilerini azaltmak yalnızca yakınınız için değil, herkes için önemlidir. Stres yaşadığınızda bu gerilim yakınınıza da geçer. Bu yüzden bir aile üyesinin stresi azaltıldığında, bu ailenin kalanlarının da stresini azaltacaktır. Bu bölümde tüm aile üyelerindeki stresi azaltmak için stresle başetme becerileri tanımlanacaktır (Mueser & Gingerich, 1994). Stresle başetme iki yöntem üzerinde durulacaktır. Bunlar bedene ve zihine yönelik başetme yöntemleridir. Temelde stresinizle başetmede iki temel işlev söz konusudur. Bunlardan ilki strese neden olan durumu değiştirmektedir. Fakat durum değiştirilemeyecek bir durum ise duruma verilen tepkilere odaklanıp duyguyu değiştirmek temel amaçtır (Onbaşıoğlu, 2004).

Zihinsel Başetme Yöntemleri

Bazen yaşam içerisinde stres yaratan durumu değiştirmek mümkün olmayabilir. Olay olmuş bitmiş olabilir. Bu durumda olayın etkisini yarattığı stres ile başetmek gerekir.



Duygu Odaklı Başetme

Soru:

Herkes her durum karşısında aynı tepkiyi mi veriyor?

Hastanızın bir davranışını düşünün diyelim ki sabah yatağını toplamaması, herkes bu duruma ilişkin nasıl tepkiler veriyor?

Bu tepkilerimiz size göre neden farklılık gösterdi?

Strese yol açan şey olayın kendisi değil, bizim için oluşturduğu anlamlardır, olayların değerlendirilme biçimidir!

Bilişsel hatalar/çarpıtmalar

Aşırı genelleme: Bireyin bir olaydan yola çıkarak ulaştığı sonucu olayla ilişkili ya da ilişkisiz diğer olaylara genellemesi “*Sen zaten hep yatağını dağınık bırakıyorsun!*” “*Sürekli yatağını dağınık bırakıyorsun*”

Abartma ve azaltma: Abartma ve azaltma hatasında genellikle olumlu olayların önemi azımsanırken, olumsuz olaylar olduklarından daha abartılı şekilde algılanır ve yaşanılır.

İki kutuplu düşünce: Bireyin kendisini değerlendirirken de iki uçtan birisine yerleştirmesidir. “*Ya yatağını toplayacaksın ya da bundan sonra.....*”

Etiketleme: Etiketleme yapan birey davranışını ya da olayı etiketlemektense kendisini etiketlemektedir. Etiketleme genellenmenin aşırıya kaçmış halidir. Yanlış etiketlemede ise olayın yanlış bir şekilde tanımlanması ve olaya gerektirdiğinden daha fazla duygu yoğunluğu ile tepki verilmesi söz konusudur. “*Sen zaten dağınık birisin*”

Meli malı ifadeleri: Birey kendisini -meli-malı şeklindeki ifadelerle güdülemeye çalışır. Yapması beklenen şeyi yapmazsa cezalandırılacakmış gibi bir varsayımı mevcuttur. “*Yatağını toplamalısın!*” (Hiçdurmaz ve Öz, 2011).

Bu sebeple stres oluşturan durum ile baş etmek için stres yaratan düşünceler daha uyum sağlayıcı düşünce ile yer değiştirmelidir. Olayın stres haline gelmesini sağlayan düşünceler belirlendikten sonra alternatif yeni düşünceler üretmek gerekmektedir. Bu düşüncelerin gerçekçi olması da aynı zamanda önemlidir (Onbaşoğlu, 2004).

Bilişsel hatalar	Alternatif düşünce
“ <i>Sen zaten hep yatağını dağınık bırakıyorsun!</i> ” “ <i>Sürekli yatağını dağınık bırakıyorsun</i> ”	Bazı günler yatağını dağınık bırakman beni üzüyor. Bundan sonra yatağını toplaman için birlikte bir plan yapalım mı?
“ <i>Ya yatağını toplayacaksın ya da bundan sonra.....</i> ”	
“ <i>Sen zaten dağınık birisin</i> ”	

Tabloda bazı yaygın iletişim sorunları yer almaktadır. İletişimde yaygın olan bu sorunlardan kaçınmak her zaman olası değildir, ancak onların farkında olmak ev içinde daha az çatışma ve daha sakin bir ortam oluşmasını sağlayacaktır.

Etkili İletişimde Önemli Noktalar		
İletişim Problemi	Örnek Problem İfadesi	Alternatif İfade
Zorlayıcı ifade (yapmalısın-etmelisin)	Çöpü boşaltman gerektiğini biliyorsun	Akşam yemeğinden sonra her gece çöpü çıkarırsan sevinirim.
Zihin okuma	Bizim film gecemiz olduğunu unutman seni kızdırdı.	Kızgın görünüyorsun. Durum hakkında ne hissediyorsun?
Aşağılama	Sen çok düşüncesizsin.	Kıyafetlerinin odanın her yerinde olması beni üzüyor. Onları alırsan sevinirim.
Geçmişte yaşama	Hastaneye son yattığımda beni ziyaret etmedin, tıpkı iki yıl önce ilk kez hastaneye yattığımda ziyaret etmediğin gibi.	Hastaneye son yattığımda beni ziyaret etmemen beni hayal kırıklığına uğrattı.
Sözel ve sözel olmayan mesajların tutarlı olmaması	İsteddiğini yapabilirsin benim için sorun değil. (gözlerini devirerek)	Bunu yapmamla ilgili iyi hissetmiyorum (Mueser & Gingerich, 1994).

Problem Odaklı Başetme

Yani böyle her şeye kendiniz çözüm üretmek zorundasınız. Hayata da çözüm üretmek zorundasınız, çocuğun sorunlarına da.”(6. Bakım veren, kadın, 55 yaş)

Sorular:

Ruhsal hastalıktan kaynaklı aile içinde yaşadığınız sorunları nasıl çözüyorsunuz?

Şimdiye kadar kullandığınız en iyi/etkili yöntem hangisi oldu?

Bu yöntemi nasıl hayatınıza geçirdiniz?

Şimdiye kadar kullandığınız en işe yaramadığını düşündüğünüz/etkisiz yöntem hangisi oldu?

Sorunların çözülmesi/çözülmemesi size kendinizi nasıl hissettiriyor?

Problemleri çözememenin/çözmemenin ileride yaşamınızı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?

Problem Çözme

Problemler yaşamda kaçınılmazdır. Bir çok aile üyesi her gün bir çok problem ile yüzleşmektedir. İnsanlar birarada yaşadığı ve birlikte zaman geçirdiklerinde anlaşmazlık ve çatışmalar problemlere yol açabilir. Farklı fikir ve beklentilere sahip olmak insan olmanın doğasında vardır. Kararlar almak da yaşamın bir parçasıdır. Bazı bireyler basit kararlar almayı bile stresli bulur. Karar verme süreçleri alınan karar yalnızca bizi etkilerken bile zor olabilmektedir. Alınan karar diğerlerini etkilediğinde durum daha karmaşık hale gelebilmektedir.

Her bireyin kendine özgü problem çözüme yaklaşımı vardır. Her birey ayrı ve özel olmasına rağmen problem çözme stilleri 5 genel kategoride yer alır:

Kaçınmacı tip: Buradaki tutum “Ben problemi problem olarak görmezsem, problem yoktur”. Bazen problemler kendiliğinden gelişir. Fakat bekledikçe durum kötüleşebilir. Aynı zamanda bu yaklaşımın farklı bir sorunu da sorunun erken dönemlerinden çözüm daha etkili olabilir.

Cesareti kırılmış/yılmış tip: Buradaki tutum ise “ Ben bu sorun için zaten bir şey yapamam, öyleyse neden deneyeyim? dir. Özellikle zorlu problemler için bu tutum anlaşılırdır. Fakat vazgeçmek ve çaba harcamamak etkili olmayan bir yöntemdir. Problemleri daha da kötüleştirir ve cesareti kırar.

Kontrolcü tip: “İnsanlar ben ne dersem yapmak zorunda” tutumudur. Bu tutum ile düşünen insanlar genellikle stres altındadır çünkü her problemi çözmekten sorumlu olduklarına inanırlar ve herkesi kendi çözümlerinin doğru olduğuna ikna ederler.

Konuşan tip: “Eğer sorun hakkında yeterince konuşursam sorun çözülür” bu tarz problem çözen bireylerin yaklaşımıdır. Bu tutumun hem olumlu hem de olumsuz özellikleri vardır: olumlu yanı

bireyin sorun hakkında konuşması duygularını ifade etmesine fırsat sağlar. Fakat çözüm için süreci başlatmadan sadece konuşmak da sorunu çözmez.

Aktif tip: Bu yaklaşım ile bakan bireyler şöyle düşünür: “bir problem varsa çözüm de olmalı” genellikle bu bireyler sorunu hemen fark eder. Sorun ile ilgili kişileri sürece dahil eder ve eylem için planlanan adımları başlatır. Bu yaklaşım problemleri çözmede en etkili yaklaşımdır. Bu yaklaşım aynı zamanda problem çözme baş etme biçimidir.

Eğer aktif baş etme biçimi kullanılmıyorsa olumlu, baş etmeye odaklı bir yaklaşım için aşağıda yer alan tutumlar gözden geçirilerek başlanabilir:

Etkili Problem Çözümü İçin Rehber:

Aktif problem çözen insanların tutumu:

Sorunlar kaçınılmazdır, bir sorunum olduğu için kendimi suçlamamalıyım.

Problem yüzleşilmesi gereken bir güçluktur, kaçılması gereken bir tehlike değil

Problemi çözmeyi hiç denememektense, çözmeye çalışıp başarısız olmak daha iyidir.

Her sorunun bir çözümü vardır. Ya da en azından her problemlı durum iyileştirilebilir. Eğer bunun üzerinde düşünürsem, bir çözüm bulabilirim.

Bir çok problemi çözmek zaman ve emek ister.

Problemleri etkili bir şekilde çözmenin bir çok yolu vardır. Siz belki etkili bir şekilde işleyen kendi yolunuzu bulmuş olabilirsiniz. Problem çözümüne kişisel yaklaşımınız olmaksızın aşağıda yer alanlar zor problemleri çözme becerilerinizi geliştirebilir:

Problem ile uğraşırken olumlu bir bakış açısı geliştirin:

Araştırmalar göstermiştir ki insanlar olumlu bir ruh hali içerisindeyken daha yaratıcı ve problemleri daha iyi çözebilmektedir. Bir sorunu düşünürken olumlu bir tutum içerisine girmek ya da diğer aile üyeleri ile sorunu paylaşmak iyi çözümler üretme şansınızı artırır. Yalnızca gelecek için bir şeyleri nasıl iyileştirebileceğinize odaklanın. Geçmişe saplanmaktan kaçının!

Herkesin görüşüne saygı duyun

Problemden doğrudan etkilenen kişilerle konuşmayı deneyin. Onların bakış açısından problem nasıl görünüyor bunu düşünün. Eğer diğer insanların düşüncelerini dikkate almazsanız onlarda çözüm üretmenize katkı sağlamayacaklardır.

Hataları bulmak ve suçlamaktan kaçının

İnsanlar ortada bir çatışma durumu varsa birbirini suçlamaya meyillidir. Suçlamak sıklıkla insanları savunmaya sokabilir. Aynı zamanda problemi inkar etmeye yol açabilir. Durumun nasıl iyileştirilebileceğinden çok, suçlunun kim olduğuna odaklanmak etkili bir şekilde problemin çözülmesini engelleyebilir.

Mümkün olduğunda çok çözüm tanımlayın

Çok sayıda çözüm önerisi düşünmek, etkili çözüm yöntemini o önerilerin arasında bulmayı da kolaylaştıracaktır. Sıradan çözümlerle kendinizi kısıtlamayın. Alışılmamış bir çözüm problemin tek çözümü olabilir.

Bir eylem planı oluşturun

Bir çözüm ancak uygulanırsa etkili olacaktır. Problem hakkında yalnızca konuşup eyleme geçmemek çözüme yardım etmeyecektir. Bir çok çözüm kulağa iyi gelebilir fakat denemeden çözümün işleyip işlemediği bilinmeyecektir. Üzerinde çalışılan bir çözüm eylemi işe yaramıyorsa, en azından bir çözüm denenmiştir ve diğer çözüme geçilebilir.

ADIM ADIM PROBLEM ÇÖZME YÖNTEMİ

Bu bölümde sözü edilen yöntem altı basamaklı problem çözme yöntemidir. Bu yöntem ailelere R.H Falloon ve arkadaşları tarafından ailelere uyarlanmıştır. Ruhsal hastalığa sahip ailelerde yararlı bulunmuştur.

Hangi problem çözme yöntemini kullanırsanız kullanın, olumlu bir zihin ve bakış açısı ile başlamanın en iyisi olduğunu hep hatırlayın!

Problem ile uğraşırken yazılı kayıtların kullanılması önerilmektedir. Sizlere bir problem çözme kağıdı hazırladık. Önemli noktaları bu formda yer alan boşluklara yazabilirsiniz.

1. Basamak: Problemi Tanımlayın

Bu basamak tüm basamakların en önemlisidir. Bir problemi mümkün olduğunca spesifik olarak tanımlamak etkili bir problem çözme basamağı oluşturur. Bu basamakta problemleri tanımlamak için pratikler yapılabilir.

2. Basamak: Muhtemel Çözümleri Oluşturun

Bu basamağın amacı mümkün olduğunca çözümler konusunda beyin fırtınası oluşturmaktır. Eğer bir aile ile çalışılıyorsa her aile üyesinin en az bir tane çözüm seçeneği üretmesi beklenir. Eğer problemi yalnız başınıza çözüyorsanız mümkün olduğunda çok çözüm üretin. Bu noktada çözüm önerilerini değerlendirmeyin ya da eleştirmeyin. Mümkün olduğunca yaratıcı olun.

3. Basamak: Her Çözümün Avantaj ve Dezavantajlarını Düşünün

Probleme beş ya da altı tane muhtemel çözüm ürettikten sonra, bunların her birinin avantaj ve dezavantajlarını değerlendirin. Bu kısaca her çözümün güçlü ve zayıf yönleri vurgulanarak belirlenebilir.

4. Basamak: En İyi Çözümü Seçin

Bir çözümü seçerken onun pratikliğini, tanımlanan probleme uygunluğunu/uyarlanabilirliğini göze alın. Bazen çözümler değerlendirildiğinde bir çözüm en iyisi gibi gelebilir. Diğer zamanlar iki ya da daha fazla çözüm ortaya çıkabilir. Çözümler “en iyisi” olarak birleştirilebilir ya da modifiye edilebilir. Aile olarak problemleri çözerken bir çözüm üzerinde hemfikir olmak gerekmektedir. Bazen iki ya da üç çözüm üzerinde uzlaşmak en iyi çözümdür. Eğer bir çözüm üzerinde anlaşmak zor olursa, bir seçenek önce denenip başarılı olmazsa diğeri denenebilir.

5. Basamak: En İyi Çözümü Nasıl Yapacağınızı Planlayın

İnsanlar bazen bir çözüm seçildiğinde problem çözme sürecinin bittiğini düşünür. Bununla birlikte açık bir plan olmaksızın bir çok çözüm uygulamaya konulamaz. Eğer sorunu aile olarak çözüyorsanız görevler beceri ve zaman göre bireyler arasında bölünebilir. Bir plan çerçevesinde her görevin bitişi için bir tarih belirlenebilir.

6. Basamak: Çözümün uygulandığını ve problemin çözümünü değerlendirin

Süreci değerlendirmek için bir tarih belirleyin. Eğer aile olarak toplanıyorsanız, tamamlanması gereken basamakları tartışın ve yapılan tüm çabaları övün. Değerlendirme süreci planın hangi basamaklarının karara bağlandığının, hangi basamaklarının etkili olduğu, tüm problemin çözülüp çözülmediğinin değerlendirilmesini içerir. Bazen sorunlar kısmen çözülür. Bu olduğunda gelecekteki planlar basamakları tamalamak üzerine olmalıdır. Bazen de basamaklar uygulanır fakat problem çözülmez. Böyle durumda alternatif çözümler devreye girmelidir. Bu basamaklarda ne kadar çok uygulama yapılırsa, o kadar etkili olacak ve daha az zaman alacaktır (Mueser & Gingerich, 1994).

Uygulama-Refleksin

Sevgili bakım veren aileler,

İlk olarak hasta yakınınızla çözemediğiniz sorunlar üzerinde bir önceki hafta düşünmenizi konuşmuştuk. Bu aynı zamanda sizin ödevinizdi. Şimdi bu sorunlardan bir tanesini seçelim. Herkes kendi paylaşmak istediği deneyimini/sorununu sırayla söyleyebilir ve bu sorunların içerisinde herkesin ortak yaşadığı bir deneyimi seçip üzerinde konuşacağız. Seçtiğiniz olay ya da durum sizin yaşadığını ve deneyimlediğiniz bir durum olmalıdır.

Bu sırada herkese tek tek söz verilir ve kendi sorunlarını paylaşmaları teşvik edilir. Aşağıda belirtilen başlıklarda sorun üzerinde grup tartışması yürütülür:

1. Bu konu sizin için neden önemli?
2. Durumun Tanımlanması
3. Bu olaydan etkilenen kişiler kimlerdi?
4. Durumun Analizi
5. Eylem Planı (Mert, Bilik, Sarı & Üstün, 2011)

Örnek Durum Uygulaması

Örnek :

Sorun: Hastamı banyo yaptırmaya ikna edememem

Bu neden bir sorun?

Hastamın rahatlığı konforu benim için önemli

Çevrede rahatsız olunan bir sorun oluşturuyor

İnsanların hastamdan rahatsız olması beni de üzüyor.

.....

Bu sorundan kimler etkilendi?/Bu soruna kim nasıl katkı verdi?

	Hastam	Ben	Ailemdeki diğer üyeler
Duygu	Korku Şüphe Kaygı	Üzüntü Öfke Utanma	Üzüntü Öfke Utanma

Düşünce	Banyoda gözetleniyor olabilirim Sesler duyuyorum Görüntüler görüyorum	Hastam hiç beni dinlemiyor İnsanlar bizimle görüşmek istemeyecek Komşularım artık bize gelmeyecek Tembelliğinden banyo yapmıyor	Hastam hiç beni dinlemiyor İnsanlar bizimle görüşmek istemeyecek Komşularım artık bize gelmeyecek
Davranış	Banyo yapmak istememe Yalnız kalacağı ortamlardan ve kendini güvende hissetmeyeceği ortamlardan uzak durma	Zorla banyo yapması konusunda ısrarcı olma Ceza verme Sesini yükseltme İnsanlardan kendini çekme Sürekli yapma yapması için uyarılarda bulunma söylenme	Zorla banyo yapması konusunda ısrarcı olma Ceza verme Sesini yükseltme İnsanlardan kendini çekme

Ne olsaydı bu sorun çözülebilirdi? Seçenekler nelerdir?

Banyo yapmak istememsinin nedenleri hakkında konuşurum

Evde varsa diğer kişilerden bu konuda yardım isteyebilirim

Hastama banyo yapmasının önemini anlatırım

Banyoya girmesi sonucunda ne/neler olabileceği hakkında hastamda konuşurum

Hastamı zorla banyoya girmesi konusunda diretebilirim

Banyoya girmezse onu cezalandırırım

Seçenekleri değerlendirelim

Seçenek 1: Banyo yapmak istememesinin nedenleri hakkında konuşurum

Avantajları:

Banyo yapmak istememe nedeni herkese göre değişebilir. Hastamla bu konuda konuşmam ona kendini anlaşılmış hissetmesine yardımcı olabilir.

İkna edebilirim

Banyo yapabilir

Dezavantajları:

Boşuna çabalamış olurum

Daha da öfkelenirim

Evde varsa diğer kişilerden bu konuda yardım isteyebilirim.

.....

Hastama banyo yapmasının önemini anlatırım

Banyoya girmesi sonucunda ne/neler olabileceği hakkında hastamda konuşurum

Hastamı zorla banyoya girmesi konusunda diretebilirim

Bu durum hastamı daha da öfkeliendirebilir ve

Banyoya girmezse onu cezalandırırım

Hastamın bana olan güvenini bu durum sarsabilir. Bana öfkelenmesine sebep olabilir.

Seçenekleri Uygulama

Bu seçeneklerin içerisinde size en uygun olan 3 tanesini seçip yaşamınızda uygulamaya başlayabilirsiniz.

Değerlendirme

Sorun çözüldü mü? Hastam banyo yapıyor mu? Sorun devam mı ediyor? O zaman seçenekler yeniden gözden geçirilebilir. Süreç bu şekilde tekrarlayabilir.

Bedene Yönelik Başetme Yöntemleri

Bütün stres azaltma tekniklerinin amacı, stresin yol açtığı istenmeyen sonuçları tersine çevirmek, böylece stresin olumsuz sonuçlarını ortadan kaldırmaktır. Gevşemenin öğrenilmesi ile bedende stres sırasında ortaya çıkan durumun tam tersi meydana gelir. Bedende hem gevşeme hem de

stresin (gerginliğin) kimyası bir arada olamaz. Eğer gevşeme sağlanabilirse stresi yarattığı kısır döngü kırılmış olur (Baştaş ve Baltaş, 2013)

Derin Nefes Alma Egzersizleri

En basit ve en temel yollardan biridir. Akciğerler havalandığında gerginlik, anksiyete azalır.

Dik oturun, ayakta durun veya uzanın.

Bir elinizi karnınıza, bir elinizi göğsünüze götürün

Burundan yavaşça nefes alarak karnınızı şişirin.

Aldığınız derin nefesi bir süre tutun.

Nefesinizi dudaklarınızın arasından yavaşça dışarı bırakın.

Nefes verirken karnınızın boşaldığını ciğerlerinizin hava ile dolduğunu hissedin.

Aynı şekilde düzenli bir biçimde nefes alıp vermeye devam edin.

Progresif Gevşeme

Anksiyeteyi tetikleyen olaylar ve düşünceler sonrası kas gerginliği olduğu varsayımı üzerine geliştirilmiştir. Bu egzersizi şu şekilde yapabilirsiniz:

Her kas grubunuzu 5-7 saniye kadar gerin ve 20-30 saniye gevşetin.

Rahat bir yere oturun, ayaklarınız yere basın ve gözlerinizi kapatın.

Üç kez derin, yavaş bir şekilde burundan nefes alarak başlayın, yavaşça ağızdan nefes verin.

Ayaklarla başlayın. Ayak parmaklarınızı dizlerinize doğru çekin ve beşe kadar sayarak tutun.

Şimdi gerginliğinizi kaslarınızdan akıtarak sıcaklık ve gevşeme duygusunu hissedin.

Şimdi **uyluk ve kalça kaslarınızı** gerip beşe kadar sayarak tutun.

Yavaşça bırakıp gerginliğinizi akıtın. Sıcaklık ve gevşeme duygusunu hissedin, gergnliğin aktığını hissedin.

Şimdi **karın kaslarınızı** gerin ve beşe kadar sayarak tutun.

Şimdi tutmayı bırakın ve kaslardaki gevşemeye odaklanın. Sıcak bir duygu hissedebilirsiniz.

15-20 saniye bu duyguyu hissedin.

Şimdi **sırt kaslarınızı** gerin ve beşe kadar sayarak tutun.

Yavaşça bırakın gevşeme dugusunu hissedin.

Şimdi eller, ön kollar ve pazularınızı gerin, sert bir yumruk içinde ellerini kavrayıp beşe kadar sayıp tutun.

Şimdi tutmayı azaltın. Karıncalanma, sıcaklık ve gevşeme duygusunu hissedin.

Şimdi omuz ve boyun kaslarınızı gerin ve beşe kadar sayarak tutun ve omuzlarınızı silkin.

Şimdi yavaşça bırakın ve tüm kaslarınızı rahat bırakın. Gevşeme duygunuzu hissedin.

Yüz kaslarınızı gerip alnınızı kırıştırın, kaşlarınızı çatın, gözlerinizi kısarak bakın ve dudaklarınızı büzüp bu şekli beşe kadar sayarak durun.

Şimdi tutmayı bırakın.

Tüm vüzdunuzdaki gevşeme ve rahatlamayı hissedin.

Gözlerinizi açın ve tekrar canlandığınızı hissedin (Çam ve Engin, 2014).

Program Değerlendirme ve Son Testlerin Uygulanması

4 oturumluk programımızın sonuna geldik. Bu süreçte birlikte olup programa katıldığınız için hepinize çok teşekkür ederim. Şimdi sizden programa ilişkin geribildirimlerinizi/değerlendirmelerinizi alacağım. Aynı zamanda son oturumumuz olduğu için ölçekleri doldurmanız için sizlere dağıtacağım. Bu dört haftalık deneyime ilişkin duygu ve düşüncelerinizi öğrenebilir miyim? Sizce size nasıl bir katkısı oldu? Oturum süreçlerine ilişkin değerlendirmeleriniz nelerdir? Önerileriniz var mı?

Ek 15. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu (İkinci Aşama)

Tarih:/...../20....
BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU
Sayın Bay/Bayan,
Çalışmamızın amacı kronik ruhsal hastalığa sahip bireylerin yakınlarına aile destek ve psikoeğitim programının uygulanmasıdır. Aile destek ve psikoeğitim programı kronik ruhsal hastalık yaşayan bireylerin yakınlarının yaşadıkları sorunlarla başetme düzeylerini artırmaya dönük bir programdır. Bu amaçla sizden çalışmada katılımda bulunmanız beklenmektedir. Araştırmaya katılmak zorunlu değildir. Çalışma herhangi bir yayın ve raporda kullanılırken bu yayında isminiz kullanılmayacaktır. Verdiğiniz bilgilerin gizliliği sağlanacak, bilgileriniz üçüncü şahıslarla paylaşılmayacaktır. Araştırmaya katılmaktan dolayı herhangi bir ödül, ücret ya da ceza verilmeyecek sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Ben..... katılmam istenen bu çalışmanın kapsamı ve amacında gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve detaylı bilgi alma fırsatı buldum. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu koşullarda söz konusu araştırmayı kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kabul ediyorum.
Adı-Soyadı:
İmzası:
Adresi (Telefon No, varsa Faks No):
Tarih (gün/ay/yıl):
Araştırmacının Adı-Soyadı:
İmzası:
Adresi (Telefon No, varsa Faks No):
Tarih(gün/ay/yıl):
Onam alma işlemine tanık olan kişinin Adı- Soyadı:
İmzası:
Tarih(gün/ay/yıl):
Adresi (Telefon No, varsa Faks No):

Ek 16. Dokuz Eylül Üniversitesi Etik Kurul İzni

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

09.06.2017

Konu: Karar hk.

Sayı : 1537

Sayın Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN,

Kurulumuz tarafından 08.06.2017 tarih ve 3362-GOA protokol numaralı 2017/15-21 karar numarası ile görüşülen **“Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik Distres ve Yaşam Kalitesine Etkisi”** konulu araştırmanıza ilişkin Kurulumuz kararı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof.Dr.Banu ÖNVURAL
Başkan

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

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURUL KARARI

ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
AÇIK ADRES	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR
TELEFON	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58
FAKS	0 232 412 22 43
E-POSTA	etikkurul@deu.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	3362-GOA	
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐	AKADEMİK AMAÇLI ☐
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Aile Destek ve Psiko eğitim Programının Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik Distres ve Yaşam Kalitesine Etkisi	
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU		
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN Hemşirelik Fakültesi	
	DESTEKLEYİCİ VE AÇIK ADRESİ	-	
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ VE ADRESİ	-	
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐

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

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2017/15-21	Tarih:08.06.2017
	Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN'ın sorumlusu olduğu "Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik Distres ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	
ETİK KURUL BİLGİLERİ		
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu	
ETİK KURUL ÜYELERİ		

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

	Karar No:2019/03-63	Tarih:13.02.2019				
KARAR BİLGİLERİ	Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN'ın sorumlusu olduğu "Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik Distres ve Yaşam Kalitesine Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait 24.01.2019 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin olarak; -Çalışma adının " Calgary Aile Müdahale Modeline Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik Distres ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi" olarak değiştirilmesi ile ilgili araştırıcı dilekçesi incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Can SEVİNÇ (Başkan)	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan Yardımcısı)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr. Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2019/14-37	Tarih:14.06.2019				
	Doç.Dr.Zekiye Çetinkaya DUMAN'ın sorumlusu olduğu "Calgary Aile Müdahale Modeline Dayalı Aile Destek ve Psikoeğitim Programının Kronik Psikiyatri Hastalarının Bakım Verenlerinin Başetme, Psikolojik Distres ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerine Etkisi" isimli klinik araştırmaya ait 30.05.2019 tarihli araştırıcı dilekçesine ilişkin; -Çalışmanın araştırma adımlarına üçüncü bir basamağın eklenmesi ile ilgili belgeler incelenerek bilgi edinilmiş ve uygun bulunmuştur.					
ETİK KURUL BİLGİLERİ						
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
ETİK KURUL ÜYELERİ						
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER (Başkan Yardımcısı)	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Arzu GENÇ	Nörolojik Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGÖN	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐	H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	D.E.U Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐	H ☒	

Ek 17. Arbis Formatında Özgeçmiş



AYŞE SARI

Kişisel Bilgiler

İletişim Bilgileri

İletişim Adresi

Telefon

E-posta

İnternet Sayfası

Öğrenim Bilgileri

01 Eylül 2016 - Şu Anda (4 yıl 4 ay)
Doktora, Doktora, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ (DR)

01 Eylül 2013 - 01 Haziran 2016 (2 yıl 10 ay)
Yüksek Lisans, Tezli Program, DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ, PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ (YL) (TEZLİ)
Tez Başlığı: Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalar İçin Hemşire Gözlem Ölçeği
Geliştirilmesi Geçerlik Ve Güvenirlik Çalışması
Tez Konusu: Psikiyatri Kliniklerinde Hemşire Gözlemleri
Tarih: 2016
Tez Danışmanı: ZEKIYE ÇETİNKAYA DUMAN

01 Eylül 2008 - 01 Haziran 2013 (4 yıl 10 ay)
Lisans, Anadal/Normal Öğretim, HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ, TÜRKİYE
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ, HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ

Deneyim / İşyeri Bilgileri

01 Ocak 2013 - Şu Anda (8 yıl) (Tam Zamanlı)
ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, ARAŞTIRMA GÖREVLİSİ, DİĞER (Dokuz Eylül Üniversitesi)

Yabancı Dil Bilgileri

TURKISH (Okuma: Intermediate, Yazma: Intermediate, Konuşma: Intermediate)

Bilimsel Teknolojik Faaliyet Alanları

Bilimsel Teknolojik Faaliyet Alanı Bilgileri

Nursing of Psychiatry

Anahtar Kelimeler

Psikiyatrik Bozukluklar

Aile Destekleri

Baş Etme

Ar-Ge Yetkinlik

Kitaplar

Z. ÇETİNKAYA DUMAN & A. SARI, Bipolar ve İlişkili Bozukluklar ve Hemşirelik Bakımı, Psikiyatri Hemşireliği Akıl Notları, ISBN: 978-975-277-815-3: Güneş Tıp Kitapevleri, Kitapta Bölüm.

Makaleler

A. SARI & Z. C. DUMAN, Experiences of Family Caregivers of Individuals With Chronic Psychiatric Illness in Turkey A Qualitative Study, JOURNAL OF PSYCHOSOCIAL NURSING AND MENTAL HEALTH SERVICES, 2020, 0279-3695, 58, 3, 38-46.

A. SARI & Z. C. DUMAN, Strategies used by families to cope with chronic mental illnesses: Psychometric properties of the family crisis oriented personal evaluation scale, PERSPECTIVES IN PSYCHIATRIC CARE, 2020, 0031-5990, 56, 2, 462-473.

A. SARI & Z. ÇETİNKAYA DUMAN, Development Of A Nurse Observation Scale For Inpatients At The Psychiatry Clinic: Validity And Reliability Study, Archives of Psychiatric Nursing, 2017, 0883-9417, 31, 4, 368-375.

N. GÜNÜŞEN, Z. ÇETİNKAYA DUMAN, F. ŞENGÜN, S. ÇELİK İNCE & A. SARI, Effects Of Two Different Psychiatric Nursing Courses On Nursing Students Attitudes Towards Mental Illness, Perceptions Of Psychiatric Nursing, And Career Choices, Journal of Professional Nursing, 2017, 87557223, 33, 6, 452-459.

N. GÜNÜŞEN, Z. ÇETİNKAYA DUMAN, F. ŞENGÜN, S. ÇELİK İNCE, A. SARI & B. ÖZKUL, Exploration Of The Factors Affecting The Choices Of Nursing Students Who Choose Psychiatric Nursing As The First And Last Choice, Issues in Mental Health Nursing, 2017, 0161-2840, 38, 10, 837-844.

Bildiriler

Z. ÇETİNKAYA DUMAN, F. ŞENGÜN & A. SARI, Dünya Sağlık Örgütü Aile Görüşme Formu Damgalanma Alt Boyutunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi, Sözlü Sunum, İzmir Demokrasi Üniversitesi Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi, 20 Haziran 2020, 21 Haziran 2020.

F. ŞENGÜN, Z. ÇETİNKAYA DUMAN & A. SARI, Şizofreni Hastalarının Ebeveynlerinin Damgalanma Deneyimleri: Kalitatif Araştırma, Sözlü Sunum, 6. Uluslararası 17. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 19 Aralık 2019, 21 Aralık 2019.

A. SARI & Z. ÇETİNKAYA DUMAN, Strategies Used By Families to Cope with Chronic Mental Illnesses: Psychometric Properties of the Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scale, Poster Sunumu, World Congress of Psychiatry (WPA), 21 Ağustos 2019, 24 Ağustos 2019.

Z. ÇETİNKAYA DUMAN, A. SARI & Y. K. GÜL, Psikiyatrik bakımda Aile ile İşbirliğinin Önündeki Engeller: Sağlık Profesyoneli ve Bakımveren Perspektifi, Poster Sunumu, Uluslararası Toplum ve Şizofreni Kongresi, 29 Haziran 2019, 30 Haziran 2019.

A. SARI & Z. ÇETİNKAYA DUMAN, Kronik Psikiyatri Hastası Bakım Verenlerinin Bakım Verme Deneyimleri ve Algıları, Sözlü Sunum, V. International, IX. National Psychiatric Nursing Congress, 20 Kasım 2018, 23 Kasım 2018.

N. GÜNÜŞEN, Z. ÇETİNKAYA DUMAN, F. ŞENGÜN, S. ÇELİK İNCE, A. SARI & B. ÖZKUL, Psikiyatri Hemşireliğini İlk ve Son Sırada Tercih Eden Intern Hemşirelerin Görüşlerinin İncelenmesi, Poster Sunumu, 5. Uluslararası 16. Ulusal Hemşirelik Kongresi, 05 Kasım 2017, 08 Kasım 2017.

Z. ÇETİNKAYA DUMAN, N. GÜNÜŞEN, F. ŞENGÜN, S. ÇELİK İNCE & A. SARI, Probleme Dayalı Öğrenme ve Geleneksel Eğitimdeki Hemşirelik Öğrencilerinin Psikiyatri Hastalarına Yönelik Tutumları Psikiyatri Hemşireliğini Algılamaları ve Kariyer Tercihlerinin Karşılaştırılması, Poster Sunumu, IV.Uluslararası VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 06 Kasım 2016, 09 Kasım 2016.

A. SARI & Z. ÇETINKAYA DUMAN, Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalar İçin Hemşire Gözlem Ölçeği Geliştirilmesi Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Sözlü Sunum, IV. ULUSLARARASI VE VIII. ULUSAL PSİKİYATRİ HEMŞİRELİĞİ KONGRESİ, 06 Kasım 2016, 09 Kasım 2016, 358 - 358.

TÜBİTAK Burs ve Destekleri

BİDEB Destekleri

AYŞE SARI, Araştırma Burs ve Destekleri Müdürlüğü, 2218-Yurt İçi Doktora Sonrası Araştırma Burs Programı, Başvurusu İnceleniyor, 2020 - 1.

Panelistlik/İzleyicilik/Raportörlük Sayısı

Panelistlik/Dış Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
İzleyicilik/Danışmanlık Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0
Raportörlük Sayısı	ARDEB/BİDEB 0	TEYDEB 0	Toplam 0

Ek 18. Tez ile Bağlantılı Yayınlar

- Makale 1.** Sari, A., & Çetinkaya Duman, Z. (2020). Strategies used by families to cope with chronic mental illnesses: Psychometric properties of the family crisis oriented personal evaluation scale. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(2), 462-473. Doi: <https://doi.org/10.1111/ppc.12457> (İndeks: SCI Expanded, ISSN: 1932-8621 / 1932-863X)
- Makale 2.** Sari, A., & Duman, Z. Ç. (2020). Experiences of Family Caregivers of Individuals With Chronic Psychiatric Illness in Turkey: A Qualitative Study. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 58(3), 38-46. Doi: <https://doi.org/10.3928/02793695-20191210-02> (İndeks: SCI Expanded, ISSN: 1742-3953 / 1745-9206)
- Makale 3.** Şengün İnan, F., & Çetinkaya Duman, Z., Sari, A. (2020). Şizofreni Hastalarının Ebeveynlerinin Damgalanma Deneyimleri: Kalitatif Arastırma. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* doi:[10.14744/phd.2020.25901](https://doi.org/10.14744/phd.2020.25901) (İndeks: E-SCI, ISSN: 2149-374X)
- Makale 4.** Sari, A., Duman, Z. Ç. & Kahveci Gül, Y. “Barriers to Cooperation with Family Members in Psychiatric Care in Turkey: Perspectives of Health Professionals and Family Caregivers” çalışması Journal of the American Psychiatric Nurses Association dergisine submit edilmiştir. (İndeks: SCI Expanded) (Revizyonun değerlendirilmesi aşamasında)
- Makale 5.** Çetinkaya Duman, Z., Şengün İnan, F. & Sari, A. “Aile Görüşme Formu Damgalanma Alt Boyutunun Psikometrik Özelliklerinin İncelenmesi” çalışması Psikiyatri Hemşireliği Dergisi’ne submit edilmiştir. (İndeks: E-SCI) (Hakem değerlendirme sürecinde)