

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HASTALIKTA BELİRSİZLİK KURAMINA
TEMELLENDİRİLMİŞ PSİKOEĞİTİMİN
ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK
PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ VE
BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Sultan TAŞ BORA

DOKTORA TEZİ

2021-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

HASTALIKTA BELİRSİZLİK KURAMINA
TEMELLENDİRİLMİŞ PSİKOEĞİTİMİN
ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERİN
BELİRSİZLİĞE TAHAMMÜLSÜZLÜK
PSİKOLOJİK İYİ OLUŞ VE
BAŞA ÇIKMA DÜZEYLERİNE ETKİSİ

Sultan TAŞ BORA

DOKTORA TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU

İKİNCİ DANIŞMAN
Assoc. Prof. Donald Etheridge BAILEY JR

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2021-ANTALYA

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren değerli hocam Prof. Dr. Kadriye BULDUKOĞLU'na,

Tezime büyük katkı sağlayan tez izlem komite üyesi hocalarım Doç. Dr. İlkay BOZ ve Dr. Öğretim Üyesi Saliha HALLAÇ'a,

Bilgi ve deneyimleriyle tezime değer katan ikinci danışman hocam Professor Donald E. BAILEY Jr'a,

Uzman görüşü veren değerli hocalarım Doç. Dr. Semra KARACA, Doç. Dr. Neslihan GÜNÜŞEN, Dr. Öğr. Üyesi Dudu KARAKAYA ve Dr. Öğr. Üyesi Ceyda BAŞOĞUL'a,

Araştırmanın yürütülmesinde bana destek olan Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği sorumlu hemşiresi Melehat KURŞUN'a, klinik hemşireleri, doktorlar, bölüm sekreteri ve tüm yardımcı personele,

Çalışmanın istatistiksel analizinin yürütülmesine katkı sağlayan değerli hocam Emekli Öğretim Üyesi Prof. Dr. Ayşe KURUÜZÜM'e,

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü değerli çalışanlarına,

Lisansüstü eğitim yolculuğunda yanımda olan çalışma arkadaşlarım Araş. Gör. Cansu ÇAKIR, Araş. Gör. Yahya ERGEZEN ve Araş. Gör. Esra ŞAHİNER'e,

Doktora eğitimim süresince kendilerinden ders aldığım tüm hocalarıma,

Eğitim hayatım boyunca sevgi ve anlayışlarını daima hissettiren sevgili aileme ve eşime,

Ve son olarak araştırmaya katılmayı kabul ederek değerli deneyimlerini benimle paylaşan ailelere sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Bu tez çalışmasının bir bölümü Covid-19 pandemisi döneminde gerçekleştirilmiştir.

ÖZET

Amaç: Bu araştırmada amaç, Hastalıkta Belirsizlik Kuramı'na temellendirilmiş psikoeğitimin şizofreni hastalarına bakım verenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve başa çıkma düzeylerine etkisini belirlemektir.

Yöntem: Araştırma randomize kontrollü tek kör deneysel nitelikte olup Nisan 2019-Ağustos 2020 tarihleri arasında bir psikiyatri kliniğinde şizofreni tanısıyla yatan hastaların bakım verenlerinden 27 girişim, 27 kontrol grubu olmak üzere toplam 54 birey ile gerçekleştirilmiştir. Veriler, “Bakım Veren Bilgi Formu, Görsel Kıyaslama Ölçeği, Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Psikolojik İyi Oluş Ölçeği, Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği” ile toplanmıştır. Girişim grubuna toplam beş oturumdan oluşan Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programı uygulanmıştır. Kontrol grubundaki bakım verenlere herhangi bir girişim uygulanmamıştır. Hipotezler için Mann- Whitney U ve Wilcoxon testi kullanılmıştır.

Bulgular: Belirsizliği yönetme psikoeğitim programı sonrası, girişim grubundaki bakım verenlerin belirsizlik puanları anlamlı düzeyde azalmıştır ($p=0.001$). Bakım verenlerin girişim sonrası stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutlarından “iyimser yaklaşım” puanlarının girişim öncesine ($p=0.038$) ve kontrol grubuna göre ($p=0.023$) anlamlı düzeyde yükseldiği bulunmuştur. Girişim sonrası bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzlarından “sosyal destek arama yaklaşımı” puanlarının kontrol grubuna göre yüksek olduğu ($p=0.001$) belirlenmiştir. Girişim sonrası bakım verenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş, çaresiz, boyun eğici ve kendine güvenli yaklaşım puanlarında girişim öncesine ve kontrol grubu puanlarına göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

Sonuç: Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programının, şizofreni hastalarına bakım verenlerin belirsizlik düzeyini azaltmada, baş etmede sosyal destek arama ve iyimser yaklaşım puanlarını artırmada etkili olduğu belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: bakım veren, hemşirelik kuramı, psikiyatri hemşireliği, psikoeğitim, şizofreni

ABSTRACT

Objective: The purpose of this study is to determine the effect of the psychoeducation program based on the Uncertainty in Illness Theory on intolerance to uncertainty, psychological well-being and coping styles of caregivers of schizophrenia patients.

Method: This study that randomized controlled single blinded experimental nature, was conducted between April 2019 and August 2020 at psychiatry clinic with hospitalized schizophrenia patients caregivers, total of 54 including 27 interventions and 27 control groups. The data were collected by "Caregiver Information Form, Visual Comparison Scale, Intolerance to Uncertainty Scale, Psychological Well-being Scale, Stress Coping Styles Scale". The Uncertainty Management Psychoeducation Program, consisting of a total of five sessions was applied to the intervention group. No intervention was applied to the caregivers in the control group. Mann-Whitney U and Wilcoxon tests were used for hypotheses.

Results: After the uncertainty management psychoeducation program, the uncertainty scores of the caregivers in the intervention group decreased significantly ($p=0.001$). It was found that the "optimistic approach" scores, one of the sub-dimensions of the caregivers' coping style scale, increased significantly after the intervention ($p=0.038$), the posttest scores were higher than the control group ($p=0.023$). It was determined that the "seeking social support approach" scores, one of the sub-dimensions of the caregivers' coping style scale, were higher than the control group ($p=0.001$). No significant difference was found in the post-intervention caregivers' intolerance to uncertainty, psychological well-being, helpless, submissive and self-confident approach scores according to pre-intervention and control group scores ($p> 0.05$).

Conclusion: Managing Uncertainty Psychoeducation Program was found to be effective in reducing the level of uncertainty of caregivers of schizophrenia patients, increasing their optimistic approach and social support seeking.

Key words: caregiver, nursing theory, uncertainty, psychiatric nursing, psychoeducation, schizophrenia

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
SİMGELER ve KISALTMALAR	viii
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Şizofreni Hastalığı Olan Bireye Bakım Verme	3
2.2. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Belirsizlik ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük	7
2.3. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Psikolojik İyi Oluş	9
2.4. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Stresle Başa Çıkma	11
2.5. Mishel'in Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramı	15
2.6. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlere Yönelik Psikoeducational Girişimler	38
3. GEREÇ ve YÖNTEM	43
3.1. Araştırmanın Şekli	43
3.2. Araştırmanın Amacı	43
3.3. Araştırmanın Varsayımları	43
3.4. Araştırmanın Hipotezleri	43
3.5. Araştırmanın Değişkenleri	44
3.6. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	44
3.7. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	46
3.8. Randomizasyon ve Körleme	48
3.9. Verilerin Toplanması	55
3.10. Belirsizliği Yönetme Psikoeducational Programının Yapılandırılması	58

3.11. Ön uygulama	61
3.12. Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programının Uygulanması	62
3.13. Verilerin Değerlendirilmesi	63
3.14. Araştırma Etik Yönü	64
3.15. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları	64
4. BULGULAR	66
4.1. Bakım Verenlerin Belirsizlik, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Psikolojik İyi Oluş ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Puanlarının Grup İçi Karşılaştırılması	66
4.2. Bakım Verenlerin Belirsizlik, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Psikolojik İyi Oluş ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması	68
5. TARTIŞMA	70
5.1. BYPP'nin Bakım Verenlerin Belirsizlik ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeylerine Etkisi	70
5.2. BYPP'nin Bakım Verenlerin Psikolojik İyi Oluş Düzeylerine Etkisi	75
5.3. BYPP'nin Bakım Verenlerin Stresle Başa Çıkma Düzeylerine Etkisi	77
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
6.1. Sonuçlar	81
6.2. Öneriler	81

KAYNAKLAR

EKLER

- EK 1. Aydınlatılmış Onam Formu (Girişim Grubu)
- EK 2. Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu)
- EK 3. Bakım Veren Bilgi Formu
- EK 4. Görsel Kıyaslama Ölçeği
- EK 5. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
- EK 6. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

EK 7. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

EK 8. Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programı

EK 9. BYPP Görüşme Formu- Bakım Veren ile Örnek Psikoeğitim Süreci

EK 10.Etik Kurul Onayı

EK 11.Kurum İzin Yazısı

EK 12.Ölçek İzin Yazıları

ÖZGEÇMİŞ

143



TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 2.1.	Kuramsal önermeler	22
Tablo 3.1.	Örneklem özellikleri	47
Tablo 3.2.	Randomizasyon sonrası girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	51
Tablo 3.3.	Girişim grubu için pandemi öncesi ve sonrası ölçümlerinin karşılaştırması	53
Tablo 3.4.	Kontrol grubu için pandemi öncesi ve sonrası ölçümlerinin karşılaştırması	54
Tablo 3.5.	BYPP oturumları ve YKHBK değişkenleri	59
Tablo 3.6.	Ön uygulamaya katılan bakım verenlerin bağımlı değişkenlerine göre ön test ve son test puanları	62
Tablo 3.7.	Araştırmada kullanılan istatistiksel program ve yöntemler	63
Tablo 4.1.	Girişim grubundaki bakım verenlerin belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma tarzları puanlarının grup içi karşılaştırılması	66
Tablo 4.2.	Kontrol grubundaki bakım verenlerin belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma tarzları puanlarının grup içi karşılaştırılması	68
Tablo 4.3.	Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma tarzları puanlarının gruplar arası karşılaştırılması	69

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Mishel'in hastalıklarda algılanan belirsizlik modeli	20
Şekil 2.2.	Yeniden kavramsallaştırılan hastalıkta belirsizlik kuramı	21
Şekil 2.3.	Belirsizliğin öncülleri	23
Şekil 3.1.	Consort akış diyagramı	50
Şekil 3.2.	Araştırmanın kavramsal-teorik- deneysel yapısı	60
Şekil 3.3.	Araştırma süreci	65

SİMGELER ve KISALTMALAR

BTÖ-12 : Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

BYPP : Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programı

CONSORT : Consolidated Standards of Reporting Trials

COVID-19 : Yeni Koronavirüs Hastalığı

EKT : Elektrokonvülsif Tedavi

GKÖ : Görsel Kıyaslama Ölçeği

HBK : Hastalıkta Belirsizlik Kuramı

ITT : Intention to Treat

MUIS : Mishel Hastalıkta Belirsizlik Ölçeği (Mishel Uncertainty In Illness Scale)

PİOÖ : Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

SBTÖ : Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

TMU : Transmanyetik Uyarım

TRSM : Toplum Ruh Sağlığı Merkezi

YKHBK : Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramı

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni, beynin önemli fonksiyonları olan düşünce, duygu ve davranışlarda bozulmalara yol açarak bireylerin yaşamını olumsuz etkileyen kronik ruhsal bir hastalıktır (Varcarolis, 2013). Şizofreninin 2017 yılında 19.78 milyon kişide görüldüğü ve tüm nedenlere bağlı “yeti yitimine ayarlanmış yaşam yılı”nın % 0,51'ini oluşturduğu belirlenmiştir (He ve ark, 2020). Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde dahi öz-bakım, ilişkiler ve baş etme gibi günlük bakımı ilgilendiren bir çok alanda gereksinimleri olduğu belirlenmiştir (Taş ve Buldukoğlu, 2018). Bu durum günlük yaşamlarını bağımsız olarak sürdürmek için desteğe ihtiyaçları olduğunu göstermektedir. Bu bağlamda aileler, hastaların en yakınındaki ulaşılabilir destek unsurlarıdır. Şizofreni ile yaşamak hasta için olduğu kadar aile için de başa çıkılması zor bir durumdur. Şizofrenide bakım verenler, hastalık sürecinde umut, korku veya her ikisinin eşlik ettiği belirsiz bir gelecekle uğraşmaktadır (Williams, 2008).

Şizofreni hastalarının aileleri, tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri, öngörülemeyen semptomlar (Baier, 1995), alevlenmelerle giden hastalık seyri (Brady ve McCain, 2004), gelecekteki bakım gereksinimleri (Shiraishi ve Reilly, 2019), kendileri öldükten sonra hastalara ne olacağı (Teschinsky, 2000; Akgül Gök, 2017) ve onları bağımsız bir geleceğe hazırlamak (Young ve ark., 2019) konularında belirsizlikler yaşamaktadır. Yönetilmeyen belirsizlikler, birçok bakım veren için kontrol kaybı hissi veya sürekli bir şüphe etme ve bilmeme durumunu içeren bilişsel bir stres etkenidir (Wright ve ark., 2009). Belirsizlik, tahammül edilemez bir seviyeye ulaştığında kişi tutarsızlık ve karmaşa duygusu yaşayabilmektedir (Mishel ve Clayton, 2008). Belirsizlikle baş edememe anlamına gelen “belirsizliğe tahammülsüzlük”, bireylerin endişe ve kaygıya odaklanarak, belirsizlik yaratan durumla ilgili karar verme ve çözüm yolları bulmada güçlük çekmelerine neden olmaktadır (Lally ve Cantillon, 2014). Belirsizliğe tahammülsüzlük, bireylerin psikolojik iyi oluşlarını da olumsuz etkilemektedir (Geçgin ve Sahraç, 2017). Şizofrenide bakım verenlerin psikolojik iyi oluşlarının zayıf olduğu; hastalığı algılama şekilleri, stresle başa çıkma tarzları (Chen ve ark., 2004), bakım yükü (Gupta ve ark., 2015) ve olumsuz bakım verme deneyimlerinin (Martens ve Addington, 2001) iyi oluşlarını etkilediği bildirilmiştir.

Bakım verenlerin belirsizliği değerlendirme biçimi, hastalıkla ilgili durumlarla baş etmelerini etkilemektedir. Bakım verenlerin gereksinimlerine yönelik eğitim ve sosyal destek içeren girişimler, belirsizlik yaratan durumları daha anlaşılır ve öngörülebilir hale getirmektedir (Zhang, 2017). Hastalıkta belirsizlik kuramları, belirsizlik altında ortaya çıkan psikolojik ve davranışsal sonuçları iyileştirmek için hemşirelik girişimleri geliştirmede çerçeve sunmaktadır. Mishel (1990), yeniden kavramsallaştırdığı kuramında hastalıkta belirsizliğin yeniden değerlendirilmesinin hastalık olaylarıyla ilgili çeşitli olasılıkları teşvik ederek zaman içinde tercih edilebilir bir bilişsel durum haline gelebilmektedir. Hastalık yaşantısı boyunca kaçınılmaz ve sürekli olan belirsizlikleri yönetme; belirsizliği yaşamın bir parçası olarak görme, yaşamdaki farklı olasılıkları fark etme ve olaylara yeni bir bakış açısı getirme gibi olumlu psikolojik sonuçlar yoluyla bireyin büyümesini sağlamaktadır (Mishel, 1990; Bailey ve ark., 2004). Belirsizliği yönetme müdahaleleri; bireylerin problem çözmelerine, sağlık durumlarını yönetebilmelerine, iletişim ve baş etme becerileri geliştirmelerine yardım etme olarak tanımlanmıştır (Neville, 2003). Farklı hasta gruplarıyla yapılmış belirsizliği ele alan müdahale çalışmalarında özellikle belirsizliği yönetme başta olmak üzere psikososyal açıdan bir çok olumlu sonuç bildirilmiştir (Mishel ve ark., 2002; Bailey ve ark., 2004; Mishel ve ark., 2005; Germino ve ark., 2013).

Ülkemizde şizofrenide bakım verenlerin hastalık ve bakım verme sürecinin getirdiği belirsizlikleri yönetmesi üzerine bir müdahale çalışmasına ulaşılmamıştır. Bu bağlamda, yeniden kavramsallaştırılan kuram ve önerdiği müdahaleleri temel alan bir psikoeğitim programının bakım verenlerin yaşadıkları belirsizlikleri yönetme ve olumlu psikolojik sonuçlara ulaşmalarında etkili olacağı düşünülmektedir. Şizofreni hastalarında alevlenmeler ve belirtilerin tekrarlaması gibi klinik yatış gerektiren durumlar, bakım verenlerdeki belirsizliğin öncülü olmaktadır. Bu dönemde bakım verenlere ulaşmanın ve onların belirsizliği tanıyıp yönetmelerine yardımcı olacak müdahalelerde bulunmanın önemli olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmanın amacı, Hastalıkta Belirsizlik Kuramı'na temellendirilmiş psikoeğitimin şizofreni hastalarına bakım verenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve başa çıkma düzeylerine etkisini belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Şizofreni Hastalığı Olan Bireye Bakım Verme

Şizofreni, üretken olma zamanlarının başladığı yaşlarda bireyleri hedef alan yıkıcı bir beyin hastalığıdır. Hastalık bireyin, sağlıklı düşünme, gerçeği kavrama, dili uygun şekilde kullanma, normal duygular deneyimleme ve normal sosyal-mesleki uğraşlar edinme yeteneğini derinden bozmaktadır. Şizofreni hastalığı olan bireyler genellikle sosyal olarak izole, yabancılaşmış ve derin yetersizlik duyguları içindedir. Bu hastalığa sahip bireylerden bazıları, tıbbi tedavi ve sosyal destek ile fonksiyonlarını yerine getirirken; bazıları ise barınma, sağlığı sürdürme, ekonomik durum gibi bir çok bakımdan daha yüksek düzeyde bir desteğe gereksinim duymaktadır (Varcarolis, 2013).

Şizofreni, genellikle bireylerin henüz aileleriyle birlikte yaşadıkları genç yaşlarda ortaya çıktığından değişimleri ilk fark eden aile olmaktadır. Batı toplumlarında psikiyatri kurumundan taburcu edilen hastaların yarıdan fazlasının ailelerinin yanına döndüğü ve şizofreni tedavisinde aile katılımının önemli olduğu bildirilmiştir (Varcarolis, 2013). Ülkemizde psikiyatri hastalarının çoğu hastane bakımının ardından ailelerinin yanına dönmekte ve hastanın bakımı uzun yıllar aile içinde sürmektedir. Hastaların bakım sorunları çoğu zaman tümüyle ailenin sorumluluğuna kalmaktadır. Bu durum, aile bağlarının Türk toplumunda güçlü oluşu veya maddi olanakların yetersizliğinden kaynaklanabilmektedir. Hastada akut bir durum geliştiğinde onu hastaneye götürme ve onun için yardım arama görevi aile bireylerine düşmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Ülkemizde kültüre özgü nedenlerle şizofreni hastalarının bakım verenlerinin çoğunlukla aileler olması “aile” ve “bakımveren” kavramlarının sıkça birbirinin yerine kullanılmasına yol açmaktadır. Bu çalışmada da aile bireyleri arasından şizofreni hastalığı olan bireyin bakımından birinci derecede sorumlu olan kişi “bakımveren” olarak kabul edilmiştir.

Yeti yitimine yol açan şizofreni ile yaşamak hasta için olduğu kadar aile için de başa çıkılması zor bir durumdur. Şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin öfke, üzüntü, hayal kırıklığı (Öztürk ve Uluşahin, 2016); suçluluk ve utanç (Ceylan ve Çilli, 2015); damgalanma ve yalnızlık (Özkan ve ark., 2014), çaresizlik ve kişilerarası ilişkilerde bozulma (Orak ve ark., 2017) gibi bir çok sorun yaşadıkları bildirilmiştir. Yanı sıra hasta

olan yakınının yemeğini hazırlama, ilaçları ve yiyecekleri temin etme ve diğer gereksinimlerini karşılama konusunda da aile bireyleri bakım yükü yaşamaktadır (Riley-McHugh ve ark., 2016). Başka bir çalışmada bakım verilen hastanın hastalık süresi, bakım verilen süre ve bakım verenin cinsiyetinin sırasıyla “belirsizlik”, “öz eleştirisi” ve “duygusallık” alanlarında bakım verenlerde daha yüksek yük puanlarını öngördüğü bildirilmiştir (Adeosun, 2013).

Şizofreni hastalığının aile üzerindeki olumlu ve olumsuz etkilerini araştıran bir metasentez çalışmasında tespit edilen olumsuz etkiler; “travmatik deneyimler, kendisi ve yakını için yaşam ve sağlık beklentisinin kaybı, kişisel ve sosyal kaynakların eksikliği, belirsizlik ve öngörülemezlik, aile işlevselliğinin bozulması, hasta ve sağlık profesyoneli ile iletişimde çatışmalar, hastalığı ve nedenlerini anlamada zorluk, damgalanma ve kalıtım” olmuştur. Tespit edilen olumlu etkiler ise; “aile dayanışması, hayranlık, onaylama, sevgi, şefkat, bilgi ve beceri öğrenme, özgüven, kişisel gelişim ve takdir” olarak belirlenmiştir (Shiraishi ve Reilly, 2019). Veltman ve ark. (2002)’nin çalışmasında bakım verenler, bakım vermenin olumlu yönleri ve getirileri hakkındaki sorular karşısında şaşırdıklarını ve daha önce bu açıdan bakmadıklarını belirtmişlerdir. Bununla birlikte, çoğunluk bakım vermenin onları daha güçlü, daha sabırlı yaptığını veya aileleriyle daha fazla zaman geçirmeye yönelttiğini belirtmiştir. Bir kısmı da, insanları anlama ve onlarla ilgilenme kapasitelerinin arttığını ve başkalarına karşı daha az yargılayıcı olduklarını ifade etmiştir. Bakım verenler ortak olumsuz etkiler bildirmiş, aynı zamanda memnuniyet, sevgi ve gurur duyguları gibi faydalı etkiler de bildirmişlerdir. Ana temalar damgalanma, sağlık sistemi sorunları, öğrenilen yaşam dersleri ve hasta olan yakınlarına sevgi ve bakım vermeyi içermektedir. Bu yönleriyle çalışma daha önce bildirilmiş olan ağırlıklı olumsuz sonuçları dengelemekte ve literatüre bakım vermenin olumlu yönleri ile ilgili veri eklemektedir.

Şizofreni hastası çocuklarına bakım veren kadınların bakım verme sürecinde, hastalıkla ilgili suçluluk duygusu ve çevredekilerin hastalıkla ilgili düşünceleri konusunda sorgulamalar yaptıkları belirlenmiştir. Ayrıca bakım verenler hastanın durumuyla ilgili olarak belirsizlik yaşadıklarını bildirmiştir. Özellikle hastaların anneleri, kendilerinin ölümünden sonra çocuklarına kimin bakacağı, çocuklarının hayatının nasıl olacağı konusunda belirsizlik duygusundan kaynaklanan endişeler yaşamaktadır (Akgül Gök,

2017). Şizofreni hastalarının ebeveynleriyle yapılan başka bir çalışmada katılımcılar, çocuklarının hastalığına ilişkin belirsizlik dönemlerini ve ebeveynlik uygulamalarındaki değişiklikleri ifade etmiştir. Karşılaştıkları zorlukların bireyler üzerinde ciddi psikolojik sıkıntı yarattığı belirlenmiştir (Young ve ark., 2019).

Şizofreni hastalarının eşleri, hastaların azalan becerileri nedeniyle, ailede daha önce hastaya ait olan, alışık olmadıkları ve cinsiyete özgü ek görevler üstlenmektedir. Günlük yaşamda sık karşılaşılan bir başka yük ise eşler arasında artan çatışma potansiyelidir. Özellikle hasta eşin saldırgan ve kışkırtıcı davranışlara meyilli olduğu durumlarda çatışmalar artmaktadır. Sürekli çatışmalar ve bozulan iletişim eşler arasında duygusal yabancılaşmaya yol açarak cinsel yaşamı da olumsuz etkilemektedir (Jungbauer ve ark., 2004).

Şizofreni hastalığının seyrinde önemli bir etken olduğu kanıtlanmış olan duygu dışavurumu da yine aileyi ilgilendiren önemli konulardan biridir. Yüksek duygu dışavurumu olan aileler, başa çıkma stratejilerini kullanmada iyi değildirler. Yüksek duygu dışavurumu gösteren ailelerle birlikte yaşayan hastaların, aile bireyleri ile iletişim kurmakta zorluk çektikleri ve bu durumun hastalarda strese neden olduğu belirlenmiştir. Ayrıca aile bireylerinin kendilerinin de stres düzeylerinin yüksek olduğu ve düşük duygu dışavurumu gösteren ailelere göre kendilerini daha fazla yük altında hissettikleri bildirilmiştir. Düşük duygu dışavurumu gösteren aileler ise hastanın yaşadığı belirtilere inanmakta ve yüksek duygu dışavurumu gösteren ailelerin aksine, hastayı hastalığından ve hastalık belirtilerinden sorumlu tutmamaktadırlar (Yüksel, 2007). Kara'nın (2014) çalışmasında ilk atak sonrasında en az bir kez hastalık nüksü olan şizofreni hastalarında hem hastanın hem de yakınının duygu dışavurum düzeyi daha yüksek bulunmuş, psikotik belirti şiddeti ile duygu dışavurumu arasında da pozitif yönde ilişki olduğu belirlenmiştir.

Şizofrenide bakım verenlerin, hastalığın etkisiyle olumlu veya olumsuz bir çok değişim yaşadıkları görülmektedir. Bunun yanında bakım verenlerin ruhsal sorunlar yaşama açısından riskli grupta oldukları ve bu nedenle izlenmeleri gerektiği de bilinmektedir (İnan ve Duman, 2013; Harmancı ve Duman, 2016). Bakım verenler de bu süreçte daha fazla formal desteğe ve ruh sağlığı profesyonelleriyle daha iyi iletişim kurmaya gereksinim duyduklarını belirtmiştir (Özkan ve ark., 2014; Landon ve ark., 2016). Toplum Ruh

Sağlığı Merkezleri (TRSM) Hakkında Yönerge (2014)'de merkezlerdeki hemşirenin de içinde olduğu personelin hasta ailelerine yönelik görev ve sorumlulukları “ailelere yönelik psikososyal müdahaleleri yürütme ve ruhsal bozukluklarla ilgili eğitim verme” olarak belirtilmiştir. Türkiye’deki TRSM’lerin profilini inceleyen bir çalışmada (Bilge ve ark., 2016), merkeze kayıtlı danışanların yalnızca %7.8’inin sürekli merkeze geldiği, bunun merkezlerin işlevselliğinin tam olarak bilinmemesi ile ilgili olabileceği belirtilmiştir. Merkezlerde danışan ve ailesine yönelik görüşme, eğitim, danışmanlık, uğraş tedavisi, ev ziyaretleri, tedavi ve poliklinik hizmetleri verildiği bildirilmiştir. Bir toplum ruh sağlığı merkezinde verilen hizmetleri inceleyen başka bir çalışmada (Saruç ve Kılıç, 2015) ise ailelere sosyal ve hukuki hakları konusunda bilgilendirme dışında herhangi bir müdahale yapılmadığı bildirilmiştir. Hemşirelik Yönetmeliği’nde (2011) psikiyatri klinik hemşiresinin aileyi kapsayan görev, yetki ve sorumlulukları; “bireyi/aileyi başka disiplinlerden danışmanlık alması için yönlendirme, kullanabileceği destek sistemleri ve toplum kaynakları konusunda bilgilendirme, bireyi ve aileyi desteklemede stresle baş etme, damgalanma, kişiler arası ilişkiler, farkındalık, girişkenliği artırma, problem çözme ve sosyal beceriler edinme gibi konularda psikoeğitim programları planlama ve uygulama, hasta ve ailesine ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri yapma” olarak belirlenmiştir. Ülkemizde ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerine verilen hizmetler zaman zaman sınırlı kalabilmektedir.

Ailelere yönelik koruyucu ve destekleyici hizmetlerin sınırlılığı, aileleri ele alan kanıt düzeyi yüksek psikososyal müdahale çalışmaları yapılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Bakım vermenin, şizofreni hastalarının aileleri üzerindeki etkilerini belirlemek, yalnızca aile üyelerinin iyi oluşu için değil hastaların sağlığı için de gereklidir. Bakım verenlerin hem birey olarak hem de bakım veren rolü çerçevesinde güçlendirilmesi, toplumun ruh sağlığını sürdürmek açısından önemlidir. Bu nedenle sağlık profesyonellerinin ailelerle daha fazla doğrudan çalışması ve sonuçları tedavi ve bakıma entegre ederek sürdürmesi önerilmektedir (Caqueo-Urizar ve ark., 2017).

2.2. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Belirsizlik ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük

Lovecraft (1927)'a göre “insanlığın en eski ve en güçlü duygusu korku, en eski ve en güçlü korku ise bilinmeyen korkusudur”. Bilinmeyen korkusunun, çok temel bir insani korku olduğu kabul edilmektedir (Akt. Carleton, 2012b). Belirsizlik, kavram olarak bir olayın sonucunu bilmeme ve gelecekle ilgili beklentilerin net olmaması gibi anlamlara gelmektedir. Belirsizlikle ilgili çeşitli alanlarda bir çok tanım yapılmıştır. Bu tanımlardan bazıları; “var olan anlamın kaybı”, “hayatın amacının ve yönünün kaybolduğu algısı”, “potansiyel olarak zararlı bir olayla yüzleşmeden önceki bekleme süreci” ve “herhangi bir durumu kontrol edememekten kaynaklanan yetersizlik duygusu” şeklindedir (Küçükkömürler, 2017; Öz, 2001).

Hastalık yaşantısı bağlamında belirsizliği tanımlayan Mishel (1990)'e göre belirsizlik hastalıkla ilgili olayların anlamını belirlemede yetersizliktir. Kronik hastalıklarda yaşanan belirsizlik, bireylerin sürekli nüks veya alevlenme risklerini ve bilinmeyen bir geleceği sorguladığı koşullarla yaşama durumu olarak tanımlanmıştır. Mishel (1990), bir kronik hastalığın, doğası gereği, semptomları ile ilgili belirsizlikten, daha geniş yaşam sorunları ve değer verilen hedeflere ulaşma konusundaki belirsizliğe kadar birçok alanda belirsizlik yarattığını öne sürmektedir. Hastalık yaşantısındaki belirsizlik algısını etkileyen çeşitli faktörler; bilinmeyen olaylar, tahmin edilemeyen bulgular, bilgi eksikliği, anlaşılır olmayan açıklamalar, kontrol edememe hissi, süregiden durumdan sapmalar, tedavi etkinliğinin ve hastalık prognozunun belli olmaması durumudur (Öz, 2001). Şizofreni hastalarının bakım verenleri tedavide kullanılan ilaçların yan etkileri, tutarsız ve öngörülemeyen semptomlar (Baier, 1995), alevlenmelerle giden hastalık seyri (Brady ve McCain, 2004), hastanın davranışın tahmin edilemezliği, gelecekteki bakım gereksinimleri (Shiraishi ve Reilly, 2019), kendileri öldükten sonra hastalara ne olacağı (Teschinsky, 2000; Akgül Gök, 2017) ve onları bağımsız bir geleceğe hazırlama (Young ve ark., 2019) konularında belirsizlikler yaşamaktadır. Bakım verenler, hasta olan yakınlarının hastalığı süresince genellikle “umut, korku veya her ikisinin eşlik ettiği belirsiz bir gelecekle” uğraşmaktadır (Williams, 2008). Belirsizlik, psikolojik ve fiziksel sonuçlarla birlikte güçlü bir stres kaynağı olup yüksek düzeyde algılanan belirsizlik yüksek kaygı, depresyon ve düşük yaşam kalitesi ile ilişkili bulunmuştur (Bailey ve ark., 2009).

Literatürde belirsizlik ve onun beraberinde getirdiği olumsuz etkiler “belirsizliğe tahammülsüzlük” kavramı ile adlandırılmıştır (Akt. Sarıçam ve ark., 2014). Belirsizliğe tahammülsüzlük, “belirsiz olay ve durumlara karşı bilişsel, duyuşsal ve davranışsal açıdan olumsuz tepki verme yatkınlığı” olarak tanımlanmıştır (Sarı ve Dağ, 2009). Belirsizliğe tahammülsüzlüğün kaygının yordayıcılarından biri olduğu bilinmektedir. Kaygının, “gelecekteki bir tehdit, tehlike ya da olumsuz olaylarla ilgili kontrol edilemezlik duygusundan” kaynaklandığı varsayılmaktadır. Buna göre belirsizliğe negatif tepkiler olarak bilinen “belirsizliğe tahammülsüzlüğün” tüm anksiyete bozuklukları için geçerli olan bir yapı olduğu düşünülmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlük, belirsizlik ve değişimle baş etmede yetersizlik inancını da içermektedir (Carleton, 2012a). Belirsizliğe tahammül edemeyen bireyler, belirsiz durumları stresli ve tehdit edici olarak yorumlama ve belirsizlik karşısında çalışmayı zor bulma eğilimindedir (Carleton, 2012b). Bireyler, söz konusu belirsizlik durumundan kurtulmak için karar verme ve çözüm yolları bulmada güçlük çekmektedir (Buhr ve Dugas, 2009). Belirsizliğe tahammülsüzlük düzeyleri yüksek olan bireylerin, psikolojik iyi oluş düzeylerinin düşük olduğu belirlenmiştir (Geçgin ve Sahranç, 2017). Bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin azalması ise yaşamdaki belirsizlikleri kabul ettiklerini göstermektedir.

Belirsizliğin etkileri literatürde çoğunlukla olumsuz olarak tanımlanmıştır. Diğer yandan belirsizliğin bazı olumlu getirileri de bulunmaktadır. Belirsizliğin yalnızca başa çıkılması gereken bir problem olmadığı; yeni fırsatlar ve keşifler dolayısıyla yaratıcılığın kaynağı da olabileceği belirtilmiştir (Küçükkömürler, 2017). Kronik hastalık yaşantısı sürecinde belirsizlik yaşayan bireyler, belirsizliği yeni bir yaşam görüşü oluşturmada kullanabilirler. Bu durumda belirsizlik, onların sınırlı seçeneklerden oluşan bir yaşam görüşünden, esneklik ve çoklu fırsatlardan oluşan daha karmaşık bir yaşam görüşüne geçmelerinde katalizör görevi görür (Mishel, 1990).

Ülkemizde belirsizlik ve belirsizliğe tahammülsüzlük ile ilgili çalışmalar incelendiğinde bu kavramı değerlendirecek ve yorumlayacak az sayıda ölçme aracı ve çalışmaya rastlanılmıştır. Belirsizlik ve belirsizliğe tahammülsüzlük kavramlarının endişe, kaygı, obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon gibi psikopatolojik yapılarla ilişkili bulunmasından dolayı, düzeylerinin belirlenmesinde ve değerlendirilmesinde geçerli ve

güvenilir ölçme araçlarına ihtiyaç duyulmaktadır (Sarıçam ve ark., 2014). Literatürdeki belirsizlikle ilgili ölçme araçları; Buhr ve Dugas tarafından 2002’de geliştirilen Sarı ve Dağ (2009) tarafından Türkçeye uyarlanan 27 maddelik Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Sarıçam ve ark. (2014) tarafından geliştirilen Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğinin Kısa Formu (BTÖ-12) ve Belirsizliğe Karşı Tutum Ölçeğidir (Ersanlı ve Uysal, 2015). Ülkemizde bu ölçekler kullanılarak yapılmış, hasta ve bakım veren gruplarında belirsizliğe tahammülsüzlüğü değerlendiren bir çok çalışma mevcuttur. Ancak şizofreni hastalarının bakım verenlerinde “belirsizliğe tahammülsüzlük” kavramıyla ilgili herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Kagan’dan (1972) başlayarak farklı araştırmacılar belirsizlik yönetiminin ya da belirsizliği azaltma ihtiyacının temel bir motivasyon olduğundan bahsetmektedir (Akt. Küçükkömürler, 2017). Yaşamdaki belirsizlikler gibi kronik hastalık sürecindeki belirsizlikleri de kontrol etmek mümkün olmamaktadır. Bu nedenle belirsizlikleri dışlamak yerine onları tanıyıp yönetmeye çalışmak gerekmektedir. Bu doğrultuda, bireylerde belirsizlik yaratan durumları tanımak ve belirsizlikle ilgili değerlendirmelerini yeniden yapılandırarak belirsizliğe tahammülsüzlüklerini azaltmak gerekmektedir. Belirsizliği yönetmeye dair farklı kuramcıların çalışmaları ve çeşitli müdahaleler bulunmaktadır. Bu tez çalışmasında belirsizliği yönetme ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü ele almada kullanılacak müdahaleler YKHBK’ya temellendirilmiştir. Bu kurama göre; kronik belirsizliği yönetmede temel amaç, belirsizliğin normalleştiği ve yaşamın bir parçası haline geldiği yeni bir bakış açısı kazandırmaktır. Buna yönelik müdahaleler ise; belirsizlik yaratan durumlarla ilgili bilgilendirme, iletişim ve problem çözme becerileri geliştirme ve bilişsel yeniden yapılandırmadır (Yu ko ve Degner, 2008).

2.3. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Psikolojik İyi Oluş

Psikolojik iyi oluş, yaşamda karşı karşıya kalınan varoluşsal sıkıntıları (anamlı amaçları sürdürme, kişisel gelişim ve diğerleri ile nitelikli ilişkiler kurma gibi) yönetme olarak tanımlanmıştır (Keyes ve ark., 2002). Ryff (1989)’ın ileri sürmüş olduğu psikolojik iyi oluş modelinde altı boyut bulunmaktadır. Bunlar; öz-kabul, diğerleri ile pozitif ilişkiler, özerklik, çevresel kontrol, yaşam amacı ve kişisel gelişimdir (Akt. Telef, 2013). Psikolojik iyi oluş ile ilgili ölçme araçları; Diener ve ark. tarafından 2009’da geliştirilip Telef (2013)

tarafından Türkçe'ye uyarlanan Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ), Ryff (1989) tarafından geliştirilen ve Türkçe'ye uyarlama çalışması Akın (2008) tarafından yapılan Psikolojik İyi Oluş Ölçekleri'dir.

Şizofreni hastalarının aile üyeleri, hastaların bakımında kendi iyi oluşlarını olumsuz olarak etkileyecek çok büyük roller üstlenmektedir (Adeosun, 2013). Bakım verenlerde psikolojik iyi oluş ve bakım yükünü ölçen bir çalışmada; yaşlı bakım verenlerde ve eğitim düzeyi daha düşük olanlarda psikolojik iyi oluşun düşük olduğu bulunmuştur. Kardeşlerde iyi oluş yüksek iken, eşlerin iyi oluş puanları daha düşük bulunmuştur. Yük ile psikolojik iyi oluş arasında güçlü bir negatif korelasyon saptanmış, bu da daha yüksek düzeyde bakım yükünün daha zayıf psikolojik iyi oluşa neden olduğunu göstermiştir (Gupta ve ark., 2015). Şizofreni hastalarının bakım verenlerinde problem çözme ve inkar gibi baş etme yöntemleri, dini inanç düzeyi ve algılanan yükün, psikolojik iyi oluşun önemli belirleyicileri olduğu ortaya konmuştur (Rammohan ve ark., 2002).

Ehsan ve ark. (2018)'nin şizofreni hastalarının bakım verenlerinde bakım yükünün, psikolojik iyi oluş ve depresyon ile ilişkisini araştırdığı çalışmada bakım verenlerde iyi oluşun sağlıklı kontrollerin iki katı oranında düşük, depresyonun ise yedi kat yüksek olduğu bulunmuştur. Bu sonuçlar bakım verenlerin ruhsal hastalık açısından risk grubunda olduğunu ve diğer aile üyeleri, toplum ve sağlık hizmeti verenlerin özel bakım desteğine gereksinimleri olduğunu göstermektedir. Benzer bir çalışmada şizofreni hastalarının aile bireylerinde, olumsuz bakım verme deneyimlerinin, zayıf psikolojik iyi oluşu öngördüğü saptanmıştır. Bu olumsuz bakım verme deneyimleri; hastadaki zor davranışlar ve negatif semptomlar, stigma, sağlık hizmeti ile ilgili problemler, bağımlılık, kayıp, destek ihtiyacı ve hastalığın aile üzerine etkileridir. Bakım verenlerin iyi oluşunu etkileyen faktörlerin anlaşılması, öncelikle bakım verenlerin ruh sağlığı için önemli olmakla birlikte aile içindeki stres faktörünün kontrolüne de yardımcı olarak aile kurumunun devamlılığını sağlayacaktır (Martens ve Addington, 2001).

Şizofreni hastalarının yakınlarının psikolojik iyi oluşlarını ve etkileyen faktörleri araştıran başka bir çalışmada yaşam kalitesi ve psikiyatrik morbidite, psikolojik iyi oluşu temsil edecek şekilde kullanılmıştır. Kontrol grubuyla karşılaştırıldığında şizofreni hasta yakınlarının psikolojik iyi oluşu daha zayıf bulunmuştur. Hastaların pozitif semptomları

ile bakım verenlerin iyi oluşu arasında önemli bir ilişki saptanmıştır. Bakım verenlerin yaşam kalitesi ve psikiyatrik morbiditesinin, hastalıkla ilgili bilgileri ve nedensel atıflarından etkilendiği belirlenmiştir. Bakım verenler ve hastaların bir bütün olarak düşünülmesi ve psikoeğitim verilmesinin bakım verenlerdeki olumsuz psikolojik etkileri azaltacağı öngörülmektedir (Chen ve ark., 2004).

Şizofreni hastalarına verilen bakımın kalitesi, birincil bakım verenlerine bağlı olduğundan, bakım yükünü azaltacak ve bakım verenlerin psikolojik iyi oluşunu artıracak müdahalelerin planlanması zorunlu hale gelmektedir (Gupta ve ark., 2015). Bir çalışmada şizofreni hastalarına uzun süredir bakım veren bireylerin büyük çoğunluğunun bu süreçte yaşanan güçlüklerle başetmelerine yardımcı olacak, sürekliliği olan eğitim programı ya da gruplarda yer almadıkları belirlenmiştir. Bu durum hastalıkla mücadelede çoğunlukla profesyonel destek alamadıklarının ve hastalığın olumsuz etkilerini daha çok yaşadıklarının bir göstergesidir (İnan ve Duman, 2013).

Eğitimsel müdahalelerin, aile üyelerinin bilgi kazanmalarının yanı sıra psikolojik iyilik hallerinde yükselmeye neden olduğu bilinmektedir (Stengard, 2003). Şizofrenide ailelerin hastalık bilgisinin, onların yaşam kalitesinin önemli bir belirleyicisi olduğu kanıtlanmıştır. Psikoeğitimin de bakım verenlerin hastalık bilgisini geliştireceği bilinmektedir. Psikoeğitimin, şizofrenide bakım verenlerin baş etme becerilerini güçlendirdiği ve iyi oluşlarını artırdığı, aile müdahale programları oluşturulurken göz önünde bulundurulmalıdır. Psikoeğitim aracılığıyla, bakım verenlerin zihinsel ve fiziksel sağlık durumunu geliştirerek yaşam kalitelerini yükseltmek mümkündür (Chen ve ark., 2004).

2.4. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Stresle Başa Çıkma

Bireylerin kendileri için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü “başa çıkma” olarak tanımlanmaktadır. Söz konusu durumlara karşı kişinin kullandığı başa çıkma tutumları yaş, cinsiyet, kültür ve hastalık gibi çok çeşitli etkenlere bağlı olarak bireye özgü bir nitelik taşımaktadır (Köroğlu ve Hocaoğlu, 2017). Şizofreni hastalığı olan bireye bakım vermenin aileler için son derece stres verici olduğu bilinmektedir. Bu stres, sadece bakım verenin iyi oluş hali ve hastayı destekleme becerisini değil, aynı zamanda hastanın iyi oluşu ve hastalığın seyrini de etkilemektedir

(İnan ve Duman, 2013). Kronik bir hastaya bakım vermenin getirdiği zorluklar bakım verenlerin baş etme becerilerini aştığında, bu durum tükenme, hastadan vazgeçme, onu reddetme ve hatta istismara yol açabilmektedir (Herzog, 2013). Bakım verme sürecinin getirdiği olumsuz duygu ve deneyimler, şizofreni hastalarına bakım verenlerin psikolojik iyi oluşlarını ve başa çıkma becerilerini zayıflatmaktadır (Gupta ve ark., 2015).

Şizofreni hastasına bakım verenlerde ruh sağlığında bozulmanın önemli belirleyicilerinden biri, yaşanan stres karşısında kullandığı başetme yöntemidir. Etkili başetme yöntemlerinin kullanımı daha iyi ruhsal sağlıkla ilişkilidir. Bu noktada bakım verenlerin ruh sağlığını koruma ve geliştirmede etkili olan baş etme yöntemlerinin tanımlanması önem kazanmaktadır (İnan ve Duman, 2013). Bakım verenlerin, hastalık sürecinin getirdiği stresle baş etmek için etkili başa çıkma stratejileri kazanması gerekmektedir (Rammohan ve ark., 2002).

Başa çıkma tutumları, bakım vermenin kişi üzerinde oluşturduğu stresin seyrini etkileyerek sorunun çözümünü daha zor hale getirebilmektedir. Bu nedenle kişinin stresli durumla başa çıkma tutumlarını bilmek, tedavi hedeflerinin belirlenmesinde yardımcı olacaktır. Baş etme stratejileri, “işlevsel olan ve olmayan” şeklinde sınıflandırılır. İşlevsel baş etme stratejileri; problemle aktif baş edebilmek için destek arama, somut çözüme yönelik davranışlarda bulunma veya olası çözümleri araştırma şeklindedir. Stresli durumun görmezden gelinmesi ve konuya ilişkin olası çözümlerin araştırılmaması ise işlevsel olmayan stratejiler arasındadır (Köroğlu ve Hocoğlu, 2019). Başa çıkma tutumları ile ilgili bir diğer sınıflandırma; “probleme odaklı yöntemler” ve “duyguya odaklı yöntemler” şeklindedir. Probleme odaklı yöntemler, sorunu ortadan kaldırmaya yönelik aktif çabaları içerirken, duyguya odaklı yöntemler istenmeyen bir olaya bağlı olarak yaşanan duyguları ortadan kaldırma çabasını içermektedir. Sürekli olarak duyguya odaklı bir yöntem kullanıldığında, sorun ortadan kalkmamakta ve bakım veren için kronik bir stresör haline gelmektedir (İnan ve Duman, 2013).

Şizofreni hastalarının bakım verenlerinde “bakım verme deneyimi” ve “baş etme yöntemlerini” araştıran bir çalışmada olumlu bakım verme deneyimleri ile işlevsel baş etme stratejileri arasında, olumsuz deneyimler ile işlevsel olmayan stratejiler arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Bakım verme deneyimleri ve

baş etme stratejileri arasındaki ilişki, bakım verme deneyiminin yalnızca hastalığın kendisinden kaynaklanmadığını göstermektedir. Bakım veren bireylerin daha iyi baş etmelerine yardım edilmesi, bakım verme deneyimlerini geliştirecektir (Doval ve ark., 2018).

Ganguly ve ark. (2010)'nın yapmış oldukları çalışmada, bipolar ve şizofreni hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinin yükleri ve baş etme durumları araştırılmıştır. Bu çalışmada bakım verenlerin benzer sosyo-demografik geçmişleri olup kronik ruhsal hastalıkları olan kişilere baktıklarından homojen bir grup olarak kabul edilmiş ve bulgular ayrıştırılmadan sunulmuştur. Buna göre bakım verenlerin bakım verme ile ilgili fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve finansal yükler yaşadıkları belirlenmiştir. Bakım verenlerin, hasta bireyin davranışlarına bağlı olarak hem duygu odaklı hem de sorun odaklı başa çıkma stratejileri kullandıkları saptanmıştır. Araştırmaya katılan bakım verenler; “merhamet duygusuyla bakım verme sürecini devam ettirme, gelecekte bir şeylerin düzeleceğini umut etme, Tanrı ile olan bağını güçlendirme, dini ritüellere katılma ve benzer sorunları olan diğer insanlara yardım etmeyi” içeren çoklu baş etme stratejileri kullandıklarını ifade etmişlerdir. Manevi yardım istemek en yaygın baş etme yöntemi olarak ortaya çıkmıştır. Bakım verenler daha iyi başa çıkabilmelerinde sağlık uzmanlarından yardım beklediklerini belirtmişlerdir.

Şizofreni hastalarının bakım verenlerinde yük ve başa çıkmayı araştıran bir çalışmada iki değişken arasında istatistiksel anlamlılık bulunmasa da önemli bulgular elde edilmiştir. Bakım verenlerin yüksek yük düzeyine sahip oldukları, buna yol açan faktörlerin ise “düşük gelirli olma, bakım vermenin yanı sıra kendi işleriyle de uğraşma, uzun süre bakım verme, bakım verenin yaşının artması ve kaynak eksikliği” olduğu saptanmıştır. Bakım verenlerin zayıf yönetim şekilleri, hastalarla sık sık çatışmalarına yol açmaktadır. Yanı sıra hasta bireye yardımcı olmaya öncelik verirken kendi günlük temel ihtiyaçlarını karşılayamadıkları için bakım verenlerin kendilerini “tuzağa düşmüş hissettikleri” belirlenmiştir. Bulgular, bakım verenlerin arkadaşlarından ve akrabalarından yardım almayı, sağlık çalışanlarından yardım almaya tercih ettiklerini göstermiştir (Tan ve ark., 2012).

Şizofreni hastası çocuklarına bakım veren kadınlardan hastalık hakkında yeterli bilgi sahibi olmayanların, hastalığın ilk aşamasında, hastada görülen semptomlara farklı anlamlar yükledikleri, hastaya yönelik kendi içgüdüleriyle hareket ettikleri belirlenmiştir. Hastalık teşhisi konulduğunda, büyük çoğunluğu özellikle çaresizlik ve belirsizlik duygusu yaşadıklarını belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan kadınların büyük çoğunluğu, bakım sorumluluğunu büyük ölçüde kendileri üstlenmişlerdir. Bakım veren kadınlar, her ne kadar bakım vermenin güçlüklerini ifade etseler de, kendi rollerinin bir parçası olarak bakım verme rolünü içselleştirmişlerdir. Hastalık hakkında bilgi sahibi olma durumu, bakım veren kadınların baş etme stratejilerini etkilemektedir. Sosyal çevreden, eşten ve aileden alınan desteğin, kadınların psikolojik durumu üzerinde olumlu bir etki yarattığı gösterilmiştir (Akgül Gök, 2017).

Şizofreni hastalarının ailelerinde başa çıkma tutumlarını inceleyen başka bir çalışmada en sık kullanılan başa çıkma tutumlarının “pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, aktif başa çıkma, plan yapma” olduğu bulunmuştur. Başa çıkma tutumları ile yaş arasındaki ilişkide hasta yaşı ilerledikçe sorunların gerçekliği konusunda daha fazla bilgi sahibi olduğundan, hasta yakınlarının kabullenme tutumunun arttığı belirlenmiştir. Yanı sıra bakım verme süresi ile “plan yapma, şakaya vurma, aktif başa çıkma ve pozitif yeniden yorumlama” alt ölçek puanları arasında negatif yönde; “davranışsal olarak başa çıkma ve inkar puanlarıyla” ise pozitif yönde bir ilişki olduğu bulunmuştur. Sorun odaklı başa çıkma tutumları kullanıldıkça aile yükünde azalma olduğu belirlenmiştir (Köroğlu ve Hocaoglu, 2019).

Bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun baş etmede kullanılan yöntemlerle ilişkisini inceleyen bir çalışmada stres karşısında probleme odaklı başetme yöntemi kullanıldığında ruh sağlığının iyi olduğu; sürekli olarak çaresiz yaklaşım, boyun eğici yaklaşım gibi duyguya odaklı bir yöntem kullanıldığında ruhsal hastalık riskinin arttığı belirlenmiştir (İnan ve Duman, 2013). Benzer bir çalışmada baş etmede problem çözme ve sosyal destek aramanın, bakım verenlerin psikolojik iyi oluşunu artırdığı belirlenmiştir (Gupta ve ark., 2015).

Sonuç olarak; şizofreni hastalarının ailelerinin hastalığın her aşamasında bir çok psikososyal sorunla karşılaştıkları ve genellikle yeterli bilgi ve donanıma sahip

olmadıkları için bu sorunlarla baş etmede desteklenmeye gereksinim duydukları düşünülmektedir. Hastalık belirtilerinin kontrol altına alınması ve hastaların sosyal işlevselliklerinin artırılmasının yanı sıra, bakım verenlerin sağlık çalışanı desteğini de içeren sosyal destek almalarını, yaşayabilecekleri sorunlar konusunda önceden bilgilendirilmelerini ve baş etme stratejileri geliştirmelerini sağlamak, bakım verenlerin ruh sağlığını koruma ve aile yükünü azaltmada önemli girişimlerdir.

2.5. Mishel'in Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramı

Hastalıkta belirsizlik kuramları, bir hastalık süreciyle ilgili belirsizlik yaşayan bireylerde psikolojik ve davranışsal sonuçları geliştirecek müdahalelerin seçilmesinde sağlık profesyonellerine bir çerçeve sunmaktadır. Bu kurama göre, hastalık bileşenleri, tedaviyle ilişkili uyaranlar ve hastalıkla ilgili olaylar; tutarsızlık, rastlantısallık, karmaşıklık, öngörülemezlik ve bilgi eksikliği gibi özellikler taşıdığında hastalığı yaşayan bireyler ve bakım verenlerinde belirsizlik ortaya çıkmaktadır. Bu orta düzey kuram, anlamsızlıktan kaynaklanan belirsizlik ortaya çıktığında kişilerin hastalık için anlam inşa etme durumlarını açıklamaktadır (Mishel, 1988).

Kuramın ilk tasarımı daha çok akut durumlar açıklanmış ve belirsizliğin sonunda netlik ve uyuma doğru bir yönelim olması gerektiği savunulmuştur. Kronik hastalık koşullarıyla yaşayan bireyler için ise belirsizlik sürekli ve değişkendir. Mishel bu çelişkinin bir sonucu olarak kuramı; belirsizliğin nasıl yeniden değerlendirildiğine ve kronik rahatsızlığı olan kişilerde zamanla nasıl değiştiğine yanıt olarak yeniden kavramsallaştırmıştır. Kuram, belirsizliğin çözülmeyebileceği, ancak bireyin gerçekliğinin bir parçası olabileceği fikrini içerecek şekilde genişletilmiştir (Bailey ve ark., 2007). Bu ayrım; kronik belirsizlik yaşayan bireylerin deneyimlerinin, akut bir hastalık yaşayan veya aktif tedavi gören bireylerin yaşadığı belirsizlik deneyiminden farklı olacağı görüşüne dayanmaktadır. Akut rahatsızlıkları olan hastalar, tedavinin etkinliği veya hastalık seyri hakkında daha sık bilgilendirilerek belirsizliklerini yönetebilir duruma gelmektedir. Bununla birlikte, kronik veya tedavi edilmemiş hastalıkları olan bireyler ise aktif tedavi döneminde olmadıklarından sağlık profesyonelleri ile iletişimleri daha seyrek ve yetersiz kalabilmekte ve bilgi kaynaklarını kullanamamaktadır (Mishel ve ark., 2002).

Mishel'in yeniden kavramsallaştırılmış kuramında belirsizliğin öncülleri de belirsizliğin bilişsel değerlendirme süreci de değişmez. Belirsizlik bir kişinin hayatının neredeyse her alanını kapladığı zaman etkileri yoğunlaşır ve sonunda sistemin kararlılığını bozmaya başlar. Sürengen belirsizliğin yarattığı düzensizliğe yanıt olarak, sistemin hayatta kalması için nihayetinde değişmesi gerekir. Kronik belirsizlik koşulları altında, kişi yavaş yavaş belirsizliği caydırıcı olarak değerlendirmekten uzaklaşarak, onu gerçekliğin bir parçası olarak kabul eden yeni bir yaşam görüşünü benimser. Bu nedenle, özellikle kronik veya yaşamı tehdit eden hastalıktaki belirsizlik, belirsiz deneyimlerden kaynaklanan büyüme ve değişimi içeren yeni bir organizasyon düzeyi ve hayata yeni bir bakış açısı ile sonuçlanabilir (Bailey ve Stewart, 2014).

Yeniden kavramsallaştırıldığı haliyle kurama dayalı müdahaleler; bireylerin belirsizliğe bakış açılarını değiştirerek, yeni bir yaşam görüşüne ulaşmalarını amaçlamaktadır. Meme kanseri başta olmak üzere kanser, HIV, diyabet ve kardiyovasküler hastalığı olan bireyler ve onların bakım verenleriyle yapılan çalışmalar, bireylerin belirsizlikleri olumlu bir şekilde kullanabildiğini göstermiştir (Mishel ve ark., 2002). Şizofreni hastalığı; alevlenme, tekrarlı yatış ve dirençli belirtiler döngüsünde birey ve ailesinin yaşamına yönetilmesi zor bir çok belirsizlik getirmektedir (Gerson ve Rose, 2012; Loch ve ark., 2014). Bu bulgular, şizofreni hastalığında bakım verenlerin yaşadıkları belirsizliği yönetmek için, YKHBK'ya dayalı müdahaleleri içeren bir psikoeğitimsel müdahaleyi test etmeye destek vermektedir.

2.5.1. Kuramın Gelişimi ve Dayandığı Temeller

Hemşire kuramcı Merle Mishel'in Hastalıkta Belirsizlik Kuramı'nı geliştirmesi, literatürdeki belirsizlik konusu ile ilgili araştırmaların, bilişsel süreçlerin, klinik verilerin ve meslektaşlarla yapılan tartışmaların bir sentezidir. Kuramcı, psikiyatri hemşireliğinde master, sosyal psikoloji alanında master ve doktora yapmıştır. Mesleki kariyerinin erken dönemlerinde akut bakım ve toplum birimlerinde psikiyatri hemşiresi olarak çalışmıştır. Hastalıkla ilgili olayların değerlendirilmesini etkileyen algısal bir değişken olarak belirsizliğin, stres yanıtı oluşturmadaki rolünü araştırmayı amaçlayan Mishel, bilişsel değerlendirme kuramı ve birçok kuramcının çalışmalarını kullanmıştır. Mishel, ilk olarak 1981'de Hastalıkta Algılanan Belirsizlik Modelini geliştirmiş ve hastaların hastalıkla ilgili

uyaranları bilişsel olarak nasıl işlediklerini ve olaylara ne anlam yüklediklerini tanımlamıştır (Mishel, 1981). Kuramdaki temel kavram olan “hastalıkta belirsizlik”; genellikle “semptomların belirsizliği ve öngörülemezliği, iyileşme ve alevlenmelerle giden değişken hastalık seyri, eksik tanılama, karmaşık açıklamalar, bilgi eksikliği ve sağlığa yönelik ilerlemeyle ilgili belirsiz geri bildirimler” gibi kavramlarla ilişkilendirilmiştir. Hastalık ve hastaneye yatma durumlarının her yönüne yayılmış olan belirsizlikle ilgili yeterince kavramsallaştırma ve ölçüm aracı yapılmamış olduğundan Mishel, “Mishel Uncertainty in Illness Scale” (MUIS) ölçeğini geliştirmiştir. Kuramın ilk hali de kuramcının geliştirdiği bu ölçüm modelinden revize edilerek 1988’de yayınlanmıştır (Mishel ve Clayton, 2008).

Kuramcı, kuramını geliştirirken psikoloji disiplini içinde yer alan ve belirsizliği “bir olayın iç temsili veya olayla ilgili bilişsel şema oluşturmak için gerekli işaretlerin yetersizliğinden kaynaklanan bilişsel durum” olarak tanımlayan bilgi işleme modelleri ve kişilik araştırmalarından yararlanmıştır. Lazarus ve Folkman’ın stresle ilgili çalışmalarındaki stres-değerlendirme-başa çıkma-uyum çerçevesini kuramında kullanmış, belirsizliği ise hastalık bağlamında stresör olarak ele almıştır (Bailey ve Stewart, 2014). Mishel’in etkilendiği bir diğer çalışmacı, belirsizliğin sekiz boyutunu ele alan Norton’dur. Mishel ve Clayton (2008)’un aktardığına göre; Bower ve Shalit gibi bilişsel psikologlar belirsizliği karmaşık bilişsel bir stresör olarak tanımlamış, onların fikirleri Mishel’in belirsizliği duygusal bir yanıt olmaktan çok, bilişsel bir durum olarak görmesinde etkili olmuştur. Bu, kuramın gelişiminde önemli bir ayrımdır. Belirsizlik, bir stresör veya tehdit olarak Shalit ve Lazarus’un çalışmaları ile pekiştirilmiştir. Kolon kanserinden ölen babasıyla yaşadığı kişisel deneyim de kuramcıyı bu kavram üzerinde çalışmaya yöneltmiştir. Babası ölüme yaklaşırken vücudunda yer yer şişlikler ve aşırı zayıflamış bölgeler mevcuttur. Babası, vücudunda meydana gelen bu farklı fizyolojik yanıtlara anlam verememiş, bu yüzden de kendisinin öngörebildiği derecede kontrol edebileceği şeylere odaklanmıştır (Mishel ve Clayton, 2008).

Orijinal olan Hastalıkta Belirsizlik Kuramı (HBK, 1988), hastalığın tanı öncesi, tanı ve tedavi fazlarında veya kötü seyirli bir hastalık sırasındaki belirsizliği ifade etmek üzere akut ve kronik hastalıklarda kullanıma uygundur (Mishel ve Clayton, 2008). HBK, daha

çok akut hastalığı olan ve hastanede yatan bireyler için geliştirilmiştir. Akut bir hastalıktan ziyade kronik bir hastalık yaşayan bireydeki uzun süreli belirsizlik durumunu açıklamak çabasıyla HBK'nın revize edilmesiyle Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramı (YKHBK) ortaya çıkmıştır (Monsivais, 2005). YKHBK (1990), tekrarlama olasılığı olan veya sürekli yönetilmeyi gerektiren bir rahatsızlık esnasında yaşanan sürekli belirsizlikle yaşama deneyimini ele almak için geliştirilmiştir (Mishel ve Clayton, 2008).

Kuramın ilk hali belirsizliğin sonunda kesinlik ve uyuma doğru bir yönelim olması gerektiğini savunmaktadır. Kuramın yeniden kavramsallaştırılmasıyla birlikte Mishel, Batı bilim tarihinin mekanik evren görüşünden etkilenerek kuramında kontrol ve öngörülebilirliği öne çıkardığını belirtmiştir. Mishel bundan sonra, kaos kuramının ilkelerini, kronik hastalıkların nasıl bir dengesizlik yarattığı ve bireylerin kronik hastalığın getirdiği sürekli belirsizlik durumunu hastalığa yeni bir anlam bulmak için nasıl kullandığını daha iyi açıklayacak şekilde kuramıyla birleştirmiştir (Bailey ve Stewart, 2014). Bu nedenle Mishel belirsizliğin; “hastalık deneyiminin neden olduğu bir dengesizlik kaynağı” olduğunu ileri sürmüştür. Kaos kuramı; sağlıklı ve stabil bir sistemin içsel bir rastgelelik, doğrusal olmayan ilişkiler, çeşitlilik, değişkenlik ve dengesizlik içerebileceğini açıklamaktadır (Yu Ko ve Degner, 2008). Kaos kuramı, dinamik ve zaman içinde değişebilen, ilişki odaklı örgütlerin yapılarının incelenmesine yardımcı olmaktadır. Kaos kuramında olgular pek çok değişkenden etkilenmekte ve olayların kaotik olduğu yaklaşımı öne sürülmektedir. Sağlık ve hastalık durumlarında tüm doğrusal olmayan durumların farkında olmak (kaotik bakış açısı), kaotik sonuçları önlemek için yol gösterici olmaktadır. Kaotik yaklaşımı benimseyen bireyler, birden ortaya çıkan değişimleri gelişim için fırsat olarak değerlendirebilmektedir (Kuşçu ve ark., 2020).

Kronik bir hastalık yaşayan birey ve ailesi, yaşamdaki dengeyle ilgili esas bakış açısından daha karmaşık ve yeni bir bakış açısına doğru ilerlemek zorunda kalır. Bu geçiş sırasında bireyler, belirsizliğin doğal olarak yaşamın bir parçası olduğunun farkına vararak, kronik belirsizlik deneyimini kendileri ve dünya ile ilgili görüşlerine entegre etmeye çalışırlar. Bu yeni yaşam görüşü, erken evrelerinde henüz tam yerleşmemiş olduğu için, hastalar bu yeni bakış açısını güçlendirmek için sosyal destek kaynakları ve sağlık profesyonellerinden destek almalıdır. Sosyal destek kaynakları ve sağlık hizmeti sunanlar

belirsizlik algısının tehlike yerine bir fırsat olarak görülmesini teşvik eden bir kaynak konumundadırlar. Bu kaynaklar hastaların ve ailelerin, belirsizliği gerçekliğin doğal bir bileşeni olarak algılamasına ve yaşamın tam olarak belirlenemeyeceğini anlamalarına yardımcı olur. Belirsizliğin, sağlık hizmeti sunanlar tarafından doğanın bir parçası olarak kabul edilmediği durumda, hasta tarafından da belirsizlik bir anomali olarak görülür ve "belirsizliğin yaşamın bir parçası olarak" görüldüğü yeni bir bakış açısına ulaşamaz (Yu Ko ve Degner, 2008).

Özetle; hastalıkta belirsizlik kuramları, bireylerin hastalık, tedavi ve sonuçları ile ilgili belirsizliği öznel olarak nasıl yorumladıklarını açıklamaktadır (Mishel ve Clayton, 2008). Kuramlar, hemşirelik uygulamalarında ve araştırmalarda kullanılmak üzere, hastaların sıklıkla yaşadığı belirsizlik durumunu açıklamak amacıyla geliştirilmiştir (Can Gürkan, 2013). Her iki kuramın kavramları da, insanların hastalık durumlarına verdiği yanıtları tanımlayıp açıkladığı için hemşirelikle anlaşılır şekilde bağlantılıdır. Belirsizlik, hasta kişiler, bakım verenler ve hasta çocukların ebeveynleri tarafından yaşanır. Belirsizlikle, tanı öncesi semptomatolojiden tanı, tedavi, iyileşme, olası nüks ve alevlenmeye kadar tüm hastalık aşamalarında karşılaşılır. Bu nedenle, kuramlar tüm yaş gruplarının sağlık deneyimi için uygun ve kullanışlıdır. Her iki kuramın sonuçları doğrudan sağlıkla ilgilidir. Sağlık sonucu, HBK’da adaptasyon, YKHBK’da ise bilişsel olarak büyüme şeklinde her iki durumda da kişisel kontrolü yeniden kazanmaktır (Mishel, 2014).

Kronik bir ruhsal hastalık olan şizofrenide de olası nüks ve alevlenme süreçleri sırasında bireylerin ve ailelerinin belirsizlikler yaşadıkları düşünülmektedir. Bu ön kabul, bu çalışmada geliştirilen psikoeğitim müdahalesinin tasarımında YKHBK’nın seçilmesinin nedenini açıklamaktadır. Bu müdahale ile bakım verenlerin, yakınlarının hastalık süreci boyunca yaşanan sürekli belirsizlikleri yaşamın bir parçası olarak görme ve yaşamdaki farklı olasılıkları fark etme yoluyla belirsizliğe yeni bir bakış açısı oluşturmaları beklenmektedir.

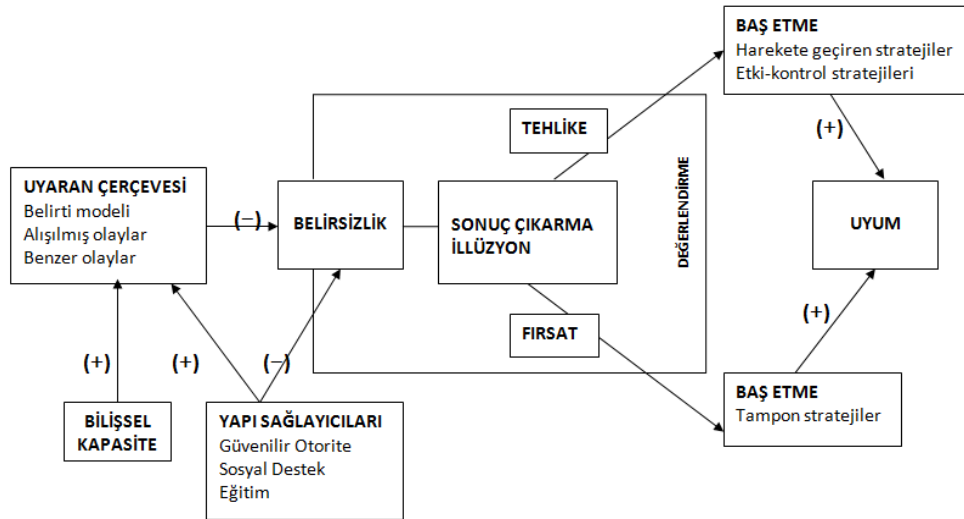
2.5.2. Kuramın Temel Varsayımları

HBK (1988), dört temel varsayım içermektedir (Şekil 2.1). Bunlardan ilk ikisi, psikolojinin bilgi işleme modelleri kapsamında belirsizliğin nasıl kavramsallaştırıldığını yansıtmaktadır (Bailey ve Stewart, 2014):

- Belirsizlik bilişsel bir durumdur ve hastalık durumunu açıklamak için gerekli olan bilişsel şemanın yetersizliğini temsil etmektedir.
- Belirsizlik, birey tarafından değerlendirilinceye kadar ne itici ne de çekici olan özünde nötr bir deneyimdir.

Diğer iki varsayım da kuramın köklerini, doğrusal bir stres, başa çıkma ve adaptasyon ilişkisini öne süren geleneksel stres ve başa çıkma modellerine dayandırmaktadır (Bailey ve Stewart, 2014):

- Uyum, bir bireyin olağan biyopsikososyal davranışının sürekliliğini temsil eder ve tehlike olarak değerlendirilen belirsizliği azaltma ya da fırsat olarak değerlendirilen belirsizliği sürdürme çabalarının istenen sonucudur.
- Hastalık olayları, belirsizlik, değerlendirme, başa çıkma ve uyum kavramları arasında belirsizliği teşvik eden durumlardan, uyuma doğru hareket eden tek yönlü ve doğrusal bir ilişki vardır.

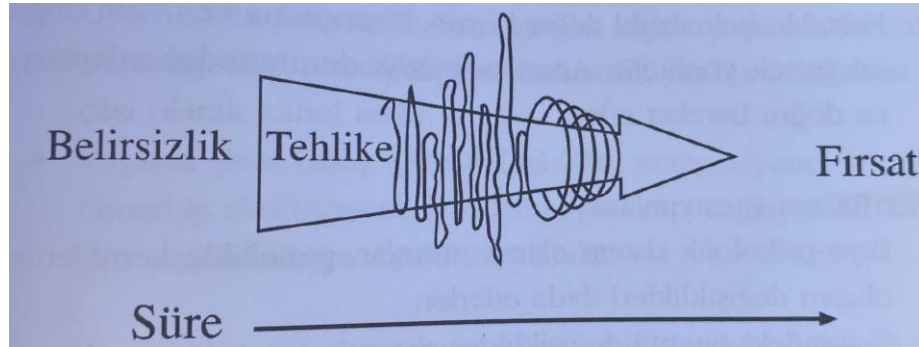


Şekil 2.1. Mishell'in Hastalıklarda Algılanan Belirsizlik Modeli

Can Gürkan Ö. Hastalıklarda Belirsizlik Kuramı. Ayşe Ferda Ocakçı ve Şule Ecevit Alpar (Ed.), Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri içinde (s.101- 112). İstanbul: İstanbul Medikal; 2013.

Mishel, kuramını kronik hastalığı olan bireylerde uygulamasıyla ortaya çıkan karışık sonuçların etkisiyle, üstte sözü edilen kendisine ait üçüncü ve dördüncü varsayımlarına itiraz etmiştir. Bu yeni bakış açısı ile, 1990’da geliştirdiği kuramın son kısmına yeni varsayımlar eklemiştir. Kuramın orijinal formülasyonunda “*belirsizlik*”, yalnızca bilinen bir kötüye gidiş gösteren durumlarda fırsat olarak değerlendirilmektedir. Ancak Mishel ve arkadaşları, uzun süreli kronik hastalıklarda olduğu gibi belli bir kötüye gidiş olmadan da bireylerin belirsizliği fırsat olarak değerlendirdiklerini ve sıklıkla yeni bir yaşam görüşü geliştirdiklerini bulmuşlardır. Mishel, kaos kuramına başvurarak uzun süreli belirsizliğin kişilerin yaşama ve hastalığa bakış açılarını değiştirmede katalizör işlevi gördüğünü açıklamıştır. Kaos kuramına göre yeniden oluşturulan aşağıdaki varsayımlar, modelin sonuç bölümünü oluşturan doğrusal stres, baş etme ve uyumun yerini almıştır (Şekil 2.2) (Bailey ve Stewart, 2014).

- Biyopsikososyal sistemler olarak insanlar tipik olarak dengeden uzak durumlarda fonksiyon gösterirler.
- Dengeden uzak bir sistemdeki büyük dalgalanmalar sistemin değişime açıklığını artırmakta ve dalgalanmalar, sistemin her seviyesinde tekrarlanan yeniden biçimlenmeye neden olmaktadır.



Şekil 2.2. Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramı

Can Gürkan Ö. Hastalıklarda Belirsizlik Kuramı. Ayşe Ferda Ocakçı ve Şule Ecevit Alpar (Ed.), Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri içinde (s.101- 112). İstanbul: İstanbul Medikal; 2013.

Kuramın yeniden kavramsallaştırılmasıyla birlikte, geliştirilen tüm önermeler Tablo 2.1’de verilmiştir (Can Gürkan, 2013).

Tablo 2.1. Kuramsal Önermeler (Mishel, 1988;1990)

1. Belirsizlik, kişi yeterli ipuçlarının olmaması nedeniyle hastalıkla ilgili olayları kategorize edemediği veya şekillendiremediğinde ortaya çıkar.
2. Belirsizlik; anlam belirsizliği, karmaşıklık, bilgi eksikliği veya tutarsızlığı ve öngörülemezlik şeklinde olabilir.
3. Belirti modeli, alışılmış olaylar ve benzer olaylar arttığında belirsizlik azalır.
4. Yapı sağlayıcılar, olayların yorumlanmasına yardım ederek doğrudan; tetikleyici uyaran çerçevesini güçlendirerek ise dolaylı olarak belirsizliği azaltır.
5. Belirsizliğin tehlike olarak değerlendirilmesi, belirsizliği azaltma ve onun yarattığı duygusal uyarılmayı yönetmeye yönelik baş etme çabalarını harekete geçirir.
6. Belirsizliğin fırsat olarak değerlendirilmesi, belirsizliği sürdürmeye yönelik baş etme çabalarını harekete geçirir.
7. Belirsizliği azaltmak veya sürdürmek için gösterilen baş etme çabalarının etkinliği, belirsizliğin yaratacağı psikolojik sonuçları belirler.
8. Tehlike olarak değerlendirilen belirsizlik etkili bir şekilde azaltılmadığında, baş etme stratejileri duygusal yanıtı yönetmek için kullanılabilir.
9. Hastalık yaşantısı içinde belirsizlik daha uzun süre devam ederse bireyin önceki işlevselliği de zayıflar.
10. Devamlı belirsizlik koşulları altındaki bireyler, belirsizliği yaşamın doğal bir parçası olarak kabul eden yeni ve olasılıklı bir yaşam görüşü geliştirebilirler.
11. Uzun süreli belirsizliği yeni bir yaşam görüşüne entegre etme süreci, olasılıklı düşünce tarzını desteklemeyen yapı sağlayıcılar tarafından engellenebilir veya uzatılabilir.
12. Tehlike olarak değerlendirilen belirsizliğe uzun süreli maruz kalma bireyde kaçınma davranışları, duygusal sıkıntılar ve zorlayıcı düşüncelere yol açabilir.

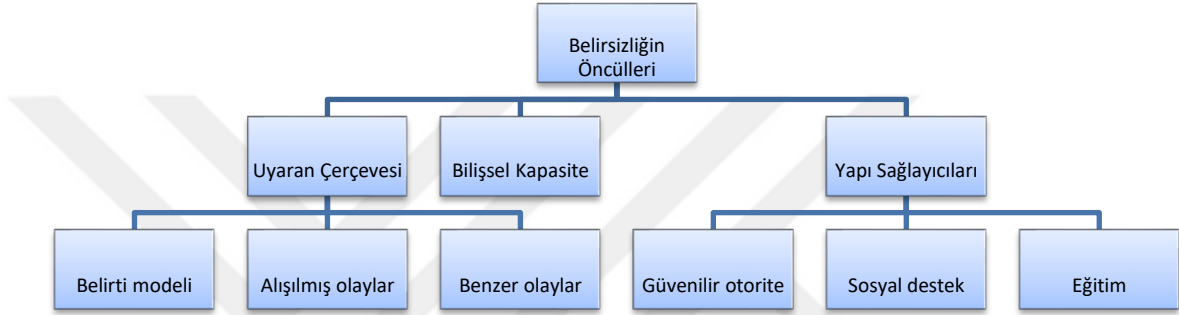
2.5.3. Kuramın Kavramları

Kuramın üç temel kavramı; belirsizliğin öncülleri, belirsizliğin değerlendirilmesi ve belirsizlikle başa çıkmadır. Belirsizlik ve bilişsel şema kuramın temel kavramlarıdır. YKHBK, HBK'daki belirsizlik kavramı ve ana temaları korur. Bununla birlikte kurama "öz-düzenleme" ve "olasılıklı düşünme" kavramları eklenmiştir. YKHBK'da istenen sonuç, yeni bir değer sistemiyle birlikte bir büyümedir, oysa HBK'nın sonucu önceki adaptasyon veya işlev seviyesine geri döndürür (Mishel, 1990). Bu aşamada her iki kuramın kavramları başlıklar halinde açıklanacaktır.

Belirsizlik ve Belirsizliğin Öncülleri

Mishel (1990) belirsizliği, hastalıkla ilgili olayların anlamını belirlemede yetersizlik olarak tanımlamaktadır. Bu belirsizlik, karar verici konumdaki kişi, olaylar ve nesnelere kesin bir değer biçemediği ve/veya ipuçlarının yetersizliğinden dolayı bir durumun sonuçlarını kesin bir şekilde öngöremediğinde ortaya çıkmaktadır. Belirsizlik genellikle istenmeyen olaylarla ilişkili olmasına rağmen kuramdaki belirsizlik, etkileri

belirleninceye kadar ne tercih edilen ne de istenmeyen bir durum olarak görülür (Akt. Yu Ko ve Degner, 2008). Belirsizlikle ilgili daha önce yapılmış çalışmalar onun başlangıcının üç değişkene bağlı olduğunu göstermiştir. Belirsizliğin öncülleri olan bu değişkenler; “uyaran çerçevesi”, “bilişsel kapasite” ve “yapı sağlayıcıları”dır (Şekil 2.3) (Can Gürkan, 2013).



Şekil 2.3. Belirsizliğin Öncülleri

Bunların her biri belirsizlik algısının oluşmasında olumlu veya olumsuz etki eden faktörlerdir. Belirsizliğin öncüllerini bulmak hemşireye bireydeki belirsizlikle ilgili önemli ipuçları verecektir. Belirsizliği değerlendirirken hemşireler hasta ve aileye "sonuçlar beklendiği gibi mi, sonuçlar önceki beklentilerle uyuyor mu, birey sonuçları kontrol edebildiğine inanıyor mu, hasta durumuyla ilgili bilgi sahibi mi, daha fazla bilgiye gereksinim duyuyorlar mı gibi sorular sormalıdır (Yu Ko ve Degner, 2008). Bakım vermeye ayrılan süre ve sorumluluk arttıkça, bakım verenin sosyal ilişkiler, çalışma yaşamı, kariyer gelişimi ve ekonomik durumunu geliştirme ve sürdürme olasılığındaki belirsizlik de artmaktadır. Bunların yanı sıra bireylerin diğer belirsizlik değerlendirmeleri; özgürlük kaybı, öfke-kin duyguları, aile içi çatışmalar, sosyal destek azlığı şeklindedir (Unson ve ark., 2015).

Bu araştırmada, bakım verenlerin hastalık ve bakım vermeye ilgili belirsizlik algılarının şiddeti, Görsel Kıyaslama Ölçeği (GKÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra, bakım veren bilgi formunda sorulan bakım verenin yaşı, eğitim düzeyi, hastaya bakma

süresi, hastanın hastalık süresi ve önceki yatış sayısı da belirsizliğin öncülleri hakkında fikir vermektedir. Ayrıca bakım verenlerin yaşadıkları belirsizlikler ve belirsizliğin öncülleri, psikoeğitim programının ilk oturumunda "geçmiş deneyimler, beklentiler ve bilgi düzeyleri"ni belirlemeye yönelik sorulan sorularla saptanmıştır.

Uyaran Çerçevesi

Uyaran çerçevesi, hastalık deneyimlerine eşlik eden uyaranların birey tarafından algılanma biçimi, bileşimi ve yapısına atıfta bulunmaktadır (Yu Ko ve Degner, 2008). Sözü edilen uyaranlar, hastalıkla ilgili belirsizliği tetikleyici etkisi olan şiddetli, ön görülemeyen ve sonuçlarını tahmin etmenin zor olduğu olaylardır (Unson ve ark.,2015). Uyaran çerçevesi, kişinin algısını uyaran herhangi bir nesne ya da olaydır. Bu uyaran daha sonra bilişsel şema içinde yapılır. Uyaran çerçevesi; "belirti modeli", "alışılmış olaylar" ve "benzer olaylar" gibi bazı unsurlarla tanımlanır (Şekil 2.3). Bu unsurlar birey tarafından, belirsizlik durumunu azaltmak için kullanılır (Şekil 2.1).

Belirti Modeli: Belirti modeli, semptomların bir model, bir yapı oluşturmaya yetecek tutarlılıkta bulunması anlamına gelir. Semptomlar bir model oluşturduğunda hastalık durumuyla ilgili daha az belirsizlik ve anlam karmaşası ortaya çıkar. Belirti modeli; sayı, sıklık, yerleşim, yoğunluk ve süre gibi özellikler içerir. Bu özellikleri değerlendirmek için semptomlar tutarlı, sürekli, öngörülebilir, belirgin ve ayırt edilebilir olmalıdır. Hastalığın tutarlı bir belirti modeli göstermesi semptomların doğru bir şekilde tanılanmasını kolaylaştırır. Semptomların başlangıcının ve hastalığın seyrinin düzensiz doğası, kronik hastalıklardaki belirsizliğin önemli bir öncüsüdür (Mishel, 2014). Şizofreni gibi remisyon ve alevlenmelerle giden hastalıklarda semptomların öngörülemez ve tutarsız yapısı hasta için bir belirti modeli oluşumunu engelleyerek hastalık durumuyla ilgili daha fazla belirsizliğe yol açmaktadır (Richter, 1995). Bakım verenlerin, şizofreni hastasının bakımında geleceğin neler getireceğini bilmeme, hastanın yeni bir atak yaşaması ve semptomların kötüye gitmesi hakkında bilinmezlik ve kaygı yaşadıkları belirlenmiştir (Gater ve ark., 2014).

Bu araştırmada; şizofreni hastalığının hasta bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarında yol açtığı değişiklikler konuşularak hastadaki belirtiler buldurulmuş ve bakım verenin zihinsel olarak "belirti modeli"ni öngörmesine yardım edilmiştir. Belirtilerin hastanın ve

bakım verenin günlük yaşamına etkileri, bakım verenin bunları nasıl yönettiği ve nasıl baş etmesi gerektiği üzerine tartışılarak bilgi verilmiştir.

Alışılmış Olaylar: Alışılmış olay; bir olayın tekrarlayan, alışılmış ya da bilindik ipuçları içermeye derecesini anlatır (Can Gürkan, 2013). Hastalığın seyri, tedavi seçenekleri ve sağlık hizmeti veren kurumların düzeni konusunda birey için tanınabilir ipuçları olduğunu anlatır (Richter, 1995). Örneğin, klinik yatış yapılması gereken bir durumda bireylerin karşılaştığı hiç bilmedikleri prosedürler ve tanımadıkları sağlık ekipleri bireylerde belirsizlik yaratabilmektedir (Neville, 2003). Alışılmış olay, zaman içinde ve bir ortamda edinilen deneyimler yoluyla gelişir. Hastanın tanı alarak sağlık bakım sistemiyle ilk karşılaştığı anda olaylar son derece yeni ve yabancısıdır. Hasta tedavi fazına doğru ilerledikçe ortamla ilgili edindiği bilgiler, yeni olaylarla önceki deneyimlerini ilişkilendirmesini kolaylaştırır, böylece tedavi ve bakım sisteminin karmaşıklığından kaynaklı belirsizlik düzeyi azalır (Mishel ve Braden 1988). Özellikle yataklı kliniklerde, diğer bakım verenlerle duygu ve deneyim paylaşımının bakım veren belirsizliğini azalttığı düşünülmektedir. Benzer deneyimlere sahip başka bireylerin baş etme hikayeleri, bireye kendi deneyimini anlaması için veritabanı ve karşılıklı anlam alışverişi sağlamaktadır. Paylaşılan bilgiler hasta ve yakınları için örnek teşkil ederek "alışılmış olaylar"ı artırmaktadır (Richter, 1995).

Bu çalışmadaki psikoeğitim programı kapsamında, bireylere "bakım verme sürecinin getirdiği sorunları çözmede şimdiye kadar nasıl baş ettikleri ve geçmiş deneyimlerinin bugünkü duruma etkisi" sorulmuştur. Şizofreni hastalığının seyri, alevlenme dönemleri ve alevlenmenin nedenleri üzerine konuşulmuştur. Hastadaki şimdiki alevlenme dönemi, önceki alevlenme dönemleriyle bağlantı kurularak değerlendirilmiştir. Alevlenme dönemleri öncesindeki koşullar değerlendirilerek olası tetikleyiciler üzerine tartışılmıştır. Hastada alevlenme dönemi öncesi ortaya çıkan haberci belirtiler saptanmıştır. Böylelikle bakım verenin, geçmiş deneyimleri ile yeni durum arasında bağlantı kurmasına yardım edilerek "alışılmış olay" bileşeni güçlendirilmiştir.

Benzer Olaylar: Hastalıkla ilişkili olaylarda beklenen bir sonuç ile şimdiki sonuç arasındaki tutarlılığı ifade eder (Mishel, 1988). Bakım verenin, bakım vermede ne beklediği ve gerçekte ne deneyimlediği arasında fark varsa bu durum stres ve belirsizliğe

yol açmaktadır (Unson ve ark., 2015). Benzer olay kavramı, hasta ve yakınlarının beklentileri ve deneyimledikleri arasında bağlantı kurma, bilgi düzeyini yükseltme, otonomi ve kendi kendini kontrol hissini güçlendirme gibi hemşirelik müdahaleleriyle güçlendirilebilir (Richter, 1995).

İhtiyaç ve beklentileri başkalarına iletmenin bir yolu olan duygu dışavurumunun yüksek ya da düşük olmasının şizofreni hastalığının gidiş ve sonlanışında önemli bir etken olduğu kanıtlanmıştır. Duygu dışavurumu ile hastadan beklentilerin düzeyi arasında yakın bağ bulunmaktadır. Psikoeğitim, hasta yakınlarının hastayla ilgili beklentilerinin daha gerçekçi düzeyde olabilmesini, bu yolla duygusal ve maddi yüklerinin azaltılmasını sağlamaktadır (Köroğlu ve Hocaoglu, 2017).

Bu çalışmada, kuramdaki "benzer olay" bileşenini anlamak ve güçlendirmek için öncelikle bakım verenin hastalıktan ne anladığı, hastalığı nasıl algıladığı sorularak hasta olan yakınından beklentileri, bakım veren olarak kendinden beklentileri ve tedavinin beklentilerini karşılayıp karşılamadığı üzerine konuşulmuştur. Hastalığın nedenini belirleme güçlüğüne belirsizlikle ilişkili olduğu bilindiğinden programda; şizofreni hastalığının neden ortaya çıktığı, hastalığın seyri ve tedavi şekilleri aktarılarak bakım verenin, hastalığın nedenlerine olumsuz atıflar yapmasını, kendisini ve hastayı suçlamasını önlemek, bakım verenin gerçekçi beklentiler koymasını sağlayarak "benzer olay" bileşenini güçlendirmek amaçlanmıştır.

Yapı Sağlayıcıları

Yapı sağlayıcıları; belirsizliğe yol açan uyaranları doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen, bireyin bu uyaranları yorumlamasına yardım eden işe yarar kaynaklardır. Bu kaynaklar; "güvenilir otorite", "sosyal destek" ve "eğitim" olup birey bunları belirsizliği azaltmada kullanır (Şekil 2.3, Şekil 2.1) (Mishel ve Braden, 1988). Yapı sağlayıcıları bireylere bilgi ve destek sunan kişisel kaynaklardan oluşur. Belirsizliği azaltmada yapı sağlayıcıları, bakım verenlerin hastalıkla ilgili korku ve kaygılarını azaltmak için ihtiyaç duydukları bilgiyi sağlama gibi önemli bir role sahiptir. Bundan başka bakım verenlerin destek gruplarına ulaşmalarına ve hastalıkla ilgili kontrol edebilecekleri ve edemeyecekleri davranışları birbirinden ayırt etmelerine yardım ederek bakım veren stresini azaltırlar (Unson ve ark., 2015).

Bilgi, beceri ve destekleyici ögelerin birleşiminden oluşan psikoeğitim ve güvenilir bir otorite olarak araştırmacının varlığı bu çalışmada kuramın yapı sağlayıcıları kavramına karşılık gelmekte ve her oturuma temel oluşturmaktadır. Bu çalışmada bakım verenlerle, hastanın bakımında karşılaştıkları sorunları çözmede yardım aldıkları kişi ya da kurumların varlığı ve sağlık profesyonellerinden yeterince destek görme durumları üzerine konuşulmuştur. Psikoeğitim yoluyla bakım veren bireylerin iletişim becerileri geliştirilerek kendilerine bilgi ve destek sunacak güvenilir otoriteler ve sosyal desteğe ulaşmaları ve bunları bir kaynak olarak belirsizliği yönetmede kullanmaları beklenmektedir.

Güvenilir Otorite: Güvenilir otorite, hasta/bakım verenin sağlık bakım vericilerine duyduğu güven ve inanç anlamına gelmektedir. Güvenilir otoriteler, hastaların ve ailelerinin, tanı koyma, hastalığı kontrol etme ve yeterli tedavi sağlama konusunda güvendikleri uzmanlar olarak görülmektedir. Hemşire ve hekim olarak güvenilir otoriteler semptomların nedenleri ve sonuçları ile ilgili bilgi sağlar. Sağlık hizmeti verenlerin, hastalıkla ilgili bireydeki kaygıları ortaya çıkarmak için doğrudan sorgulaması ve aldığı yanıtlar, bireyin “belirti modelini” anlamasını sağlar. Sağlık profesyonelleri sorumluluk aldıklarında belirsizliği doğrudan azaltırlar. Örneğin hekimler iyileştirmede en yaşamsal role sahip olarak görülmekte ve toplum tarafından onlara büyük yetkiler atfedilmektedir. Hastalar genellikle hekimden faydalı öneriler ve kararlarının sorumluluğunu almasını beklemektedir. Eğer otorite figürü hasta tarafından yüksek düzeyde güvenilir kişi olarak değerlendirilirse, onun görüşlerinin benimsenmesiyle bireydeki belirsizlik azalır (Mishel ve Braden, 1988).

Hastalar ve aile üyeleri hastalık sürecinde tanısız test sonuçlarının açıklanması, semptomları, tedavideki riskleri, sonuçları ve seyri anlamada sağlık bakımı verenlere güvenirler. Hemşireliğin önemli bir bölümü açıklama ve bilgi sağlamayı içerdiğinden hemşirelik bakımı da bir yapı sağlayıcı olarak görülür. Hemşireler, müdahaleleriyle hastalık ve hastaneyle ilgili olayların yorumlanması, bilgi verme ve yaptığı uygulamaları güvenilir kılma yoluyla belirsizliği azaltabilir veya yönetebilir. Güvenilir otorite olarak hemşire belirsizliği en aza indirerek hastanın baş etmesini ve uyumunu kolaylaştıracak uzman gücüne sahiptir. Bu gücü de bireyselleştirilmiş eğitim danışmanlık ve destek

hizmetiyle gerçekleştirir. Güvenilir otorite -bir hekim veya hemşire- uyaran çerçevesini olumlu olarak etkileyerek belirsizliği azaltabilir. Bunun için yapabilecekleri; bireyin tedavinin gerekçesini anlamasına yardım etmek, tanıdık bir terapötik çevre oluşturmak, beklenen ve deneyimlenen durum arasında benzerlik kurmasına yardım etmektir (Richter, 1995).

Tedaviye dirençli şizofreni olgularında sıklıkla görüldüğü gibi birden çok ilaç tedavisinin başarısız sonuçlanması, bakım verenlerde umutsuzluğa yol açmaktadır. Sonuç alınamayan tedaviler bakım verenlerin mali durumunu, kariyer beklentilerini, sosyal ilişkilerini ve özgürlük duygusunu etkilemektedir (Brain ve ark., 2018). Bu ve benzer zor bakım deneyimleriyle baş etmede bakım verenler ruh sağlığı alanındaki güvenilir otoritelerin eğitim ve danışmanlığına ihtiyaç duymaktadır. Profesyoneller, gizlilik sınırlarına bağlı kalarak, gereken durumlarda bakım verenleri dahil etmelidir. Çünkü bir çalışmada bakım verenler, profesyonellerin gizlilik politikalarına dayanarak kendilerini bakımın dışında bıraktıklarını, “yol kenarında kalmış” gibi hissettiklerini ve rollerinde desteklenmek istediklerinde bu desteği her zaman bulamadıklarını belirtmişlerdir (Aylott ve ark., 2020).

Bu çalışmanın başında bakım verenlere, hastalarının bakımında karşılaştıkları sorunları çözmeye ruh sağlığı profesyonellerinin yardımlarının yeterli olup olmadığı sorulmuştur. Psikoeğitim programı kapsamında bakım verenin, bakımın planlanmasına katılımını artırmak, öz savunuculuğunu geliştirmek ve iletişim çatışmalarından kaynaklanabilecek stresi azaltmak için kendini açma, ben dili ifadesi, duyguları paylaşma, kızgınlığı ifade etme, sağlık profesyonellerine doğru sorular sorma gibi iletişim becerileri geliştirilerek güvenilir otoritelere ulaşmasını sağlamak ve belirsizliği yönetmesine yardımcı olmak amaçlanmıştır.

Sosyal Destek: Kuramda arkadaşlardan, aileden ve benzer deneyime sahip olanlardan gelen sosyal desteğin uyaran çerçevesini etkileyerek belirsizliği doğrudan veya dolaylı olarak azalttığı ileri sürülmektedir (Mishel, 2014). Bireylerin, aile ve arkadaşlarından gelen destek, bilgi kaynağı olarak hizmet eder ve hastalıkla ilgili işaretleri açıklamasına yardımcı olur. Aynı hastalığa sahip başka bireylerle iletişim bireye tedavi ortamını anlaması için veritabanı ve karşılıklı anlam alışverişi sağlar. Paylaşılan bilgiler hasta ve yakınları için örnek teşkil ederek "alışılmış olaylar"ı artırır (Richter, 1995). Bununla

birlikte, hastalığın başkaları tarafından damgalandığı ve kabul edilmediği durumlarda, belirsizliği yönetmek için sosyal destek kullanımı sınırlanır. Ya da bireyin kurduğu sosyal etkileşim her zaman destekleyici olmayabilir. Destekleyici olmayan etkileşimler belirsizliğin artmasına neden olur. Bakım verenler belirsizlikle baş etmeye çalışırken hastalarını destekleme yetenekleri bundan olumsuz etkilenir (Mishel, 2014). Bakım verenin sosyal desteğinin olması ise belirsizlik düzeyini düşürerek ve daha fazla baş etmeye cesaretlendirerek "belirsizlik aracılığıyla büyüme"sine yardımcı olur (Lin ve ark., 2010).

Aileden Aileye Destek Programları, grup ortamında ve hasta yakını liderliğinde bilgi, duygu ve deneyimlerin paylaşılması yoluyla hasta yakınlarının birbirlerinden destek almalarını sağlamaktadır. Bu programlar, şizofreni hastasına bakım verenlerin benzer durumları yaşayan başka bakım verenlerin olduğunu ve yalnız olmadıklarını görmelerine yardım etmektedir. Aileden aileye destek programının, şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruh sağlığı ve baş etme stratejileri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu; umutsuzluk, öfke, kızgınlık, suçluluk ve anksiyete düzeylerini azalttığı saptanmıştır. Bakım verenler, destek programı sonrası hastalarında oluşabilecek yeni bir kriz ya da değişiklikten daha az korktuklarını ifade etmiştir (Bademli ve Duman, 2014).

Bu çalışmanın başında bakım verenlere, hastalarının bakımında karşılaştıkları sorunları çözmeye yardım eden kişi ya da kurumların varlığı sorulmuştur. Yanı sıra Stresle Başa Çıkma Ölçeğinin (SBTÖ) bir alt boyutu olarak, "sosyal desteğe başvurma" durumları ölçülerek psikoeğitim sonrası artması beklenmiştir. Program kapsamında bakım veren birey; aile, arkadaşlar, diğer hasta yakınları, TRSM ve gündüz hastaneleri gibi sosyal ve toplumsal destek kaynaklarını bulmaya ve onlara ulaşmaya teşvik edilir. Bakım veren için sadece sağlık çalışanlarıyla değil, hastanın kendisi ve sosyal destek kaynaklarıyla da iletişim önemlidir. Çünkü sosyal destek ağları, örnekler vererek ve destekleyici bilgiler sunarak uyaran çerçevesini de etkiler. Bu nedenle çalışma kapsamında bakım verenlerin günlük yaşamda hastasıyla ve çevresiyle yaşadığı iletişim sorunları konuşularak, uygun iletişim becerileriyle bu sorunların üstesinden gelmelerine yardım edilmiştir.

Eğitim: Eğitim, uyaran çerçevesi ile pozitif bir ilişki içinde olup bireylerin bilgi temelinin genişleterek semptomların daha iyi yorumlanması ve olayların tanındıklığının artması için

geniş bir dağarcık sağlar (Şekil 2.1). Bu, bir yapı sağlayıcı olarak eğitimin dolaylı etkisidir. Eğitimin doğrudan etkisi ise bilginin özümleme düzeyini etkilemesidir. Daha az eğitilmiş bireyler kendilerine sağlanan bilgiyi kullanmada daha fazla zamana gereksinim duyar. Bu nedenle bu bireyler daha yüksek eğitim düzeyine sahip bireylere göre daha uzun süre daha fazla belirsizlik yaşantısı deneyimlemiş olurlar (Mishel ve Braden, 1988). Bu bağlamda belirsizliğin; kişinin eğitim seviyesi ve bunun sonucunda ortaya çıkan bilgi ile azaltılabileceği öne sürülmektedir (Mishel, 2014). Şizofreni hasta yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimlerinin bireylerin eğitim seviyesi ve daha önce bu konularda eğitim alma durumlarından etkilendiği belirlenmiştir. Şizofreni hasta yakınlarının hastalık belirtilerini tanıma ve belirtilerle baş etme, hastalığı olan bireyin günlük yaşam becerilerini geliştirme konularında eğitime gereksinim duydukları saptanmıştır (Bademli ve ark., 2016).

Bu çalışmada, bakım verenlerin şizofreni hastalığı ve bakım verme süreci ile ilgili yaşadıkları belirsizliği yönetmelerini sağlamak amacıyla planlanan psikoeğitim programının bir yapı sağlayıcı olarak dolaylı etki göstermesi ve bireylerin belirsizlik uyarılarıyla ilgili yorumlamalarını değiştirmesi beklenmektedir. Kuramdaki belirsizliğin öncülleri olan “uyaran çerçevesi”, “bilişsel kapasite” ve “yapı sağlayıcıları” bu çalışmadaki psikoeğitim programı oturumlarının içeriğinin oluşturulması ve kazandırılacak becerilerin seçimine temel oluşturmuştur.

Bilişsel Kapasite

Bilişsel kapasite, kişinin hastalığın olduğu koşulları anlamasına ve belirsizliği tanımasına ya da değerlendirmesine olanak tanıyan bilgi işleme yeteneği olarak tanımlanır (Yu Ko ve Degner, 2008). Bilişsel kapasite; ilaçlar, yan etkileri, ağrı, yorgunluk veya bireye fazla miktarda ve karmaşık bilgi verilmesi gibi nedenlerle zayıflayabilir. Sözü edilen durumlarda bireyler, uyaran çerçevesi değişkenlerini tanımlayamaz ve bu da belirsizlikle sonuçlanır. Böyle bir durumda, uyaran çerçevesi değişkenlerinin yeterince açık, anlaşılır, örüntülü ve belirgin olduğu sadece bilişsel kapasitedeki sınırlamalar nedeniyle daha az tanımlandığı varsayılmaktadır. Bununla birlikte, bilişsel kapasite yeterli olsa da birey hala bir belirti modelinden yoksun olabilir. Ya da uyaran çerçevesi; bilgi eksikliği, karmaşık bilgi, aşırı bilgi yüklemesi veya çelişkili bilgi nedeniyle bilinmeyen

ve tutarsız olabilir. Yapı sağlayıcılar, daha sonra uyaran çerçeve değişkenlerini yorumlayarak, anlam vererek ve açıklayarak değiştirmek için devreye girer. Bu eylemler uyaran çerçevesinin yapılandırılmasına hizmet eder, böylece belirsizliği azaltır veya önler (Mishel, 2014).

Bu psikoeğitim programında belirsizliğin bir öncülü olan “bilişsel kapasite”yi artırmaya yönelik olarak "bilişsel yeniden çerçeveleme" müdahalesi seçilmiştir. Birey, hastalık olaylarıyla ilgili bilişsel bir şema oluşturmada başarısız olduğunda belirsizlik meydana gelmektedir (Mishel, 1988). Kuramda belirtildiği gibi bu çalışmada da bilişsel yeniden çerçevelemede; bireylerin sürekli olarak hastalıkla ilgili olayları inceleyip, gözden geçirip, önemli kişiler ve sağlık bakımı verenlerle bu olaylar hakkında konuşması ve olaylar hakkındaki beklenti ve inançlarını yönetilebilir şekilde yeniden yapılandırması amaçlanmıştır (Mishel, 1990). Yani sıra her oturumda bireyin gereksinim duyduğu konularda bilgi verilmesi de bireyin içinde bulunduğu durumları yorumlamasını kolaylaştırarak bilişsel yeniden çerçeveleme içinde yer almaktadır.

Belirsizliğin Değerlendirilmesi

Kuramdaki ana temalardan bir diğeri; belirsiz olaya veya duruma değer verme süreci olarak tanımlanan belirsizliğin değerlendirilmesidir. Kurama göre belirsizlik değerlendirilinceye kadar tarafsız bir durum olarak görülür ve duygularla ilişkili değildir. Değerlendirmenin sonucu, belirsizliğin bir tehlike veya fırsat olarak değerlendirilmesidir (Mishel, 2014). Kişilerin tanı ve tedavi sırasındaki hastalık olaylarıyla ilgili bilişsel değerlendirmeleri, hastalığı nasıl yönetecekleri üzerinde önemli bir role sahiptir. Belirsizlik koşulları altındayken yani durumların belirsiz ve iyi tanımlanmadığı hallerde bir çok farklı tipte değerlendirme olasılığı ortaya çıkmaktadır. Örneğin bakım veren, hastalığın nedeni ve geleceğin ne getireceğiyle ilgili açıklayıcı bir rehber bulamadığında, kendini veya hastayı suçlama ve hastadan uzaklaşma gibi olumsuz değerlendirmeler yapmaktadır (Mishel ve ark., 2002). Literatüre göre bakım veren bireylerin bazı belirsizlik değerlendirmeleri; özgürlük kaybı, öfke-kin duyguları, aile içi çatışmalar ve sosyal destek azlığı şeklindedir (Unson ve ark., 2015).

Kuram belirsizliğin, illüzyon ve sonuç çıkarma olarak adlandırılan ve belirsizliğin değerini saptamaya yarayan iki süreci tetiklediğinden bahsetmektedir (Mishel, 1990;

Mishel, 1988). Bu süreçler, hastanın ailesi, arkadaşları ve sağlık hizmeti sunucular tarafından teşvik edilmektedir (Mishel, 1990). İllüzyon (*yanılsama*), belirsizliğin olumlu bir sonuç için potansiyel bir işaret olarak değerlendirilmesine izin verir. Belirsizliğin kesin olmayan ve esnek doğasından dolayı olaylar pozitif bir durumu gösteren bir illüzyon olarak yeniden düzenlenebilir. İllüzyon yaratmanın yalnızca negatif yönde seyreden durumlar için kullanılması önerilmektedir. Diğer bir deyişle hastalık kötüye gidiş gösterdiğinde; illüzyon üretme yoluyla hastalığın belirsiz yönleri pozitif olarak şekillendirilir.

Sonuç çıkarma, ilişkili durum örnekleri temelinde belirsizliğin değerlendirilmesini anlatmaktadır. Sonuç çıkarma olumlu yönde gerçekleşirse, belirsizlik bir “fırsat” olarak değerlendirilir. Eğer çıkarımlar tehdit edici bir durum olarak görülürse, belirsizlik “tehlike” olarak değerlendirilir. Sonuç çıkarma; kişilik yapısı, bilgi, deneyim ve bağlamsal ipuçları üzerine inşa edilmektedir. Belirsizliğin iyimserlik, tutarlılık duygusu ve beceri düzeyi gibi kişilik eğilimlerini azaltma üzerinde etkisi bulunmaktadır (Mishel, 2014). Ancak sürekli belirsizlik durumuyla yaşayan kronik hastalığı olan bireylerin belirsizliği daha olumlu değerlendirdikleri bulunmuştur (King ve Mishel, 1986). Birey bir durumu potansiyel olumlu bir sonuca sahip olarak değerlendirdiğinde belirsizliği bir fırsat olarak görür ve bunu sürdürecekle başetme stratejilerine başvurur. Belirsizlik korunur ve umut sürdürülür. Belirsizliği fırsat olarak görmek olasılıklı düşüncenin kapılarını açar ve hastalığın değişen doğasına uyumlanmada yeni alternatifler yaratır (Mishel, 1990). Buna karşılık, inançlar ve kişilik eğilimleri, tehlike olarak değerlendirilen belirsizliğe yol açabilir. Birey olumsuz bir sonuç olasılığına odaklandığında belirsizlik bir tehlike olarak görülür. Bu durumda belirsizliği azaltmaya yönelik baş etme stratejilerini harekete geçirir. Sorun odaklı başa çıkma kullanılamıyorsa, belirsizliğe yanıt vermek için duygusal başa çıkma stratejileri kullanılır. Her iki değerlendirme durumunda da kullanılan baş etme stratejileri etkiliyse, “uyum” ortaya çıkar. Uyum sağlamadaki zorluk, belirsizliğin istenen yönde manipüle edilemediğini göstermektedir (Mishel, 2014).

Bu çalışmada, bireylerin belirsizlik değerlendirmelerinin öncelikli ele alınması gerektiği düşünülmüştür. Bu doğrultuda ilk olarak bakım veren bireyin belirsizliğinin özellikleri ve nedenleriyle ilgili değerlendirme şekli belirlenmiş sonrasında ise şizofreni hastalığı olan

bir bireye bakım vermenin kendi yaşamına etkileri üzerinden belirsizliği değerlendirme şekli açıklanmıştır. Bakım verenin belirsizlik yaratan durumu değerlendirme şekli belirlendikten sonra buna göre stratejiler belirlenip uygulanmıştır. Birey durumu kontrol edilebilir ve yönetilebilir şekilde çerçevelediye ve belirsizliği fırsat olarak değerlendiriyorsa davranışı ve düşünceleri desteklenmiş ve güçlendirilmiş, dikkati yaşamın kontrol edilemeyen alanlarından kontrol edilebilir alanlarına yönlendirilmiştir. Belirsizlik tehlike olarak değerlendirildiğinde ise birey “olasılıklı düşünmeye” sevk edilerek; durumla ilgili çok seçenekli düşünmesi ve negatif bir pencereden bakmaktan vazgeçmesi konusunda cesaretlendirilmiştir. Yeni bakış açısının onda yarattığı duygular konuşularak düşüncedeki değişimle birlikte duygulardaki olumlu değişimin farkına varması sağlanmıştır. Programda belirsizliği bilişsel olarak yeniden çerçeveleme müdahalesiyle bireylerin yaşamın kontrol edilebilir yönlerine odaklanması, “olasılıklı düşünme”yi yaşamında kullanması, belirsizlik yaratan durumlara karşı yeni bakış açıları geliştirmesi ve bakım verme deneyiminin yaşamlarına olumlu etkilerini fark etmesi amaçlanmıştır. Yanı sıra bireylere benzer durumdaki bakım verenlerin belirsizlik değerlendirmeleri ile ilgili literatür bilgileri aktarılmıştır.

Belirsizlikle Baş Etme

Kişi hastalık, tedavi ve tedavi sonrasını anlamak için gerekli olan bilgi ve sosyal desteğe sahip olamadığında belirsizliğin ortaya çıktığı var sayılmaktadır. Belirsizlik ortaya çıktığında ise hastalıkla ilgili olaylar için bilişsel bir yapı kurmakta zorlanır. Bilişsel yapı eksikliğinde karar verme güçleşir ve performans düşer. Bunun sonucunda daha az problem odaklı baş etme, daha fazla duygu odaklı baş etme ve zayıf psikososyal uyum oluşur. Duygu odaklı baş etme tek başına belirsizlikle baş etmede etkili değildir, çünkü bireyin belirsizliğe yalnızca duygusal bir yanıt vermesine yol açarak belirsizliği yönetecek bir araç sağlamamaktadır (Mishel ve ark., 2002).

Tehlike değerlendirmesi genellikle yadsıma, zihinsel-davranışsal olarak boş verme ve diğer uyuma yönelik olmayan baş etme şekillerini beraberinde getirme eğilimindedir. Uyuma yönelik baş etme yöntemleri olarak kabullenme, gerçekçi değerlendirme, problem çözme ve planlama gibi araçsal yöntemler bazı ruhsal sağlık göstergeleri ile ilişkili bulunmuştur. Uyuma yönelik yanıtları beslemede anahtar faktör olayla ilgili olumlu inanç

geliştirmektir. Tehlike değerlendirmesiyle başa çıkma, belirsizliği azaltmaya ve tehlike değerlendirmesinin yarattığı duyguları yönetmeye yönelik faaliyetleri kapsamaktadır. Bir fırsat değerlendirmesi ile başa çıkma ise belirsizliği korumaya ve sürdürmeye yönelik faaliyetlerden oluşmaktadır. Uyum, kişinin bireysel olarak tanımlanan olağan davranış aralığında meydana gelen biyopsikososyal davranış olarak tanımlanır. HBK'da beklenen sonuç olarak uyum; bireyin hastalık öncesi işlevsellik düzeyine geri dönmesi anlamına gelmektedir (Mishel, 2014).

Tehlike değerlendirmesi, bireylerde sürekli kaygı, değişen ruh hali ve karar vermede zorlanmalara yol açmaktadır. Tehlike değerlendirmesinin yarattığı kaygı ve stres durumuyla nasıl başa çıkıldığı önemlidir. Bireylere endişelerini paylaşmaları için destekleyici bir ortam sunan müdahalelerin, sıkıntıyı azaltarak bilişsel işlemeyi geliştirebileceği öne sürülmektedir. Bilişsel yeniden çerçeveleme, bakım verme deneyimi ve belirsizliğin getirdiklerini yaşamına dahil etmede bireylere yardımcı olabilmektedir (Bailey ve ark., 2007). Birey problemi zaten yönetilebilir şekilde çerçevelediye onun davranışı ve düşüncelerini desteklemek ve güçlendirmek gerekir. Fırsat değerlendirmesi seçenekler, yeni fırsatlar yaratmakta ve bireylerin umutlu kalmasına yardımcı olmaktadır. Ancak birey durumu tehdit edici olarak görüyorsa, durumun nasıl yönetileceği ve bunu yönetmede hangi kaynakları aktive etmek gerektiğiyle ilgili yardım alması gerekir. Verilmesi gereken mesaj, problemin yönetilebilir olduğu ve bireyin bu problemi ele alacak kaynaklara ve beceriye sahip olduğu şeklindedir. Bu nedenle bireye problem odaklı baş etme yöntemi olabilecek bir araç sağlanmalıdır. Kişi problemlerin nasıl çözüleceğini öğrendiğinde olayları daha az tehdit edici olarak değerlendirir (Mishel ve ark., 2002).

Bu çalışmadaki pskoeğitim programı kapsamında bakım veren bireylere baş etme yöntemi olarak, olasılıklı düşünme, bilişsel yeniden çerçeveleme ve problem çözme yaklaşımları uygulanmıştır. Ayrıca gereksinim duydukları konularda bilgi edinmeleri, bilgi alacakları kaynakları ve bilgi alma yollarını da tanımları sağlanmıştır. Müdahaleler sonrası, belirsizliği yönetmenin bir göstergesi olarak bireyin stresle başa çıkma tarzı, problem odaklı ve duygu odaklı yöntemleri ne düzeyde kullandığını ölçen bir ölçüm aracıyla değerlendirilmiştir.

Yaşama Yeni Bakış

HBK'nın kronik hastalığı olan kişilere uygulandığında çelişkili bulgular vermesi sonucu Mishel, 1990'da kuramı yeniden kavramsallaştırmıştır. Kuramın orijinal formülasyonunda, belirsizliğin tipik olarak sadece kötüye doğru gidiş gösteren koşullarda bir fırsat olarak değerlendirildiği; diğer bir deyişle, belirsizliğin, olumsuz bir kesinlik haline tercih edildiği durumlarda fırsat olarak değerlendirildiği belirtilmiştir. Sonrasında kuramcı ve çalışma arkadaşları insanların, özellikle uzun süreli kronik hastalıklarda, kötüye gidiş göstermeyen durumlarda da belirsizliği yeni bir yaşam görüşü geliştirmede kullandıklarını keşfetmiştir (Bailey ve Stewart, 2014).

Yeniden kavramsallaştırmayla, kurama eklenen iki kavram "öz-düzenleme" ve "olasılıklı düşünme" kavramlarıdır. Kronik hastalıklar, hastalık durumuyla ilgili belirsizlikten başlayıp yaşam amaçlarına ulaşma konusundaki belirsizliğe kadar geniş bir alanı etkilemektedir. Bu durum ise belirsizliğin olağan rutinleri aksatması ve zamanla kişinin düzen ve yapı duygusunun ortadan kalkmasına yol açmaktadır. Ancak Mishel'e göre hastalar en sonunda bu belirsizliği yeni bir yaşam görüşü düzenlemede kullanmaya başlamaktadır. Belirsizlik, bireyin sınırlı seçenekler içeren bir yaşam görünümünden, daha esnek ve daha çok fırsatlar içeren karmaşık bir dünya yönelimine geçmesinde bir katalizör görevi görmektedir (Bailey ve ark., 2004).

Öz-düzenleme, belirsizliği yaşamın doğal bir parçası kabul etme yoluyla kişinin yeni bir düzen duygusu formüle etmesidir. Olasılıklı düşünme ise kesinlik ve öngörülebilirlik beklentisinin terk edildiği koşullu bir dünyaya olan inançtır (Monsivais, 2005). Örneğin; belirsizliğe uyum sağlamak ve her günün yeni olaylar getireceğini kabul etmek olasılıklı düşünme örneğidir (Unson ve ark., 2015). Bu iki boyut, yaşama yeni bakışı ifade etmektedir. YKHBK, yeni bir yaşam perspektifinin oluşumunu etkileyen dört faktör olduğunu ve bunların "geçmiş yaşam deneyimi, fizyolojik durum, sosyal kaynaklar ve sağlık bakımı verenler" olduğunu öne sürmektedir. Yeniden yapılanma sürecinde kişi, belirsiz bir deneyimden fırsata kadar kademeli yaklaşımlarla belirsizliği yeniden değerlendirir. Böylece belirsizlik yeni bir düzen duygusunun temelini oluşturur ve yaşamın doğal ritmi olarak kabul edilir (Mishel, 2014).

Kronik hastalıklarda birey, yaşamdaki dengeyle ilgili esas bakış açısından daha karmaşık ve yeni bir bakış açısına doğru ilerlemek zorunda kalır. Bu geçiş sırasında hastalar, belirsizliğin doğal olarak yaşamın bir parçası olduğunun farkına vararak, kronik belirsizlik deneyimini kendileri ve dünya ile ilgili görüşlerine entegre etmeye çalışırlar. Bu yeni yaşam görüşü, erken evrelerinde henüz tam yerleşmemiş olduğu için, hastalar bu yeni bakış açısını güçlendirmek için sosyal destek kaynakları ve sağlık profesyonellerinden destek almalıdır. Bu kaynaklar hastaların, belirsizliği gerçekliğin doğal bir bileşeni olarak algılamasına ve yaşamın tam olarak belirlenemeyeceğini anlamalarına yardımcı olur. Bununla birlikte, belirsizlik sağlık hizmeti sunanlar tarafından doğanın bir parçası olarak kabul edilmediğinde, hasta da belirsizliği bir anomali olarak görür ve belirsizliğin yaşamın bir parçası olarak görüldüğü yeni bir bakış açısına ulaşmaz (Yu Ko ve Degner, 2008).

Bireyler, hastalıkta sürekli belirsizliğin getirdiği fırsatları tanımaya başladıkça belirsizliğin yaşam kalitesini her zaman olumsuz etkileyen bir durum olmadığını fark ederler. Gelecekle ilgili belirsizlik yaşayan bireyler bir günü en iyi şekilde değerlendirmeye ve anı yakalamaya motive olurlar. Mishel'in kuramında bu süreç "belirsizlik yoluyla büyüme" olarak adlandırılır (Mishel, 1990; Mishel ve Clayton 2008). Tayvan'da yapılan bir çalışmada; kanser hastalığı olan çocukların ebeveynlerindeki belirsizliği, çocuğun sağlık durumu ve ebeveynin algıladığı sosyal desteğin önemli ölçüde etkilediği belirlenmiştir. Ebeveynin sosyal desteğinin yeterli olmasının, ebeveyndeki belirsizlik düzeyini düşürerek ve daha fazla baş etmeye cesaretlendirerek "belirsizlik aracılığıyla büyüme" yi desteklediği bildirilmiştir. Aile üyeleriyle etkileşim gibi baş etme stratejileri belirsizlik yoluyla büyümeye yol açarken tersi şekilde ebeveyndeki belirsizlik de baş etme stratejileri üzerinde negatif etkiye sahip bulunmuştur. Spiritüel anlam arayışı ve dini aktiviteleri artırma gibi baş etme yöntemleri Taiwan kültüründe "belirsizlik yoluyla büyüme" sürecinde işlev görebilmektedir (Lin ve ark., 2010).

YKHBK'ya göre kişiler yaşamda neyin önemli olduğunu yeniden gözden geçirme, kendi sorumluluklarını değerlendirme, yaşamın koşullara bağlı ve hassas doğasını anlama ve değer verme yoluyla sürekli belirsizlik durumunun yarattığı sıkıntıdan, bu belirsizliği yaşamına entegre etme durumuna doğru hareket eder. Sürekli belirsizlik hali hasta ve ailesinin çeşitli fırsatları algılamalarını ve daha fazla uyumlanmalarını kolaylaştırdığından

bazen tercih edilebilir olmaktadır. Bu da bireylerin belirsizliği yaşamın normal bir ritmi olarak kabul etmeleri ve öngörülebilirliği olmayan bir dünya inancına sahip olmalarıyla mümkün olmaktadır. (Mishel, 1990). Bu yeni yaşam görüşünü benimsemek için birey sosyal kaynaklar ve sağlık hizmeti sağlayıcılarına güvenmek zorundadır (Bailey ve ark., 2007).

Bu çalışmada, belirsizliği yönetme müdahalesi sonrasında bakım veren bireylerin belirsizliği kabulünü gösteren belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin azalması beklenen sonuçlardan biridir. Bireyin kronik hastalık sürecinin tıpkı yaşam gibi belirsiz doğasını anlaması, kesinlik ve öngörülebilirlik beklentisinin olmadığı koşullu bir dünyaya olan inanç geliştirmesi anlamına gelen “olasılıklı düşünme” boyutu belirsizliğe tahammülsüzlük kavramıyla ölçölmüştür. Yanı sıra belirsizliği yönetilebilir olarak algılayan bireyin, belirsiz olayların yaratacağı stresle de uygun şekilde başa çıkacağı beklenmektedir. Bir sonuç olarak, “stresle baş etme”de daha fazla problem odaklı yöntemler kullanması beklenmektedir. Psikoeğitim süreci boyunca, bireyin bakım veren olarak sorumluluklarını yeniden değerlendirmesi ve belirsizliklerin içindeki fırsatları algılamasının sağlanması amaçlanmıştır. Bu kapsamda beklenen bir diğer sonuç ise “öz-kabul, diğerleri ile pozitif ilişkiler kurma, özerklik, çevresel kontrol, yaşam amacı ve kişisel gelişim” gibi alt boyutları olan “psikolojik iyi oluş” kavramıdır. Bireylerin psikolojik iyi oluşunun artmasının, kuramda söz edildiği gibi belirsizlikle büyümeye karşılık geleceği ve “öz-düzenleme” olarak da aktarılan yeni bir düzen duygusunun oluşmasını ölçeceği düşünölmüştür.

2.5.4. Hemşireliğin Metaparadigmaları

Metaparadigma kavramları, Mishel'in kuramında açıkça tanımlanmamış olsa da, dolaylı olarak türetilabilmektedir. Mishel, hasta ve aile odaklı insan deneyiminin kuramın en önemli unsurlarından biri olduğunu açıklamaktadır. Birey çevresiyle enerji alışverişinde bulunan açık bir sistem ve biyopsikososyal bir varlık olarak görölür (Masters, 2017). Birey, belirsizlik düşüncesiyle, akut dönem bittikten sonra bile hastalığın tüm aşamalarında karşılaşılabilir. Çünkü hastalığın tekrarlaması sorunu, kişinin hissettiği belirsizlik düzeyi için önemli bir faktördür. Çevre, tam anlamıyla açıklanmasa da kişilik sistemleriyle enerji değişimi içinde olduğu belirtilmiştir. Çevre, kişi ile enerji ve madde

alışverişi yapan açık bir sistemdir. Dış çevre, kişinin uyaran çerçevesi ve yapı sağlayıcılarını içerirken iç çevre bilişsel kapasitelerini kapsar. Kuramlar, bakım verilen çevreyi, uyaran çerçevesinin bir bileşeni olarak ele alır. Sağlık ve iyi oluş kavramları olasılıklı düşünme ve yeni bir yaşam görüşü kavramlarıyla açıklanmıştır. Belirsizlik ve başa çıkma mekanizmaları, bireyin algılanan sağlığı ve iyi oluşu için zorunludur. Belirsizlik, uyumsuz baş etme mekanizmalarına ve sağlık sorunlarına katkıda bulunur. Kuram temelli bir araç kullanarak, belirsizliğin ölçülmesi başa çıkmayı teşvik edecek etkili müdahalelerin tasarlanmasını kolaylaştırmaktadır. Hemşirelik bakımı, belirsizliğin öncüllerinden yapı sağlayıcıları kavramı altında temsil edilmektedir. Hemşireliğin rolü, olasılıklı düşünmeyi kabul ederek teşvik etmek ve kesinliğe odaklanmamaktır. Hemşireler, hastaların hastalıklarının değişen doğasına uyum sağlamaları için gerekli olan işlevsel düşünce ve davranışları teşvik eder. Hemşireliğin önemli bir kısmı bilgi sağlamayı içerdiğinden, hemşirelik eylemlerinin hastaların belirsizliği yönetmesine yardımcı olan müdahaleler olduğu sonucuna varılır (Mishel, 2014).

2.6. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlere Yönelik Psikoeducatif Müdahaleler

Ruhsal açıdan riskli grupta olan bakım verenlere yönelik sürekliliği olan programların geliştirilmesi ve ruh sağlığı sistemi içinde yer alması önemlidir. Ülkemizde şizofreniyle baş etmede hastalar ve ailelerine yönelik çeşitli psikososyal müdahaleler uygulanmaktadır. Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan psikodrama (Gülseren ve ark., 1999), psikoeducatif programı (Tel ve Terakye, 2000; Çetinkaya Duman ve ark., 2007), sanat terapi (Sarandöl ve ark., 2013), aileden aileye destek programı (Yıldırım ve ark., 2014) ve telepsikiyatrik müdahalelerin (Özkan ve Eskiurt, 2016) hem aileler hem de hastalar üzerinde olumlu sonuçlar ortaya çıkardığı belirlenmiştir. Ülkemizde ruhsal hastaların bakım verenlerine yönelik daha fazla deneysel, randomize kontrollü ve uzun süreli izleme dayalı araştırmalara gereksinim olduğu ortaya çıkmıştır. Mevcut çalışmaların bildirilen olumlu etkilerine rağmen aile müdahaleleri ülkemizde sürekli uygulanmamaktadır (Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013).

Aileyi hedef alan psikoterapötik bir yaklaşımda olması gereken temel ilkeler; tanı, tedavi ve hastalık seyri konusunda aileye bilgi verme, hastayı anlamaları ve yardım etmeleri konusunda destekleme, aile bireylerinin kendilerini ve birbirlerini suçlama eğilimlerini

giderme, kendileriyle benzer durumları yaşayan bireylere ulaşmalarını sağlama şeklindedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Hemşirelik Yönetmeliği (2011)'ne göre psikiyatri hemşiresi eğitim ve danışmanlık rolü kapsamında birey ve aileyi desteklemede; tedaviye uyum, stresle baş etme, stigmatizasyon, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi, sosyal beceriler eğitimi gibi konularda psiko-eğitim programları planlar ve uygular, birey ve aileyi kullanabileceği destek sistemleri ve toplum kaynaklarına yönlendirir. Psikoeğitim yaklaşımı, psikiyatri hemşirelerinin ruhsal hastalığı olan birey ve ailesini destekleme rolü kapsamında bağımsız olarak kullanabileceği araçlardan biridir. Psikoeğitim uygulamalarında psikiyatri hemşirelerinin rolü, hastalar ve ailelerinin eğitim gereksinimlerini belirleyerek bu gereksinimlerin karşılanmasında özgül psikoeğitim programları planlamak ve uygulamaktır. Ancak ülkemizde psikoeğitim programlarına rutin klinik uygulamalarda yeterince yer verilmediği ve bu programlarda hemşirelerin yeterince görev almadıkları görülmektedir (Babacan Gümüş, 2006).

Literatürde psikiyatri hemşireleri tarafından şizofreni hasta yakınlarına yönelik psikoeğitim müdahalesi uygulanan bir çok çalışma bulunmaktadır. Bakım verenlere uygulanan psikoeğitimlerin içeriği genellikle "şizofreninin tanımı ve bilinen nedenleri, hastalık belirtileri ve seyri, hastalığın aile yaşamına etkileri, yasal haklar, tedavinin amacı, kullanılan ilaçların etki ve yan etkileri, düzenli ilaç kullanmanın önemi, nüksün erken belirtilerini tanıma, hastalarla aile arasındaki iletişim sorunlarının üstesinden gelme, problem çözme/başa çıkma becerilerini artırma, hastanın tedavisinde aile desteğinin önemi ve bakım yükü" ile ilgili konulardan oluşmaktadır (Sharif ve ark., 2012; Bulut ve ark., 2016; Soliman ve ark., 2018). Psikoeğitimler, literatür doğrultusunda ve uzman görüşleri alınarak oluşturulabildiği gibi Sharif ve ark. (2012)'nin yaptığı gibi psikoeğitimin başında öncelikle çalışmaya katılan ailelerin gereksinimleri belirlenerek de içerik oluşturulabilmektedir. Psikoeğitimlerin, yalnızca bakım verenlere uygulandığı (Sharif ve ark., 2012; Bulut ve ark., 2016) veya bakım verenlerle hastalara birlikte uygulandığı (Özkan, 2011; Soliman ve ark., 2018) çalışmalarda hastaların klinik durumunun iyileşmesinin yanı sıra bakım veren yükünün de azaldığı belirlenmiştir.

Yıldırım (2007), ayaktan tedavi edilen şizofreni tanılı hastaların ailelerine yönelik 14 haftalık grup psikoeğitimi, ev ziyaretleri ve kontrol randevularından oluşan altı aylık

izlemeyi kapsayan bir program uygulamıştır. Psikoeğitim oturumları daha çok bakım verenlerin, hasta olan yakınlarının baş etmesine nasıl yardım edecekleri ile ilgili konulardan oluşmaktadır. Araştırmanın sonuçları, psikoeğitim programının, ailelerin sağlıklı aile işlevleri geliştirme davranışları ve hastaların aileden algıladıkları sosyal destek düzeyleri üzerinde önemli etkileri olduğunu, hastaların ilaç uyumsuzluk düzeylerinin deney grubu için önemli ölçüde azaldığını göstermiştir. Çalışmanın sonucunda benzer psikoeğitim programlarının yataklı psikiyatri kliniklerinin hizmet rutinleri arasına yerleştirilmesi önerilmiştir. Benzer çalışmalarda da şizofreni hastalarının bakım vericilerine uygulanan psikoeğitimin, bakım verenlerin yaşadıkları ve algıladıkları bakım yükünü azalttığı belirlenmiştir (Tanrıverdi, 2008; Çabuk, 2014).

Yüksel (2008)'in çalışmasında görsel materyaller ve tartışma bölümleri ile zenginleştirilmiş bir günlük yoğunlaştırılmış psikoeğitim programının hasta yakınlarının duygu dışı vurumu, tükenmişlikleri ile şizofreni hakkındaki bilgi düzeyleri üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, doğrudan bir müdahalede bulunulmamasına rağmen hastaların da algıladıkları duygu dışı vurumunda anlamlı bir azalma olduğu bildirilmiştir. Şizofreni hakkında bilgi içeren yazılı malzemelerin tek başına hasta yakınlarına dağıtılmasının, hasta yakınlarının tükenmişlik, duygu dışı vurum düzeyleri ile hastaların algıladıkları duygu dışı vurumu üzerinde etkisinin olmadığı saptanmıştır. Bu bulgular, uzun süreli programların yanı sıra daha kısa süreli psikoeğitim programlarının da önemli etkiler ortaya çıkardığını göstermiştir.

Durmaz (2015)'in çalışmasında bir TRSM'ye kayıtlı şizofreni hastalarına bakım veren aile üyelerine bireysel psikoeğitimle birlikte Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi teknikleri uygulanmış ve yalnızca psikoeğitim uygulanan gruba ve kontrol grubuna göre öz etkililiği artırmada ve bakım yükünü azaltmada bu iki yöntemin birlikte daha etkili olduğu belirlenmiştir. Şizofreni hastalarıyla yürütülen bir tez çalışmasında, klinik yatış esnasında hastalara ve ailelerine uygulanan bireysel psikoeğitime ek olarak taburculuk sonrası altı ay süresince “Kişilerarası İlişkiler Kuramı” ve “Hasta Merkezli Bakım Kuramı”na dayandırılmış tele-psikiyatrik izlem yapılmış ve hastaların tedaviye uyum ve sosyal işlevsellik düzeylerinin arttığı; bakım vericilerin aile yükü, duygu dışıvurum ve depresyon düzeylerinin azaldığı saptanmıştır (Özkan, 2011). Bu sonuçlar doğrultusunda

şizofreni hastaları ve bakım vericilerinin kuram temelli psikoeğitim programlarına farklı yöntemlerin eklendiği girişimlerle desteklenmesinin hasta ve ailesi üzerinde olumlu etkisi olacağı düşünülmektedir.

Hemşirelikte kuram ve modeller, gerçek ya da potansiyel sorunları tanımlayarak, gerçekleştirilecek girişimleri ayrıntılarıyla belirlemeye yardım etmektedir. Araştırma boyutunda ise araştırma problemlerinin belirlenmesi ve araştırmanın kuramsal çerçevesinin geliştirilmesinde fayda sağlamaktadır (Koç ve ark., 2017). Hastalıkta belirsizlik kuramı ve onun yeniden kavramsallaştırılması, hemşirelik uygulamalarından hemşirelik için türetilen modellerdir (Bailey ve ark., 2007). Bu kuramlar bir hastalık deneyimine bağlı olarak belirsizlik yaşayan bireylere yönelik girişimlere çerçeve sunmakta, bunu yaparken daha çok psikoeğitimsel müdahaleleri kullanmaktadır. Mishel, kuramdan türetilen modele dayalı psikoeğitimsel hemşirelik müdahalelerini test ettiği ve çoğunlukla kanser hastası olan bireylerle yapmış olduğu çalışmalarda hasta ve ailelerle ilgili sonuçları iyileştirmede önemli bulgular ortaya koymuştur. Kuramlar, çeşitli hasta grupları ve bakım verenleri ile yapılan araştırmaları yönlendirmede çok yararlı olmuştur (Bailey ve Stewart, 2014). YKHBK'ya göre sürekli belirsizlik durumu, bir hastalıkla mücadele koşullarında, pozitif psikolojik değişim ve kişisel büyüme açısından kolaylaştırıcı olabilmektedir. Hemşireler, bu süreçte bireylerin belirsizliği stresli bir durum olmaktan çıkıp umut verici bir durum olarak yeniden değerlendirmelerini sağlayarak belirsizliği yönetmelerine yardım etmektedir (Mishel, 1990). Zaman içinde gelişen bir süreci incelemenin zorluğu nedeniyle YKHBK'ya daha az ilgi gösterilmiştir. Kuramı nicel çalışmalara kıyasla daha çok nitel çalışmaların desteklediği görülmektedir. Bu çalışmalar, diyabet, HIV hastaları ve aileleri, şizofreni hastaları ve yakınları, kalp nakli yapılmış hastaların eşleri, meme kanseri ve çocukluk çağı kanserlerinden hayatta kalan bireylerle yapılmıştır. Belirsizlik yoluyla yeni bir yaşam görüşüne geçiş, her araştırmacı tarafından farklı bir çerçeveye oturtulmuştur. Böylece belirsizlikle büyüme; öz-düzenleme, gözden geçirilmiş bir yaşam perspektifi, var olmanın yeni yolları, yaşam için yeni hedefler, değerli olanı değersizleştirmek, normal olanı yeniden tanımlamak ve yeni hayaller inşa etmek gibi farklı kavramlarla açıklanmıştır (Mishel, 2014).

Hastalıkta belirsizlik kuramları, bakımverenlere uygulanabilir olmasıyla hasta deneyimlerini merkeze alan diğer hemşirelik kuramlarından ayrılmaktadır. Bu boyutuyla kuramlar bakım verenlere yönelik yapılan bir çok çalışmaya rehberlik etmiştir. Lin ve ark. (2010), hastalıkta belirsizlik kuramlarına dayandırdıkları kavramsal modele göre bakım verendeki belirsizliğin baş etme yöntemlerini olumsuz etkilediğini, etkin baş etme yöntemlerinin ise belirsizlik yoluyla büyümeye yardım ettiğini bildirmiştir. Aynı çalışmada sosyal desteğe ulaşmanın, bakım verendeki belirsizliği azaltma ve daha fazla baş etmeye cesaretlendirme etkisi aracılığıyla belirsizlik yoluyla büyümeyi teşvik ettiği ortaya konmuştur. YKHBK'nın belirsizliği hayatın bir parçası olarak görme ve yeni bir bakış açısı geliştirmek için bir fırsat olarak yeniden yorumlama fikrini temel alan bir vaka çalışmasında; bakım verenin kaygısını azaltmak, iç kaynaklarının harekete geçirilmesine ve refahının artmasına yardımcı olmak için kuramın ana kavramlarına dayalı değerlendirme yapılmış ve problem çözme yöntemi ile acı çekme deneyimlerini dönüştürmesi sağlanmıştır (Vives-Relat ve ark., 2011). Yanı sıra hastaların durumu hakkında açıklayıcı bilgi alan ailelerin hastalar için daha iyi karar verebildiği, daha az kaygı bildirdikleri ve hastalarına duygusal ve fiziksel destek sağlama konusunda daha başarılı oldukları belirlenmiştir (Mitchell ve Courtney, 2004).

Ruhsal hastalık ile yaşayan bireylere verilen desteği geliştirmek için belirsizlik kavramı ve etkileri ruh sağlığı uzmanları arasında dikkate alınmaya ve araştırılmaya başlanmıştır. Ruh sağlığı psikiyatri hemşireliğindeki çağdaş yaklaşımlar belirsizliği doğrudan ele almamaktadır. Ancak psikiyatri hemşireleri, kronik bir hastalık süreci yaşayan bireyler ve onların bakım verenlerinin karşılaştıkları hastalıkta belirsizlik deneyimini anlama ve ele almaya temel oluşturacak hemşirelik kuramlarına zaten sahiptir. Şizofreni hastalığının tutarsız seyri, onu yaşayan bireylere ve ailelerine uzun süreli belirsizlik deneyimi yaşatmaktadır. Ülkemizde bakım verenlerin yaşadığı bu sürekli belirsizlik durumunu ve ona yönelik girişimleri ele alan az sayıda çalışma bulunmaktadır (Taş Bora ve Buldukoğlu, 2020; Özkan, 2020). Bu çalışmada YKHBK, şizofreni hastalarına bakım verenlerin hastalık ve bakım verme ile ilgili belirsizliği tanımları, yeniden değerlendirmeleri ve yönetmelerine yardım etmek amacıyla oluşturulan psikoeğitim müdahalesinin kavramsal çerçevesini oluşturmaktadır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu araştırma, randomize kontrollü tek kör deneysel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, Hastalıkta Belirsizlik Kuramı'na temellendirilmiş psikoeğitimin şizofreni hastalarına bakım verenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve başa çıkma düzeylerine etkisini belirlemektir.

3.3. Araştırmanın Varsayımları

1. Şizofrenide bakım verenler, hastalık ve bakım verme süreciyle ilgili belirsizlikler yaşar ve bu belirsizliklerle baş etmede yardıma gereksinim duyar.
2. Psikiyatri hemşireleri, belirsizlikleri yönetmede; bilgi ve sosyal desteği artırma, bilişsel kapasiteyi güçlendirme gibi yaklaşımları kullanarak bakım verenlere yardım eder.
3. Kuramlar, bireylerin sağlık düzeylerini yükseltmek için kullanılan hemşirelik uygulamalarına rehberlik eder.

3.4. Araştırmanın Hipotezleri

1. Hipotez (H1): Bakım verenlerin BYPP uygulaması öncesi belirsizlik puanları uygulama sonrasındaki puanlarından daha yüksektir.
2. Hipotez (H1): Bakım verenlerin BYPP uygulaması öncesi belirsizliğe tahammülsüzlük puanları uygulama sonrasındaki puanlarından daha yüksektir.
3. Hipotez (H1): Bakım verenlerin BYPP uygulaması öncesi psikolojik iyi oluş puanları uygulama sonrasındaki puanlarından daha düşüktür.
4. Hipotez (H1): Bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutlarından,
 - H1.a: BYPP uygulaması öncesi “Kendine güvenli yaklaşım” puanları uygulama sonrasındaki puanlarına göre daha düşüktür.
 - H1.b: BYPP uygulaması öncesi “İyimser yaklaşım” puanları uygulama sonrasındaki puanlarına göre daha düşüktür.
 - H1.c: BYPP uygulaması öncesi “Sosyal destek arama yaklaşım” puanları

uygulama sonrasındaki puanlarına göre daha düşüktür.

H1.d: BYPP uygulaması öncesi “Çaresiz yaklaşım” puanları uygulama sonrasındaki puanlarına göre daha yüksektir.

H1.e: BYPP uygulaması öncesi “Boyun eğici yaklaşım” puanları uygulama sonrasındaki puanlarına göre daha yüksektir.

5. Hipotez (H1): BYPP uygulanan bakım verenlerin belirsizlik puanları kontrol grubundan daha düşüktür.

6. Hipotez (H1): BYPP uygulanan bakım verenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük puanları kontrol grubundan daha düşüktür.

7. Hipotez (H1): BYPP uygulanan bakım verenlerin psikolojik iyi oluş puanları kontrol grubundan daha yüksektir.

8. Hipotez (H1): BYPP uygulanan bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutlarından,

H1.a: Kendine güvenli yaklaşım puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H1.b: İyimser yaklaşım puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H1.c: Sosyal destek arama yaklaşım puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir.

H1.d: Çaresiz yaklaşım puanları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

H1.e: Boyun eğici yaklaşım puanları kontrol grubuna göre daha düşüktür.

3.5. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı Değişkenler: Bakım verenlerin belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma tarzları (kendine güvenli yaklaşım, iyimser yaklaşım, sosyal desteğe başvurma, çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşım) puanları araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

Bağımsız Değişken: Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programı (BYPP), araştırmanın bağımsız değişkenidir.

3.6. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Antalya İlinde Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniği’nde yapılmıştır. Araştırmanın verileri Nisan 2019- Ağustos 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları biriminde ayakta ve yatarak tedavi hizmetleri verilmektedir. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları birimi,

hastane bahçesinde üç katlı müstakil bir binada yerleşmiş olup, bu binada klinik ve poliklinik hizmetleri verilmektedir. Öğretim üyeleri ve araştırma görevlisi doktorları bünyesinde bulunduran polikliniklerde randevusuz olarak günlük muayene yapılmakta ve bireysel psikoterapi, grup psikoterapisi, elektrokonvülsif tedavi (EKT) ve transmanyetik uyurım (TMS) tedavisi uygulanmaktadır.

Klinik 30 yatak kapasitesine sahiptir. Klinikte, bahçe ve spor alanı ile birlikte tüm hastaların birlikte vakit geçirebildikleri, yemek yedikleri ve televizyon izledikleri bir salon, uğraşı odaları, kütüphane köşesi ve açık sigara içme alanı bulunmaktadır. Bahçede hastaların boş zaman etkinliği için spor aletleri, ekim alanı ve oturma alanı olarak da bir kameriye bulunmaktadır. Refakatçiler de klinikteki tüm ortak alanlarda vakit geçirebilmektedir. Klinikte grup eğitimleri, gevşeme egzersizleri, okuma ve sinema saati gibi etkinliklerin yapıldığı bir “eğitim ve toplantı odası” bulunmaktadır. Araştırmacı, psikoeğitimlerde bu eğitim odasını kullanmıştır.

Klinikte toplam sekiz hemşire çalışmaktadır. Her hemşire, tüm hastaların bakımından sorumludur. Klinikte yürütülen hemşirelik bakım uygulamaları; servis genel düzenini sağlama, tedavi-takip saati, günaydın- işe yöneltme toplantıları, spor ve bahçe saati, Tatlı Perşembe etkinliği, gezi saati, sinema ve kitap okuma saatleri, gevşeme egzersizleri, uğraşı etkinliği (örgü, mandala, takı vs.) ve haftada bir gün yürütülen hastalar için grup eğitimi saatleridir. Bu grup eğitimlerinde "hastalık süreci, günlük yaşam aktiviteleri, özbakım, ilaçlar, rehabilitasyon, stres yönetimi, uyku hijyeni, sigara ve zararları, öfke kontrolü" başlıklı konular ele alınmaktadır. Bu konuların özetini içeren bir eğitim kitapçığı da taburculuk esnasında hastalara verilmektedir.

Hastaların kliniğe yattıkları ilk günler ve takip eden hafta genellikle ilaç tedavisine uyumlandıkları süreç olarak kabul edilmektedir. Bu süreçte sedasyon hali ve baş dönmesi gibi durumlara karşı hasta güvenliğini artırmak amacıyla sağlık ekibinin değerlendirmesiyle klinikte hastayla birlikte bir kişinin refakatçi olarak kalmasına karar verilmektedir. Bunun dışında yine ciddi yeti yitimi olan, yönelim bozukluğu yaşayan ve yakın gözlem gerektiren hastaların yakınları da yataklı tedavi süresince klinikte kalabilmektedir. Akşam 19:00'dan sonra refakatçiler için dışarı çıkış yasağı bulunmaktadır. Bunun yanında klinikte refakatçisi olmayan bir çok hasta yatmaktadır. Bu

hastaların yakınları her gün yapılan ve yarım saat süren ziyaret saatlerinde kliniğe gelebilmektedir. Refakatçiler, çoğunlukla hastaların aile bireylerinden oluşmaktadır. Bakım evinde yaşamakta olan hastalara ise ücretli bakıcılar refakat etmektedir. Bu çalışmada, hastadan birinci derecede sorumlu olan aile üyesi bakım veren olarak kabul edilmiştir.

Klinikte bakım veren bireylere yönelik yapılandırılmış her hangi bir eğitim ya da uygulama bulunmamaktadır. Hastalara yönelik yapılan grup eğitimlerine refakatçilerden gönüllü olanların katılmasına izin verilmektedir. Özellikle klinikte refakatçi olarak bulunan bakım verenler, sağlık personeline doğrudan ulaşabilmekte, soru sorabilmekte ve yürütülmekte olan etkinliklerin çoğunu gözlemleyebilmektedir. Yanı sıra tedavi süreci içinde doktorlar hasta yakınlarıyla da görüşmeler planlayabilmektedir. Klinikte refakatçi olarak kalmayan bakım verenler de kliniğe gelerek hastalarıyla ilgili bilgi alabilmektedir. Yine bu kişiler sağlık personeli tarafından gerekli durumlarda sistemde kayıtlı iletişim adresleri kullanılarak aranmakta, ilaç, malzeme veya bilgi alma konusunda iş birliği yapılmaktadır. Araştırmacı da klinikte refakatçi olarak bulunmayan bakım verenlere bu yolla ulaşmış ve katılımlarını sağlamıştır.

3.7. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini; Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri kliniğine yatışı yapılan şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleri oluşturmuştur. Araştırma örneklemine, Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri kliniğinde şizofreni tanısıyla yatan hastaların örnekleme dahil olma ölçütlerine uyan bakım verenleri alınmıştır. Bakım veren olarak, ailede hasta ile en fazla zaman geçiren ve hastanın bakım sorumluluğunu birinci derecede üstlenen aile bireyi çalışmaya alınmıştır.

3.7.1. Örneklem Özellikleri

Araştırmaya alınacak kişiler için dahil etme ve dışarıda kalma kriterlerini içeren özellikler Tablo 3.1' de yer almaktadır.

Tablo 3.1. Örneklem Özellikleri

Bakım Veren			Şizofreni Tanısı Alan Birey	
Örnekleme Dahil Olma Ölçütleri	Örneklemin Dışında Tutulma Ölçütleri	Araştırma Sırasında Örneklemden Çıkarılma Ölçütleri	Örnekleme Dahil Olma Ölçütleri	Örneklemin Dışında Tutulma Ölçütleri
-DSM-5'e göre şizofreni tanısı konmuş hastanın bakımından birinci derecede sorumlu olma -18 yaş üstü olma -Okur yazar olma	- Ölçek uygulaması ve oturumlara katılımı etkileyecek herhangi bir fiziksel (işitme, konuşma vs.) ya da ruhsal bozukluğu (psikotik bozukluk, zekâ geriliği vb.) olma -Benzer bir araştırmanın katılımcısı olma	-Araştırmadan kendi isteği ile ayrılma -Araştırmanın herhangi bir aşamasında ölçüm araçlarını doldurmama (il dışında olma, ulaşılama gibi nedenlerle)	-18 yaş üstü olma -En az bir yıldır şizofreni tanısı alma	-Eşlik eden başka ruhsal bozukluk olması

3.7.2. Örneklem Büyüklüğünün Hesaplanması

Araştırmanın planlama aşamasında güç analizini kullanmak, çalışma için kaç katılımcı gerektiği hakkında hassas karar vermeye yardımcı olmaktadır (Çapık 2014). Ancak araştırma gerçekleşmeden etki büyüklüğü parametresi ve güç değeri belli olmadığı için bu parametreler için ilgili yazında kullanılan parametre değerlerinden faydalanılmaktadır (Cohen, 1988; Keskin, 2012). Bu araştırmada örneklem büyüklüğünün hesaplanmasında G*Power 3.1 istatistik programı kullanılmış ve önsel (Priori) güç analizi yapılarak minimum örneklem sayısı belirlenmiştir. G power programıyla yapılan güç analizinde 0.5 orta etki büyüklüğü (Cohen d), $p=0.80$ güç ve 0.05 tip I hata payı ile örneklem sayısı her grupta 28 kişi olarak bulunmuştur.

Uygulama, çalışma takviminde belirtilen tarihler arasında kesintisiz devam ederken COVID-19 pandemisinin ortaya çıkışıyla Nisan 2020'den itibaren hastane yönetiminin korunma önlemleri kapsamında kliniğe hasta yatışı sınırlandırılmıştır. Diğer yandan Psikiyatri Kliniği pandemi koşullarından etkilenmeden hizmeti sürdürdüğü süreçte veri toplanmasına devam edilmiştir. Yatış sayısının azalması dışında çalışmayı bozan bir etken olmadığından, araştırmacı maske kullanımı, eğitim odasını havalandırma, dezenfektan

kullanma, hijyen uygulamalarını artırma gibi önlemler olarak uygulamayı sürdürmüştür. Çalışma pandemi koşullarında devam ederken Eylül 2020’de ikinci bir sorun olarak klinikte bazı hastaların Covid pozitif olduklarının belirlenmesi üzerine hasta yakınlarının kliniğe girişinin kısıtlanması nedeniyle araştırma protokolünde belirlenen koşullar bozulmuştur. Bu süreçte araştırmacı 27 girişim, 27 kontrol grubunda olmak üzere belirlediği veri sayısından sadece iki veri (bir kontrol ve bir girişim) hariç tüm katılımcılara ulaşarak uygulamayı gerçekleştirmiştir. Araştırmada iki adet veri kaybı olduğu için randomizasyondan yaklaşık %3.5 (2/56)’luk bir kayıp gerçekleşmiştir ve bu oran %10’dan küçük olduğundan kabul edilebilir düzeydedir (Akın ve Koçoğlu, 2017). Bu nedenle araştırmanın uygulama aşamasına son verilmiştir.

3.8. Randomizasyon ve Körleme

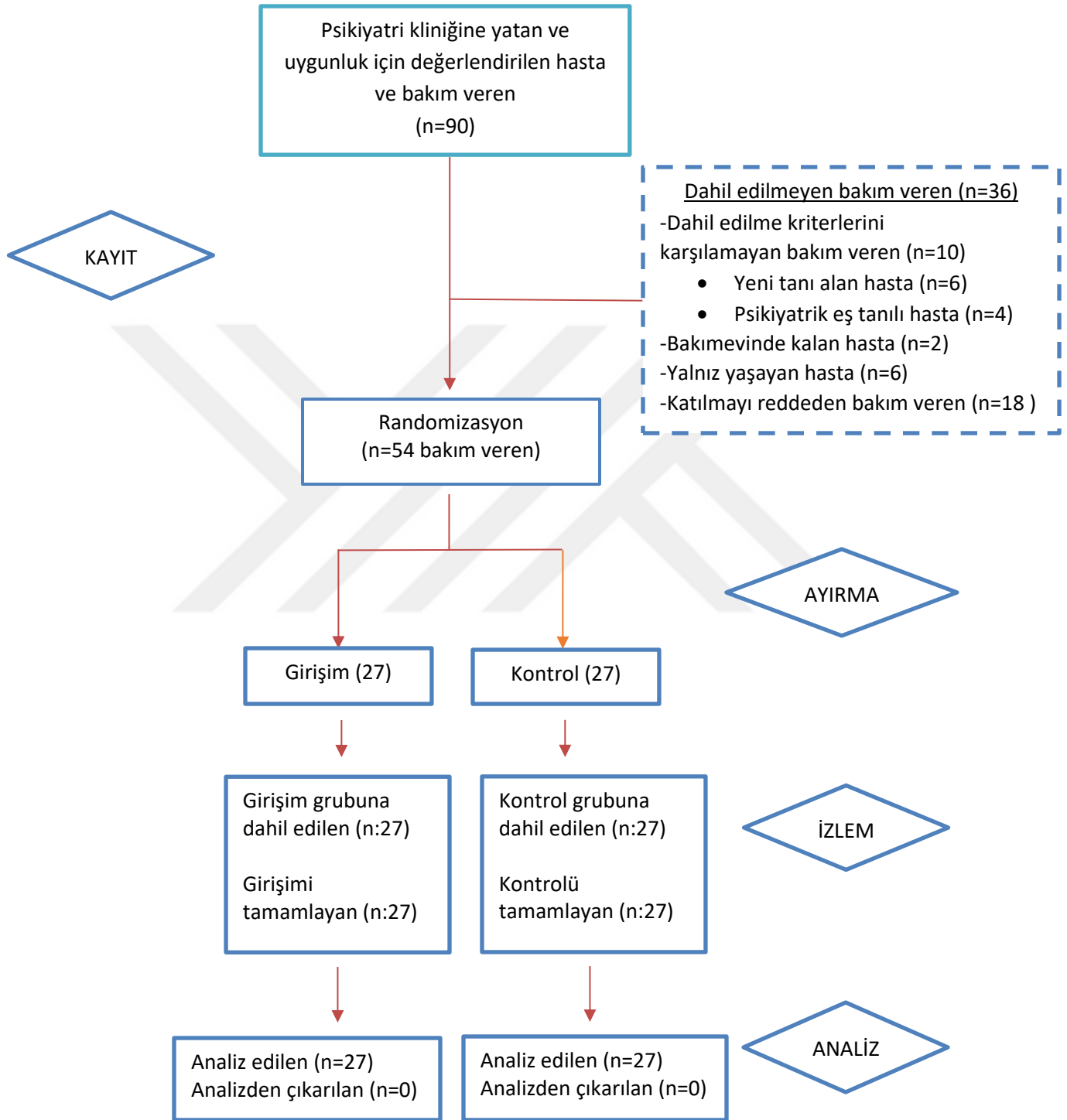
Bireylerin gruplara randomize atanmasında, örneklem büyüklüğü 28 olarak belirlendiği için 56 adet opak zarf alınarak her birinin içine “girişim” veya “kontrol” yazan kağıtlar konulmuştur. Zarfların ağızları kapatılmış ve karıştırılmıştır. Bu işlem tez dışından bir araştırmacı tarafından gerçekleştirilmiştir. Hastaların kliniğe yatış tarihine göre sırasıyla bakım verenlerden onam alındıktan sonra bir zarf seçilmiş ve araştırmacı zarftan çıkan yazıya göre katılımcının “girişim” veya “kontrol” grubu olduğunu belirlemiştir. Bireysel psikoeğitim uygulandığından gruplara atanan ilk bireylerle birlikte araştırma başlamıştır.

Bu çalışmada girişimi uygulayan ve verileri değerlendiren araştırmacı aynı kişidir. Bu nedenle sadece araştırmaya katılmayı kabul eden bireylerin bulundukları grubu bilmemeleri sağlanarak tek yönlü bir körleme yapılmıştır. Bu araştırmanın tipi randomize kontrollü çalışma olduğu için deneysel süreç, Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT-SPI 2018) raporuna uygun olarak yürütülmüştür (Grant ve ark., 2018) (Şekil 3.1).

Grupların homojenliğinin değerlendirilmesinde iki grup arasında kategorik değişkenler için ki-kare testi ve Fisher’in (gruplardaki veri sayısı yetersiz olduğunda) Exact testi kullanılmıştır. Yapılan analizler sonucunda bakım verenin cinsiyeti, bakım veren ve hastanın eğitim düzeyleri, bakım verenin mesleği, çalışmama nedeni, aylık gelir durumu, ailede başka psikiyatrik hastalık öyküsü, bakmakla yükümlü olduğu başka kişinin varlığı, hasta ile yakınlık derecesi, hastanın çalışma durumu gibi kategorik tanıtıcı değişkenler

yönünden girişim ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunamamıştır (p değerleri $> \alpha = 0.05$). Girişim ve kontrol gruplarının bakım verenin yaşı, ortalama hasta bakım süresi, hastanın yaşı, hastanın ilk tanı alma zamanı ve daha önceki yatış sayısı gibi sürekli değişkenler açısından farklı olup olmadığının kontrolü Mann-Whitney U testi ile test edilmiştir. Bu özellikler açısından da grup ortalamaları arasında fark olmadığı görülmüştür (p değerleri $> \alpha = 0.05$). Özetle girişim ve kontrol grubuna seçilen bireylerin tanıtıcı özellikleri açısından homojen olduğu görülmektedir (Tablo 3.2).





Şekil 3.1. CONSORT akış diyagramı (Grant ve ark., 2018)

Tablo 3.2. Randomizasyon Sonrası Girişim ve Kontrol Grubundaki Bakım Verenlerin Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması

Tanıtıcı Özellikler		Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Ki-kare	p-değeri
		Sayı	%	Sayı	%		
Cinsiyet	Kadın	19	70.4	18	66.7	0.086	0.770
	Erkek	8	29.6	9	33.3		
Medeni Durum	Evli	17	63.0	18	66.7	0.081	0.776
	Bekar	10	37.0	9	33.3		
Mesleği	Serbest	7	63.6	3	42.9	0.630*	0.532
	İşçi/memur	4	36.4	4	57.1		
Çalışmama nedeni	Emekli/Ev kadını	9	56.3	7	35.0	1.626	0.202
	Hastalık ve diğer nedenler	7	43.8	13	65.0		
Eğitim düzeyi	Okur yazar/ ilkokul	10	37.0	15	55.6	4.216	0.121
	Ortaokul/lise	12	44.4	5	18.5		
	Üniversite	5	18.5	7	25.9		
Aylık Gelir Gurumu	Gelir giderden az	8	29.6	13	48.1	1.948	0.163
	Gelir gider denk veya fazla	19	70.4	14	51.9		
Kronik Hastalık Öyküsü	Yok	12	44.4	10	37.0	0.307	0.580
	Var	15	55.6	17	63.0		
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	Yok	15	55.6	13	48.1	0.297	0.586
	Var	12	44.4	14	51.9		
Bakmakla yükümlü olduğu başka kişi	Yok	19	70.4	22	81.5	0.912	0.340
	Var	8	29.6	5	18.5		
Hasta ile yakınlık derecesi	Anne	12	44.4	8	29.6	1.800	0.615
	Baba	5	18.5	7	25.9		
	Eş	2	7.4	4	14.8		
	Diğer	8	29.6	8	29.6		
Sorunları çözmede yardım aldığı kişi ya da kurumlar	Var	6	22.2	9	33.3	0.831	0.362
	Yok	21	77.8	18	66.7		
Sorunları çözmede doktor ve hemşirelerin yardımcı olma durumu	Evet	16	59.3	24	88.9	6.171	0.013
	Hayır	11	40.7	3	11.1		
Hastanın çalışma durumu	Çalışıyor	5	18.5	6	22.2	0.114	0.735
	Çalışmıyor veya emekli	22	81.5	21	77.8		
Hastanın eğitim düzeyi	Okuryazar ve ilkokul	7	25.9	7	25.9	0.440	0.803
	Ortaokul ve lise	14	51.9	12	44.4		
	Üniversite	6	22.2	8	29.6		

*Beklenen değeri 5'in altında olan hücre sayısı %20'nin üzerinde olduğundan sonuçları yorumlamakta Pearson Ki-karesi yerine Fisher'in Exact test değeri kullanılmıştır.

Tablo 3.2. Devam

Tanıtıcı Özellikler	Girişim Grubu		Kontrol Grubu		Mann-Whitney U	p- değeri
	n	X $\pm$ SS	n	X $\pm$ SS		
Bakım verenin yaşı	27	49.93 $\pm$ 2.34	27	52.85 $\pm$ 2.26	294	0.221
Hastaya bakma süresi (yıl)	27	9.37 $\pm$ 1.50	27	7.37 $\pm$ 1.33	330	0.549
Hastanın ilk tanı alma zamanı (yıl önce)	27	8.52 $\pm$ 1.65	27	10.04 $\pm$ 1.52	303	0.286
Daha önceki yatış sayısı	27	2.33 $\pm$ 0.46	27	3.41 $\pm$ 0.54	272	0.105
Hastanın yaşı	27	35.04 $\pm$ 2.33	27	39.33 $\pm$ 2.30	284	0.166

*Beklenen değeri 5'in altında olan hücre sayısı %20'nin üzerinde olduğundan sonuçları yorumlamakta Pearson Ki-karesi yerine Fisher'in Exact test değeri kullanılmıştır.

Girişim ve kontrol gruplarına ilişkin demografik özellikler Tablo 3.2'de verilmiştir. Bakım verenlerle ilgili özelliklere bakıldığında; girişim grubundaki bakım verenlerin 70.4'ü, kontrol grubundaki bakım verenlerin ise 66.7'si kadındır. Girişim grubu bakım verenlerin yaş ortalaması 49.93 $\pm$ 2.34, kontrol grubunun ise 52.85 $\pm$ 2.26'dir. Girişim grubundaki bakım verenlerin %63'ü, kontrol grubundakilerin ise %66.7'si evlidir. Girişim grubundaki bakım verenlerin %44.4'ü, kontrol grubundakilerin %18.5'i ortaokul/lise mezunudur. Girişim grubundaki bireylerden bir işte çalışanların %63.6'sı serbest meslekle uğraşmakta, çalışmayanların ise %43.8'i hastalık ve diğer nedenlerle çalışmamaktadır. Kontrol grubundaki bireylerin %42.9'u serbest meslekle uğraşmakta, çalışmayanların %65'i ise hastalık ve diğer nedenlerle çalışmamaktadır. Girişim grubundaki bireylerin %29.6'sı, kontrol grubundakilerin ise %48.1'i aylık gelir durumunu "gelir giderden az" olarak algılamaktadır. Girişim grubundaki bakım verenlerin %44.4'ü, kontrol grubundakilerin %29.6'sı şizofreni hastalığı olan bireyin annesidir. Girişim grubunun ortalama hastaya bakma süresi 9.37 $\pm$ 1.50 yıl, kontrol grubunun ise 7.37 $\pm$ 1.33 yıldır. Girişim grubundaki bakım verenlerin %55.6'sı, kontrol grubundakilerin %63'ü kronik bir hastalığa sahiptir. Girişim grubundaki bireylerin %29.6'sının, kontrol grubundakilerin ise %18.5'inin hasta dışında bakmakla yükümlü olduğu başka kişiler bulunmaktadır. Girişim grubundaki bakım verenlerin %44.4'ü, kontrol grubundakilerin ise %51.9'u ailede psikiyatrik hastalığa sahip başka bireyler de olduğunu belirtmiştir. Girişim grubundaki bakım verenlerin %77.8'i, kontrol grubundakilerin %66.7'si sorunlarını çözmede yardım aldıkları herhangi bir kişi ya da kurum olmadığını belirtmiştir. Girişim grubundaki bakım

verenlerin %59.3'ü, kontrol grubundakilerin ise %88.9'u sorunlarını çözmede doktor ve hemşirelerin yardımcı olduğunu belirtmiştir.

Hastalarla ilgili özelliklere bakıldığında; girişim grubundaki hastaların yaş ortalaması 35.4 ± 2.33 , kontrol grubundakilerin ise 39.33 ± 2.30 'dur. Hastaların ilk tanı alma zamanı girişim grubunda ortalama 8.52 ± 1.65 yıl önce, kontrol grubunda ise ortalama 10.04 ± 1.52 yıl öncedir. Girişim grubundaki hastaların daha önce ortalama 2.33 ± 0.46 kez, kontrol grubundakilerin ise 3.41 ± 0.54 kez hastaneye yattıkları belirlenmiştir. Girişim grubundaki hastaların %51.9'u ortaokul/lise mezunu olup %18.5'i bir işte çalışmakta; kontrol grubundaki bireylerin ise %44.4'ü ortaokul/lise mezunu olup %22.2'si çalışmaktadır.

CONSORT listesinin 19. maddesi “beklenmedik olaylar ve yan etkileri” ile ilgilidir (Günüşen ve Üstün, 2009). Araştırmada karşılaşılan sorun 19. madde yönünden ele alınarak araştırmada kullanılan “GKÖ, BTÖ-12, PİÖÖ ve SBTÖ” ile elde edilen ölçümlerin pandemi nedeniyle etkilenip etkilenmediğini test etmek gerekmiştir. Araştırmanın temelini oluşturan bağımlı değişken ölçümlerinin pandemiden etkilenip etkilenmediğini test etmek amacıyla araştırmadaki tüm bağımlı değişkenler için pandemi öncesi ve pandemi sırasında toplanan veriler ile Mann-Whitney Testi yapılmıştır (Tablo 3.3-3.4).

Tablo 3.3. Girişim Grubu İçin Pandemi Öncesi ve Sonrası Ölçümlerinin Karşılaştırması

Değişkenler	Pandemi Öncesi (n=19) X±SS	Pandemi Sonrası (n=8) X±SS	U	p-değeri
Belirsizlik düzeyi öntest	6.47±0.48	7.13±0.97	62.00	0.481
Belirsizlik düzeyi sontest	5.05±0.43	4.88±0.91	73.50	0.897
Belirsizliğe tahammülsüzlük öntest	2.71±0.19	3.04±0.25	52.00	0.217
Belirsizliğe tahammülsüzlük sontest	2.62±0.16	2.94±0.23	58.00	0.360
Psikolojik iyi oluş öntest	5.54±0.23	5.26±0.27	56.00	0.307
Psikolojik iyi oluş sontest	5.60±0.20	5.43±0.16	59.50	0.389
Kendine güvenli yaklaşım öntest	2.23±0.12	2.41±0.27	53.00	0.238
Kendine güvenli yaklaşım sontest	2.33±0.11	2.41±0.16	69.50	0.735
İyimser yaklaşım öntest	2.07±0.09	2.22±0.23	51.50	0.198
İyimser yaklaşım sontest	2.28±0.11	2.35±0.17	69.50	0.735
Sosyal destek arama yaklaşımı öntest	1.89±0.11	1.50±0.14	36.50	0.034*
Sosyal destek arama yaklaşımı sontest	1.89±0.14	1.50±0.14	49.50	0.163
Çaresiz yaklaşım öntest	1.11±0.11	1.07±0.28	70.00	0.775
Çaresiz yaklaşım sontest	1.15±0.11	1.06±0.20	70.50	0.775
Boyun eğici yaklaşım öntest	1.07±0.11	1.14±0.16	70.50	0.775
Boyun eğici yaklaşım sontest	0.98±0.10	1.08±0.14	64.00	0.549

*p<0.05

Girişim grubu (27 kişi) ile yapılan uygulamalardan 19'u Türkiye'de henüz COVID-19 vakası tespit edilmemişken gerçekleştirilmiştir. Diğer 8 kişi ile pandemi devam ederken ancak Akdeniz Üniversitesi Psikiyatri Kliniği bu pandemiden etkilenmediği süreçte çalışılmıştır. Tablo 3.3'de görüldüğü gibi yapılan Mann-Whitney analizleri sonucunda, pandemi öncesi ve sonrasında yapılan ölçümlerde "stresle başa çıkma tarzları ölçeği" nin beş alt boyutundan sadece "sosyal destek arama yaklaşımı" alt boyutunun öntest sonuçlarında istatistiksel olarak bir farklılık bulunmuştur ($p=0.034<0.05$). Toplamda 16 ölçümden sadece bir tanesindeki farklılığın ($1/16=0.07$) randomizasyonu etkilemeyeceği söylenebilir (Akın ve Koçoğlu, 2017). Aynı hesaplamalar kontrol grubu ölçümleri için de gerçekleştirilmiş ve elde edilen analiz sonuçları Tablo 3.4'de verilmiştir. Sonuç olarak, yürütülen deneysel araştırmadan elde edilen tüm veriler araştırmanın hipotezlerini test etmede kullanılmıştır.

Tablo 3.4. Kontrol Grubu İçin Pandemi Öncesi ve Sonrası Ölçümlerinin Karşılaştırması

Değişkenler	Pandemi Öncesi (n=18) X±SS	Pandemi Sonrası (n=9) X±SS	U	p-değeri
Belirsizlik düzeyi öntest	6.67±0.50	5.89±0.58	64.00	0.403
Belirsizlik düzeyi sontest	5.67±0.41	5.00±0.55	69.00	0.561
Belirsizliğe tahammülsüzlük öntest	3.10±0.21	2.39±0.20	48.50	0.095
Belirsizliğe tahammülsüzlük sontest	3.01±0.16	2.33±0.32	49.00	0.106
Psikolojik iyi oluş öntest	5.11±0.26	5.73±0.20	62.50	0.348
Psikolojik iyi oluş sontest	5.41±0.19	5.86±0.19	58.00	0.253
Kendine güvenli yaklaşım öntest	2.04±0.16	2.26±0.22	61.50	0.322
Kendine güvenli yaklaşım sontest	2.09±0.14	2.31±0.20	62.00	0.348
İyimser yaklaşım öntest	1.87±0.14	1.86±0.26	81.00	1.000
İyimser yaklaşım sontest	1.90±0.15	1.91±0.23	80.50	0.980
Sosyal destek arama yaklaşımı öntest	1.33±0.12	1.25±0.12	74.50	0.743
Sosyal destek arama yaklaşımı sontest	1.26±0.09	1.27±0.10	80.00	0.980
Çaresiz yaklaşım öntest	1.46±0.14	1.09±0.16	50.00	0.118
Çaresiz yaklaşım sontest	1.41±0.13	0.97±0.19	47.00	0.085
Boyun eğici yaklaşım öntest	1.22±0.12	1.37±0.13	67.50	0.495
Boyun eğici yaklaşım sontest	1.32±0.10	1.12±0.21	69.50	0.561

* $p<0.05$

3.9. Verilerin Toplanması

Veri toplama araçları; bakım vereni tanıtan bir form ve araştırmanın bağımlı değişkenlerini ölçecek olan dört ölçekten oluşmaktadır. Ölçekler öntest-sontest düzeninde uygulamadan önce ve sonra hem girişim hem kontrol grubuna uygulanmıştır. Veri toplama araçları şunlardır:

- a. Bakım Veren Bilgi Formu
- b. Görsel Kıyaslama Ölçeği
- c. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği
- d. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği
- e. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

3.9.1. Bakım Veren Bilgi Formu

Araştırma kapsamına alınan bakım verenlerin sosyodemografik özelliklerini elde etmek amacıyla ilgili literatürden (Çetinkaya Duman ve ark., 2007; Ceylan ve Çilli, 2015; Harmancı ve Duman, 2016; Hurt ve ark. 2017; Gil ve ark., 2006) yararlanılarak araştırmacı tarafından geliştirilmiş 18 sorudan oluşan formdur. Formda, bakım verenin kişisel özellikleri, bakım verme deneyimiyle ilgili özellikler, hastanın hastalık süresi ve yatış sıklığı gibi hastalıkla ilgili özellikler ile bakım verenin sağlık profesyonelleriyle iletişim özelliklerini belirlemeye yarayan sorular bulunmaktadır (EK 3).

3.9.2. Görsel Kıyaslama Ölçeği

Görsel kıyaslama ölçeği (GKÖ), sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılan bir ölçektir. Ölçekte 100 mm lik bir çizginin iki ucuna değerlendirilecek parametrenin iki uç tanımı yazılır ve hastadan bu çizgi üzerinde kendi durumunun nereye uygun olduğunu bir işaret koyarak belirtmesi istenir. Testin uygulandığı çizginin yatay veya dikey olmasından, uzunluğundan etkilenmediği gösterilmiştir. Testin değerlendirilmesinde, hastalar için elde edilen değerlerin ortalaması alınır (<http://www.spinetr.com/Uploads/files/skor/VizuelAnalogSkala.pdf>). Bu çalışmada GKÖ, bireylerin algıladıkları belirsizlik düzeyini ölçmek için kullanılmıştır. Sol ucunda “belirsizlik yok”, sağ ucunda ise “yüksek düzeyde belirsizlik var” yazan 10 santimetrelilik bir cetvel üzerinde bakım verenin algıladığı belirsizlik düzeyini işaretleyebileceği şekilde

düzenlenmiştir (EK 4).

3.9.3. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) (EK 5), Carleton ve arkadaşları tarafından 2007’de geliştirilen ve Sarıçam ve ark. (2014) tarafından Türkçeye uyarlaması yapılan, bireylerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini ölçmeyi amaçlayan bir ölçektir. Carleton ve ark. (2007), Freeston ve ark. (1994) tarafından geliştirilen ve 27 maddeden oluşan Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeğini esas alarak bu kısa formu oluşturmuşlardır. BTÖ-12, toplam 12 maddeden oluşan beşli likert tipi ("1" Bana hiç uygun değil, "2" Bana çok az uygun, "3" Bana biraz uygun, "4" Bana çok uygun ve "5" Bana tamamen uygun) bir öz-bildirim ölçeğidir. Ölçeğin ileriye yönelik kaygı ve engelleyici kaygı olmak üzere iki alt boyutu bulunmaktadır. Alt boyutlara göre madde dağılımı; ileriye yönelik kaygı (1-7), engelleyici kaygı (8-12) şeklindedir. Ölçek hem alt boyutlara göre hem de toplam puan vermektedir. Bu çalışmada ölçeğin toplam puanı kullanılmıştır. Ölçekte ters kodlanan madde bulunmamaktadır. Yükselen puanlar yüksek düzeyde belirsizliğe tahammülsüzlüğü göstermektedir. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 60, en düşük puan ise 12’dir. Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı ölçeğin bütünü için 0.88; ileriye yönelik kaygı alt boyutu için 0.84 , engelleyici kaygı alt boyutu için 0.77 olarak bulunmuştur (Sarıçam ve ark., 2014). Bu araştırmada ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.88 olarak bulunmuştur. Çalışmadaki bütün ölçekler için Cronbach alfa değerleri, sontest ölçüm değerlerinden hesaplanmıştır.

3.9.4. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİÖÖ), Diener ve arkadaşları tarafından 2009’da, mevcut iyi oluş ölçümlerini tamamlayıcı olarak, sosyo-psikolojik iyi oluşu ölçmek amacıyla geliştirilmiştir (EK 6). Ölçeğin Cronbach alpha katsayısının 0.87 olduğu ifade edilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlama çalışması Telef (2013) tarafından yapılmış ve Cronbach alpha katsayısı 0.80 olarak bulunmuştur. Ölçek tek alt boyuttur ve sekiz maddeden oluşmaktadır. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği’nin maddeleri kesinlikle katılmıyorum (1) ile kesinlikle katılıyorum (7) şeklinde 1–7 arasında cevaplanmaktadır. Ölçekte bütün maddeler olumlu şekilde ifade edilmektedir. Puanlar 8 (tüm maddelere kesinlikle katılmıyorum cevabı verilirse) ile 56 (tüm maddelere kesinlikle katılıyorum cevabı

verilirse) arasında değişmektedir. Yüksek puan kişinin psikolojik kaynak ve güce sahip olduğunu göstermektedir. Ölçeğin araştırmamızdaki Cronbach alfa değeri 0.79 olarak bulunmuştur.

3.9.5. Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği'nin (SBTÖ), orijinal hali Lazarus ve Folkman (1984) tarafından geliştirilip 66 maddeden oluşup Şahin ve Durak (1995) tarafından üniversite öğrencileri için uyarlanarak, 30 maddelik forma dönüştürülmüştür (EK 7). Ölçeğin beş alt boyutu bulunmaktadır. Bunlar; “Kendine Güvenli Yaklaşım”, “İyimser Yaklaşım”, “Sosyal Desteğe Başvurma”, “Çaresiz Yaklaşım” ve “Boyun Eğici Yaklaşım”dır. Ölçek maddelerinin alt boyutlara dağılımı şu şekildedir:

- Kendine Güvenli Yaklaşım (7 Madde): 8, 10, 14, 16, 20, 23, 26
- Çaresiz Yaklaşım (8 Madde): 3, 7, 11, 19, 22, 25, 27, 28
- Boyun Eğici Yaklaşım (6 Madde): 5, 13, 15, 17, 21, 24
- İyimser Yaklaşım (5 Madde): 2, 4, 6, 12, 18,
- Sosyal Destek Arama (4 Madde): 1, 9, 29, 30

Ölçek, iki ana stresle başa çıkma tarzını ölçmektedir. Bunlar “Probleme yönelik/aktif” ve “Duygulara yönelik/pasif” tarzlardır. Aktif tarzları, “Sosyal desteğe başvurma”, “İyimser yaklaşım” ve “Kendine güvenli yaklaşım” alt ölçekleri olup bunlar aynı zamanda “etkili yöntemler” olarak da adlandırılmaktadır. Pasif tarzları “Çaresiz yaklaşım” ve “Boyun eğici yaklaşım” alt ölçekleri göstermektedir. Bunlar da stresle başa çıkmada “etkisiz yöntemler” olarak değerlendirilmektedir. Ölçekte kendine güvenli, iyimser ve sosyal destek arama yaklaşımlarından elde edilen puanlar arttıkça kişinin etkili, yani aktif başa çıkma stratejilerini kullandığı; çaresiz ve boyun eğici yaklaşım puanları arttıkça da etkisiz, yani pasif başa çıkma stratejilerini kullandığı anlaşılmaktadır (Şahin ve Durak 1995). Ölçek maddeleri 0-3 arası puanlanmaktadır. “Sosyal desteğe başvurma” alt ölçeğinin hesaplanmasında 1. ve 9. maddeler ters puanlanarak hesaplanmaktadır. Her alt ölçeğe ait puanlar ayrı ayrı hesaplanmaktadır. Her alt ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 3’tür. Toplam puan ise hesaplanmamaktadır. Şahin ve Durak (1995), üç farklı örneklem ile yaptıkları güvenilirlik analizi sonucunda alt ölçekler için Cronbach alfa değerlerini; “Kendine Güvenli Yaklaşım” için 0.62 ile 0.80 arasında, “İyimser Yaklaşım”

için 0.49 ile 0.68 arasında, “Sosyal Destek Arama” için 0.45 ile 0.47 arasında, “Çaresiz Yaklaşım” için 0.64 ile 0.73 arasında, “Boyun Eğici Yaklaşım” için ise 0.47 ile 0.72 arasında bulmuşlardır. Bu araştırmada alt ölçeklerin Cronbach alfa güvenirlik katsayıları; “Kendine Güvenli Yaklaşım” için 0.81, “İyimser Yaklaşım” için 0.75, “Sosyal Destek Arama” için 0.44, “Çaresiz Yaklaşım” için 0.68, “Boyun Eğici Yaklaşım” için 0.68 olarak belirlenmiştir. Bu araştırmadan elde edilen güvenirlik katsayıları” Sosyal Destek Arama” alt ölçeğinde güvenirlikteki kabul edilen sınırın altında kalsa da Şahin ve Durak (1995)’ın bulduğu sonuçlar ile uyumludur.

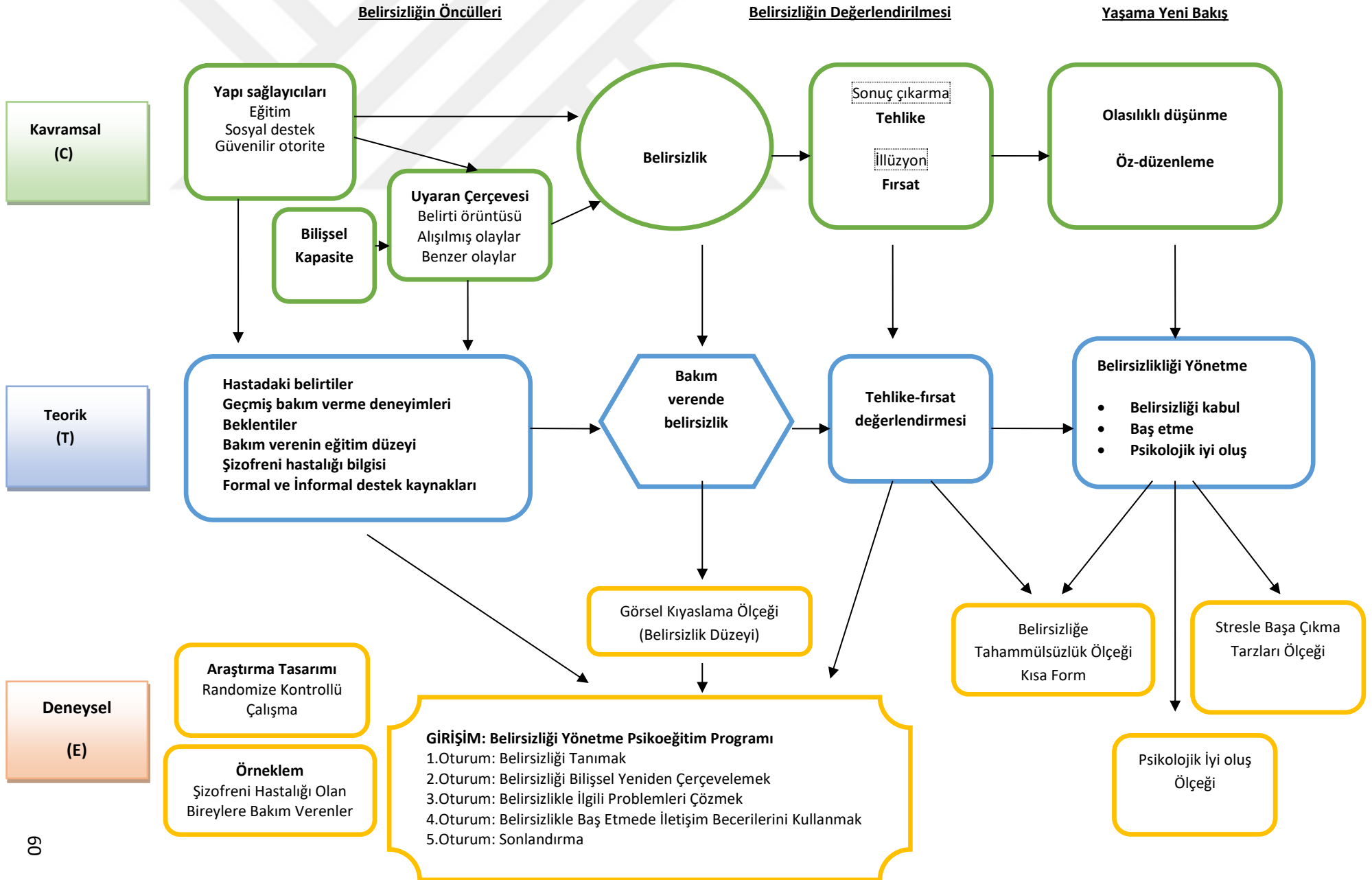
3.10. Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programının Yapılandırılması

Psikoeğitim, eğitim yöntem ve tekniklerinin ruhsal hastalıkların tedavi ve rehabilitasyonunda kullanıldığı bir süreç olup hasta ve aileye hastane dışında da yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Psikoeğitim; eğitici ve tecrübeye dayanan bir eğitim programı olup bireysel, grup ya da aile eğitimi şeklinde sunulmaktadır. Psikoeğitimin en açık işlevi bilginin transferi ve becerinin geliştirilmesidir (Çam ve ark., 2014). Sağlık çalışanlarından semptomların süresi, yoğunluğu ve nedenleriyle ilgili alınan bilgilerin hastalıkta belirsizliği azaltan temel bir faktör olduğu belirtilmektedir (Clayton ve ark., 2006). Bu araştırmada kullanılacak olan psikoeğitim programı YKHBK’ya temellendirilmiş bir modele (CTE) göre hazırlanmıştır (Şekil 3.2). Mishel ve ark. (2002), kanser hastalarında belirsizliği yönetmek için “bilgi verme, bilişsel yeniden çerçeveleme, problem çözme ve iletişim becerilerini geliştirme” stratejilerinden oluşan psikoeğitimsel bir müdahale geliştirmiştir. Bu kurama dayalı diğer çalışmalarda da bilgi verme ve beceri geliştirmeye odaklı psikoeğitimsel müdahaleler olduğu görülmüştür. Araştırmacı psikoeğitim oturumlarının içeriklerini literatürdeki belirsizliği yönetmeyle ilgili müdahale çalışmalarını (Bailey ve ark., 2004; Gil ve ark., 2006; Mishel ve ark. 2009; Germino ve ark., 2013; Mishel ve ark., 2002) inceleyerek genişletmiştir. Kurama göre belirsizliğin öncülleri olan “uyaran çerçevesi”, “bilişsel kapasite” ve “yapı sağlayıcıları”, bu çalışmadaki psikoeğitim oturumlarının içeriğinin oluşturulması ve kazandırılacak becerilerin seçiminde belirleyici olmuştur (Tablo 3.5). Bu bağlamda bakım verenin, hastalık ve bakım verme ile ilgili belirsizliğin öncüllerini tanımasına, bilişsel yeniden çerçeveleme yolu ile hastalıkta belirsizliği yaşamın doğal bir ritmi olarak kabul etmesine, iletişim ve problem çözme becerilerini kullanarak belirsizliği yönetmesine yardım etmeyi

amaçlayan “Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programı” geliştirilmiştir. Psikoeğitim programı, YKHBK’nın kavramları için en uygun olduğu düşünülen “kapsamlı geniş model”e göre hazırlanmıştır. Bu model; eğitimsel, duygusal, sosyal ögeler ile beceri ve aile ögesini içermektedir (Üstün, 2016). Her bir oturum için “hedefler, kazanımlar, süre, yöntemler, araç-gereç, içerik, ve kuramla ilişki” başlıkları ayrıntılı olarak çalışılmıştır. Programın amacı; bakım verenlerin hastalık ve bakım verme ile ilgili belirsizliğin öncüllerini tanımasına, bilişsel yeniden çerçeveleme yolu ile hastalıkta belirsizliği yaşamın doğal bir ritmi olarak kabul etmesine, iletişim ve problem çözme becerilerini kullanarak belirsizliği yönetmesine yardım etmektir. Program, bireysel psikoeğitimler şeklinde yürütülmüş, her bir oturum 60 dakika olmak üzere günde bir, haftada ise en az iki oturum yapılarak toplam beş oturumdan oluşan müdahale tamamlanmıştır. Art arda iki oturum arasında en az iki gün boşluk verilmiştir. Psikoeğitimde genellikle sözel anlatım ve soru-cevap yöntemleri kullanılmıştır (EK 8). Psikoeğitim programı yapılandırıldıktan sonra, Kuramcı Merle Mishel’den danışmanlık alarak Hastalıkta Belirsizlik Kuramları üzerine bir çok müdahale çalışması yürütmüş olan Amerika Duke Üniversitesi Hemşirelik Okulu Öğretim Üyesi Associate Professor Donald E. Bailey Jr’dan uzman görüşü alınmış ve tezin ikinci danışmanı olarak atanmasından sonra çalışmanın devamında da kendisinden önemli görüş ve katkılar alınmıştır. Yanı sıra ülkemizde psikoeğitim alanında çalışmalar yapmış olan dört Psikiyatri Hemşireliği öğretim üyesinden psikoeğitim programı ile ilgili uzman görüşleri alınmış ve bu doğrultuda gerekli değişiklik ve düzenlemeler yapılmıştır.

Tablo 3.5. BYPP Oturumları ve YKHBK Değişkenleri

Oturum No	Oturum Konusu	YKHBK Değişkenleri
1. Oturum:	Belirsizliği Tanımak	Belirti Örüntüsü, Alışılmış Olay, Benzer Olay, Bilişsel Kapasite
2. Oturum:	Belirsizliği Bilişsel Yeniden Çerçevelemek	Bilişsel Kapasite, Belirsizlik Değerlendirmesi (Tehlike-Fırsat)
3. Oturum:	Belirsizlikle İlgili Problemleri Çözmek	Bilişsel Kapasite, Baş Etme
4. Oturum:	Belirsizlikle Baş Etmede İletişim Becerilerini Kullanmak	Sosyal Destek, Güvenilir Otorite, Baş Etme
5. Oturum:	Sonlandırma	Olasılıklı Düşünme, Kendini Düzenleme, Yeni Bir Yaşam Görüşü



3.11. Ön Uygulama

Ön uygulama, 18.03.2019-18.04.2019 tarihleri arasında örnekleme dahil olma ölçütlerine uyan ve çalışmaya gönüllü iki bakım verenle yapılmıştır. Ön uygulamaya katılan bakım verenler çalışmaya dahil edilmemiştir. Ön uygulama ile psikoeğitim programının, materyallerin ve veri toplama araçlarının anlaşılabilirliği ve uygulanabilirliği ile uygulamanın yapılacağı ortamın uygunluğu değerlendirilmiştir. Psikoeğitimlerin yürütüldüğü eğitim ve toplantı odası klinikte çok amaçlı olarak kullanılmaktadır. Odada görüşme yapmaya uygun bir masa ve sandalyeler bulunmaktadır. Eğitim ortamının ışıklandırma ve havalandırması yeterli bulunmuştur. Eğitim sırasında sıcak içecek ikramında bulunulmuştur. Eğitimde notlar almak isteyen bireyler için bloknot ve kalemler hazır bulundurulmuştur. Psikoeğitim programı, bireysel yapıda olduğu için oturum başlangıç saatleri her bir bakım verenin uygunluk durumuna göre değişkenlik göstermiştir. Her bir bakım veren için günde bir oturum ve oturumlar arasında en az iki gün boşluk olacak şekilde beş oturumdan oluşan psikoeğitim müdahalesi iki hafta içinde tamamlanmıştır. Ön test ve son test ölçümlerinin yapılması da bu süre içinde olup, ilk oturumun başında ön test, son oturumun sonunda da son test için ölçekler uygulanmıştır. Ön uygulama sonrasında, her bir oturum için ortalama 60 dakika sürenin yeterli olduğu belirlenmiştir. Bakım verenlerden gelen görüşme verilerini kaydederek bunları sonraki oturumları yapılandırmada en etkin şekilde kullanabilmek amacıyla psikoeğitim içeriğine paralel bir görüşme formu oluşturulmuştur. Araştırmacının, görüşme anında ve sonrasında bakım verenden gelen verileri bu görüşme formundaki tablolara işlemesi ve her bireyle yürütülen psikoeğitim sürecinin sonuna kadar bu formları yanında bulundurması planlanmıştır. Bu formlardan sadece bir katılımcıya ait olanın, psikoeğitimin işleyiş sürecini göstermesi bakımından tezin sonunda ek olarak verilmesi planlanmıştır **(EK 9)**. Ön uygulama sonrasında veri toplama araçlarıyla ilgili herhangi bir değişiklik yapılmamakla birlikte psikoeğitim programı kapsamında yapılan diğer değişiklikler şunlardır:

- Katılımcılar, oturumdaki kazanımların günlük yaşama etkilerini yazmaları için oluşturulan deftere yazma konusunda “gereken her şeyi oturumlarda konuştuklarını” belirterek isteksiz davranmışlardır. Yazma konusunda motivasyon sağlanamayınca defterin uygulamadan çıkarılması düşünülmüştür.
- Kazanımların yazılacağı defter çıkarıldığından, ikinci oturumdan itibaren her oturumun başında “önceki oturumdan bugüne kadar yaşadığı ve anlatmak

istediği önemli bir deneyim olup olmadığı ve önceki oturumdaki kazanımların günlük yaşamına aktarılma durumu” ile ilgili konuşulması eklenmiştir.

Ön uygulama sonuçlarına göre psikoeğitim sonucunda katılımcıların belirsizlik düzeyleri ve belirsizliğe tahammülsüzlük toplam puanlarının azaldığı belirlenmiştir. Katılımcılara ait istatistiksel veriler Tablo 3.6’da yer almaktadır.

Tablo 3.6. Ön Uygulamaya Katılan Bakım Verenlerin Bağımlı Değişkenlerine Göre Ön test ve Son test Puanları

Ortalama Puanlar	Öntest M±SD	Sontest M±SD
Belirsizlik düzeyi	7.50±0.70	3.00±0.00
Belirsizliğe tahammülsüzlük	46.50±0.70	35.00±16.97
Psikolojik iyi oluş	46.00±4.24	43.00±8.48
Kendine güvenli yaklaşım	2.35±0.10	2.28±0.20
İyimser yaklaşım	2.50±0.14	2.10±0.14
Çaresiz yaklaşım	2.06±0.26	2.06±0.08
Boyun eğici yaklaşım	1.66±0.47	1.66±0.47
Sosyal desteğe başvurma	2.37±0.88	1.50±0.00

M (Mean): Aritmetik ortalama, SD (Standart Deviation): Standart sapma

3.12. Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programının Uygulanması

Ön uygulama sonrası yapılan değişikliklerle programa son şekli verildikten sonra uygulamaya başlanmıştır. Bu aşamada araştırmacı haftanın en az üç günü psikiyatri kliniğinde bulunmuştur. Kliniğe gidilemeyen günler için ise klinik hemşireleriyle iletişime geçilip hasta yatışları takip edilmiştir. Örneklemeye dahil olma ölçütlerine uyan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan bakım verenlerin randomizasyonla girişim veya kontrol grubunda olduğu belirlendikten sonra çalışmanın amacı, kapsamı ile ilgili genel bir bilgilendirme yapılmış ve onam formu imzalatılmıştır. Girişim grubundaki bakım verenlerden onam alındıktan sonra ilk oturum için randevu planı oluşturulmuştur. İlk oturumun başında katılımcılara ölçüm araçları verilerek ön test yapılmıştır. Girişim grubuna son testler psikoeğitimin son oturumunda yapılmıştır. Kontrol grubundaki katılımcılardan onam alındıktan sonra ön test uygulanmış, iki hafta sonra son testleri uygulamak üzere planlama yapıp iletişim bilgileri alınmıştır. Kontrol grubu katılımcılara hiçbir girişim uygulanmamıştır. Refakatçisi olmayan hastaların bakım verenleriyle yatıştan sonra telefonla iletişime geçilerek çalışmayla ilgili bilgi verilmiş, katılmayı kabul edenler kliniğe davet edilmiştir (Şekil 3.3).

3.13. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmadan elde edilen veriler SPSS Statistics 24.0 paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın istatistiksel analizlerinde bir istatistik uzmanından danışmanlık alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (sayı, yüzde, ortalama, standart sapma) kullanılmıştır. Elde edilen bulgular %95 güven aralığında ve $p < 0.05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Kullanılan testler Tablo 3.7’de gösterilmiştir. Girişim ve kontrol gruplarından elde edilen verilerin homojenliğini test ederken sürekli demografik değişkenler için “iki bağımsız örneğin geldikleri yığınların konum parametrelerinin eşitliğini sınanan” Mann-Whitney U testi yapılmıştır. Demografik özelliklerin homojenliğini ölçmek amacıyla ise “örneklerin aynı yığından gelip gelmediğini sınanan” Ki-kare testi kullanılmıştır (Ünver ve ark., 2011).

Bu araştırmada girişim ve kontrol grupları kullanıldığından araştırmanın ilk dört hipotezini (1.Hipotez-4.Hipotez) test etmek için Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Sınama Tekniği kullanılmıştır. Araştırmanın diğer hipotezlerini (5. Hipotez- 8. Hipotez) test etmek için ise parametrik olmayan istatistiksel yöntemlerden Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Çünkü girişim grubu için psikoeğitim öncesi ve sonrasında bağımlı değişkenlerden elde edilen ölçümlerin karşılaştırılmasında parametrik olmayan istatistiksel yöntemlerden Wilcoxon Eşleştirilmiş İki Örnek Sınama Tekniğini kullanmak gerekmektedir (Ünver ve ark., 2011).

Tablo 3.7. Araştırmada Kullanılan İstatistiksel Program ve Yöntemler

<i>İstatistik gerektiren alanlar</i>	<i>İstatistiksel Program ve Yöntemler</i>
Araştırmanın örneklem büyüklüğü, güç analizi ve etki büyüklüğü	G Power
Randomizasyon sonrası girişim ve kontrol gruplarının homojenliği	Mann-Whitney U testi ve Ki-kare testi
Ölçeklerin güvenilirliği	Cronbach alpha
Ölçeklerin tanımlayıcı verileri	Öntest-sontest puanları için ortalama, standart sapma, min- max değerleri
Girişim ve kontrol grubunun bağımlı değişkenlere göre öntest ve sontest ölçüm farkları	Mann- Whitney U testi
Girişim ve kontrol grubunun kendi içinde bağımlı değişkenlere göre öntest ve sontest ölçüm farkları	Wilcoxon Testi

***Randomizasyon ve örneklem büyüklüğü hesaplamaları dışında tüm analizler SPSS 24.0 istatistik programında gerçekleştirilmiştir

3.14. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (20.09.2017 tarihli, 70904504/338 sayılı, **EK 10**). Akdeniz Üniversitesi Hastanesi'nden kurumsal izin alınmıştır (28.09.2018 tarihli, E.119115 sayılı, **EK 11**). Ölçeklerin kullanımı için araştırmacılardan mail yoluyla izin alınmıştır (**EK 12**). Kurama temelli modelleme yapılırken ve psikoeğitim programının içeriği oluşturulurken Kuramcı Merle Mishel'den danışmanlık alarak Hastalıkta Belirsizlik Kuramları üzerine araştırmalar yapmış, aynı zamanda tezin ikinci danışmanı olan Donald E. Bailey'den uzman görüşü ve tez süresince danışmanlık alınmıştır. Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve kapsamı hakkında bilgi verilerek bilgilendirilmiş onam alınmıştır (**EK 1-2**). Araştırmaya katılımda gönüllülük ilkesi göz önünde bulundurulmuştur.

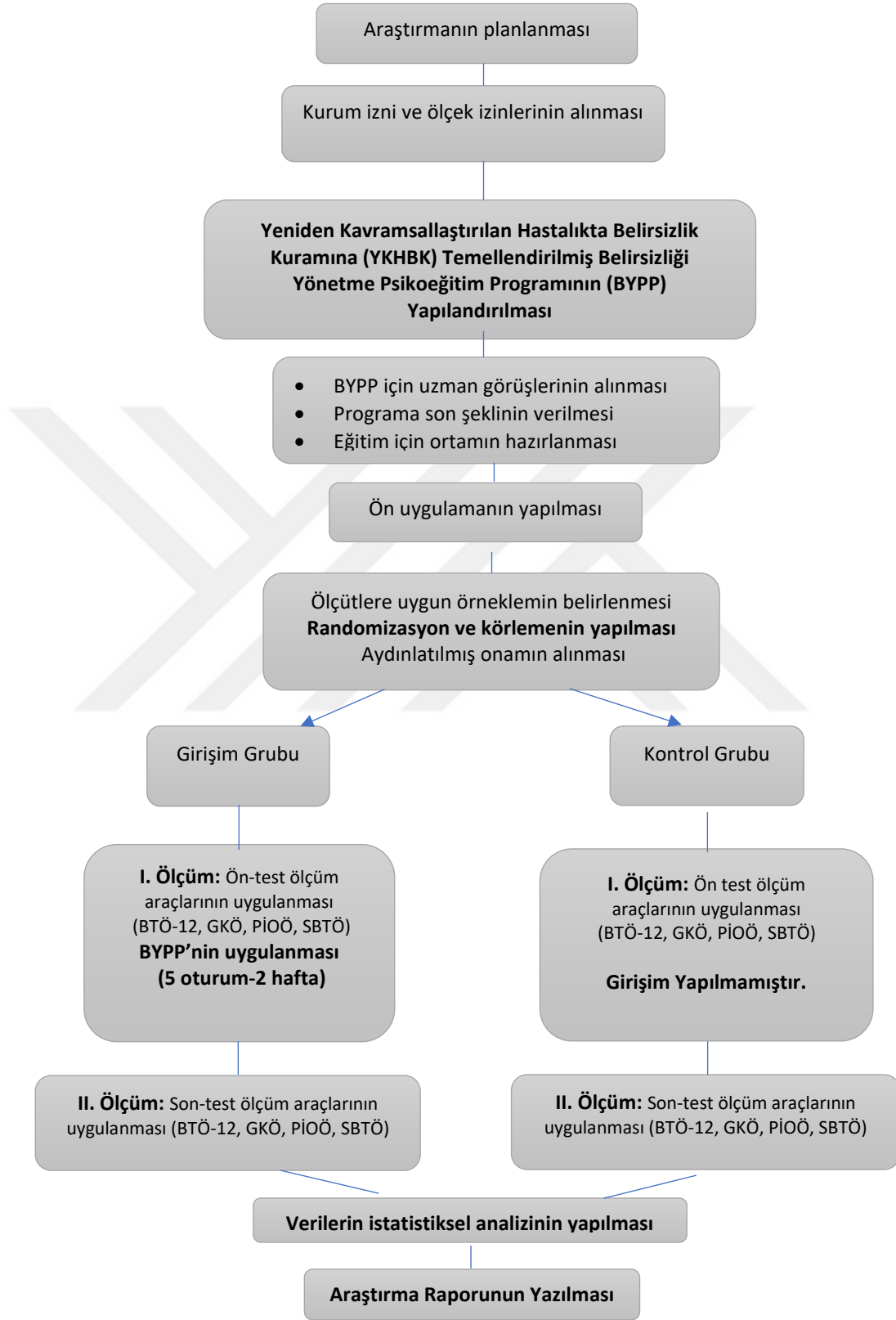
3.15. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Araştırmanın Güçlü Yanları

- Araştırmanın bir hemşirelik modeline temellendirilmesi
- Araştırma devam ederken ortaya çıkan pandemi koşullarının bağımlı değişkenler üzerindeki karıştırıcı etkisinin dikkate alınarak ölçülmesi

Araştırmanın Sınırlılıkları

- Araştırmanın yalnızca Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde yürütülmesi
- Hastalıkta belirsizliği ölçen Türkçe geçerlik ve güvenirliği yapılmış ölçek bulunmaması
- Örneklem il dışından gelen bireylerin de alınması nedeniyle izlem yapılamaması



Şekil 3.3. Araştırma Süreci

4. BULGULAR

Bu çalışmada, Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramı'na temellendirilmiş Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programının şizofreni hastalarına bakım verenlerin belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma tarzları üzerine etkisi incelenmiştir. Çalışmadan elde edilen bulgular iki başlık altında sunulmuştur.

4.1. Bakım Verenlerin Belirsizlik, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Psikolojik İyi Oluş ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Puanlarının Grup İçi Karşılaştırılması

Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin grup içi belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma tarzları puan ortalamalarının ön test ve son test sonuçlarının karşılaştırmaları yapılmış ve Tablo 4.1 ile Tablo 4.2'de gösterilmiştir.

Girişim grubunun BYPP uygulaması öncesi ve sonrası puanlarını gözönüne alan Wilcoxon Testi kullanılmıştır (Tablo 4.1). İlk dört hipotez, girişim grubuna BYPP uygulandıktan sonra elde edilen son test ölçümlerin girişimden önceki öntest ölçümlerinden farklı (düşük/yüksek) olduğunu savunmaktadır

Tablo 4.1. Girişim grubundaki bakım verenlerin belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma tarzları puanlarının grup içi karşılaştırılması

Bağımlı değişkenler	Girişim Grubu Öntest (n=27) X±SS	Girişim Grubu Sontest (n=27) X±SS	Z	p- değeri	Güç
Belirsizlik düzeyi	6.67±2.27	5.00±2.07	-3.30	0.001	1.00
Belirsizliğe tahammülsüzlük	2.81±0.80	2.61±0.79	-1.69	0.090	1.00
Psikolojik iyi oluş	5.46±0.95	5.55±0.79	-1.22	0.220	0.99
Kendine güvenli yaklaşım	2.28±0.62	2.35±0.46	-0.34	0.733	0.80
İyimser yaklaşım	2.11±0.48	2.30±0.47	-2.07	0.038*	1.00
Sosyal destek arama yaklaşımı	1.75±0.67	1.77±0.60	-0.16	0.870	0.80
Çaresiz yaklaşım	1.10±0.59	1.12±0.50	-0.08	0.931	0.99
Boyun eğici yaklaşım	1.20±0.54	1.13±0.50	-0.88	0.375	1.00

*p<0.05

Tablo 4.1'de bakım verenlerin BYPP uygulaması öncesi belirsizlik puanları X=6.67 iken uygulama sonucunda X=5.00'ye düşmüştür. Test sonucunda Z=-3.30; p=0.001<0.01 bulunduğu için beşinci hipotez kabul edilmiştir. Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin belirsizlik düzeylerinin ön test ve son test ölçümleri arasındaki

farkın da istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.004$) saptanmıştır (Tablo 4.2).

Girişim grubundaki bakım verenlerin “belirsizliğe tahammülsüzlük” puanları BYPP uygulaması sonrasında düşmüştür (Tablo 4.1). Belirsizliğe tahammülsüzlük puan ortalaması BYPP öncesinde $X=2.81$ iken BYPP uygulamasından sonra $X=2.61$ olmuştur. Ancak Wilcoxon analizi sonucu bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($Z=-1.69$, $p=0.090>0.05$). Bu durumda “Bakım verenlerin BYPP uygulaması öncesi belirsizliğe tahammülsüzlük puanları uygulama sonrasındaki puanlarından daha yüksektir.” şeklindeki hipotez reddedilmiştir. Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinin ön test ve son test ölçümleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p=0.416$) saptanmıştır (Tablo 4.2).

Girişim grubundaki bakım verenlerin psikolojik iyi oluş puan ortalaması BYPP öncesinde $X=5.46$, BYPP’den sonra $X=5.55$ ’dir. Ancak Wilcoxon analizi sonucu bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermiştir ($Z= -1.22$, $p=0.220>0.05$). Bu durumda “Bakım verenlerin BYPP uygulaması öncesi psikolojik iyi oluş puanları uygulama sonrasındaki puanlarından daha düşüktür.” şeklindeki hipotez de reddedilmiştir. Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin psikolojik iyi oluş ön test ve son test puanları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.016$) saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.1’de görüldüğü gibi girişim grubundaki bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutlarından sadece “İyimser yaklaşım” puanlarının BYPP uygulamasından sonra arttığı ve ölçümler arasındaki (öntest-sontest) puan farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu ($p=0.038 <0.05$) saptanmıştır. Bu durumda “Bakım verenlerin BYPP uygulaması öncesi “iyimser yaklaşım” puanları uygulama sonrasındaki puanlarına göre daha düşüktür.” hipotezi kabul edilmiştir. Bakım verenlere BYPP uygulandığında, stresle başa çıkmada daha iyimser bir yaklaşım içine girdikleri söylenebilir. Diğer yandan stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin diğer dört alt boyutu için BYPP uygulamasının istatistiksel bir fark yaratmadığı saptanmıştır. Kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutlarından aldıkları ön test ve son test ölçümleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanmıştır (Tablo 4.2).

Tablo 4.2. Kontrol grubundaki bakım verenlerin belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma tarzları puanlarının grup içi karşılaştırılması

Bağımlı değişkenler	Kontrol Grubu Öntest (n=27) X±SS	Kontrol Grubu Sontest (n=27) X±SS	Z	p- değeri	Güç
Belirsizlik düzeyi	6.41±2.02	5.44±1.88	-2,89	0.004*	1.00
Belirsizliğe tahammülsüzlük	2.86±0.90	2.79±0.92	-0,81	0.416	1.00
Psikolojik iyi oluş	5.32±1.02	5.56±0.78	-2,41	0.016*	0.99
Kendine güvenli yaklaşım	2.12±0.68	2.16±0.62	-1,43	0.151	0.95
İyimser yaklaşım	1.87±0.65	1.90±0.64	-1,10	0.270	1.00
Sosyal destek arama yaklaşımı	1.30±0.47	1.26±0.37	-0,49	0.624	0.80
Çaresiz yaklaşım	1.34±0.58	1.26±0.60	-1,68	0.093	1.00
Boyun eğici yaklaşım	1.38±0.59	1.37±0.60	-0,14	0.886	0.99

*p<0.05

Yapılan analizlerde kullanılan test sonuçlarına göre araştırma hipotezleri kabul veya reddedilmiştir. Bu test sonuçlarının gücü, G power 3.1 programıyla her test sonucu için ayrı ayrı hesaplanarak Tablo 4.1, Tablo 4.2 ve Tablo 4.3’de son sütun olarak verilmiştir. Tablolarda gerçekleşen güç değerlerinin 0.80 ile 1.00 arasında değiştiği görülmektedir. İlgili yazında testin gücünün 0.80 ve üzerinde olması gerektiği belirtilmektedir (Cohen, 1988; Çapık, 2014). Bu durumda çalışmanın hipotezlerini araştırmak için kullanılan tüm testlerin gücünün yeterli olduğu söylenebilir.

4.2. Bakım Verenlerin Belirsizlik, Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Psikolojik İyi Oluş ve Stresle Başa Çıkma Tarzları Puanlarının Gruplar Arası Karşılaştırılması

Girişim ve kontrol gruplarının son test verileri Mann-Whitney testi ile analiz edilmiştir (Tablo 4.3). Bu hipotezler, girişim grubuna BYPP uygulandıktan sonra elde edilen değerlerin kontrol grubunun değerlerinden farklı (düşük/yüksek) olduğunu savunmaktadır.

Tablo 4.3’de girişim uygulanan bakım verenlerin “belirsizlik” puan ortalamalarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($p=0.444>0.05$). Bu durumda “BYPP uygulanan bakım verenlerin belirsizlik puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha düşüktür.” şeklinde ifade edilen hipotez reddedilmiştir. Tablo 4.3’de görüldüğü gibi girişim grubu bakım verenlerin “belirsizliğe tahammülsüzlük” puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu belirlenmiş, ölçümler arası farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur ($U=323$, $p=0.478>0.05$). Bu durumda “BYPP uygulanan bakım verenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük puanları kontrol grubuna göre daha düşüktür.”

şeklinde ifade edilen hipotez reddedilmiştir.

Tablo 4.3. Girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlerin belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma tarzları puanlarının gruplar arası karşılaştırılması

Bağımlı değişkenler	Girişim Grubu (n=27) X±SS	Kontrol Grubu (n=27) X±SS	U	p-değeri	Güç
Belirsizlik düzeyi son test	5.00±2.07	5.44±1.88	321.00	0.444	1.00
Belirsizliğe tahammülsüzlük son test	2.62±0.79	2.79±0.92	323.00	0.478	0.99
Psikolojik iyi oluş son test	5.55 ±0.79	5.56 ±0.78	357.00	0.896	0.99
Kendine güvenli yaklaşım son test	2.36±0.46	2.17±0.62	302.50	0.281	0.99
İyimser yaklaşım son test	2.30±0.47	1.90±0.64	234.00	0.023*	1.00
Sosyal destek arama yaklaşımı son test	1.77±0.60	1.26±0.37	182.00	0.001**	1.00
Çaresiz yaklaşım son test	1.12±0.50	1.27±0.60	303.00	0.286	0.80
Boyun eğici yaklaşım son test	1.13±0.50	1.38±0.60	279.00	0.136	1.00

*p<0.05; **p<0.01

Girişim uygulanan bakım verenlerin “psikolojik iyi oluş” puanları X=5.55, kontrol grubunun X=5.56 bulunmuştur (U=357, p=0.896>0.05). Kontrol ve girişim gruplarının “psikolojik iyi oluş son test” puanlarının benzer olduğu; aralarında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür (p>0.05). Bu durumda “BYPP uygulanan bakım verenlerin psikolojik iyi oluş puanları kontrol grubundan daha yüksektir.” şeklinde ifade edilen hipotez de reddedilmiştir.

Araştırmanın son hipotezi, girişim grubu bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyut son test puanları ile kontrol grubunun son test puanlarını karşılaştırmaktadır. Yapılan analiz sonucunda “iyimser yaklaşım” ve “sosyal destek arama yaklaşımı” alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığın olduğu saptanmıştır. Girişim grubu bakım verenlerin iyimser yaklaşım puan ortalaması X=2.30 iken kontrol grubunda X=1.90’dır (U=234, p=0.023<0.05). Bu durumda “BYPP uygulanan bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutlarından iyimser yaklaşım puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir.” hipotezi kabul edilmiştir. Girişim uygulanan bakım verenlerin “sosyal destek arama yaklaşımı” son test puanı X=1.77, kontrol grubundaki X=1.26 olarak bulunmuştur (U=182, p=0.001 p<0.01). Bu durumda “BYPP uygulanan bakım verenlerin sosyal destek arama yaklaşımı puanları kontrol grubuna göre daha yüksektir.” hipotezi kabul edilmiştir. Diğer alt boyutlarda istatistiksel olarak bir anlamlılık bulunmamıştır.

5. TARTIŞMA

Çalışmadan elde edilen bulgular araştırmanın hipotezleri doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan YKHBK'ya temellendirilmiş BYPP'nin:

- Bakım verenlerin belirsizlik ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerine etkisi
- Bakım verenlerin psikolojik iyi oluş düzeylerine etkisi
- Bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzlarına etkisi

Ülkemizde YKHBK'ya temellendirilmiş herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmadan elde edilen bulguların, bu yönüyle ruh sağlığı başta olmak üzere diğer tüm sağlık alanlarında YKHBK temel alınarak yapılacak çalışmalar için yol gösterici olacağı düşünülmektedir. Ülkemizde HBK'ya temellendirilmiş sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır (Taş Bora ve Buldukoğlu, 2020; Özkan, 2020). Yurt dışı literatür tarandığında ise şizofreni hastaları ve bakım verenlerinde hastalıkta belirsizlik deneyimini inceleyen tek bir tanımlayıcı çalışma bulunmuştur (Baier, 1995). HBK ve YKHBK ile ilgili deneysel çalışmaların kısıtlılığı nedeniyle, bu çalışmadan elde edilen bulgular tartışılırken farklı gruplarla yapılan benzer çalışmaların bulguları da kullanılmıştır.

5.1. BYPP'nin Bakım Verenlerin Belirsizlik ve Belirsizliğe Tahammülsüzlük Düzeylerine Etkisi

Yeniden kavramsallaştırılan hastalıkta belirsizlik kuramı, hemşirelik alanından yine hemşirelik uygulamaları için türetilen bir modeldir. Bu modelde Mishel, kronik hastalığı olan kişilerde belirsizliğin zaman içinde nasıl yeniden değerlendirildiğini ve değiştiğini açıklamaktadır. Yani belirsizlik çözülemese de bireyin gerçekliğinin bir parçası haline gelebilmektedir (Mishel 1990). Bu çalışmada uygulanan psikoeğitimin bileşenleri de bu amaç doğrultusunda yapılandırılmıştır.

Bu çalışmada girişim grubu bakım verenlerin BYPP sonrası “belirsizlik puanlarının” istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde azaldığı belirlenmiştir. Yanı sıra girişim sonrası belirsizlik puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğu ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. Girişim sonrası belirsizliğin anlamlı düzeyde azalması, psikoeğitim müdahalesinin bakım verenlerin belirsizlik düzeyleri

üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Literatürde hastalıkta belirsizliği ele alan ve kuram temelli sınırlı sayıdaki müdahale çalışmasında bireylerin girişim sonrası belirsizlik algıları başta olmak üzere bir çok açıdan kontrol grubundan farklılık gösterdikleri belirlenmiştir. Özkan (2020), kanser tanısı almış çocukların bakım verenleriyle yaptığı tez çalışmasında “*hastalıklarda belirsizlik kavramı, bakım veren bireyin önemi, iletişim, belirsizlik-baş etme ve uyum, kanser tanısı almış çocuğa bakım verme ile ilgili öneriler*” konularını içeren altı modülden oluşan eğitim ve danışmanlık sonucunda bakım verenlerin belirsizlik, umutsuzluk ve baş etme-uyumlarında olumlu sonuçlar elde etmiştir. Tomei ve ark., (2018), kanser tanısı almış kadınlarda nüks korkusuna yönelik olarak geliştirdikleri “bilişsel yeniden yapılandırma teknikleri, davranış deneyleri, varoluşsal kaygıların tartışılması ve gevşeme egzersizlerini”ni içeren altı haftalık bilişsel varoluşçu grup terapi müdahalesi sonrası girişim grubu bireylerde kontrol grubuna göre hastalıkta belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, güvence arayışı, bilişsel kaçınma düzeylerinde önemli ölçüde azalma; olumlu yeniden yorumlama ve büyüme, duygusal başa çıkma ve yaşam kalitesinde ise önemli iyileşmeler olduğunu bulmuştur. Terapi kapsamında yer alan “*katılımcıların belirsizliğin asla ortadan kaldırılamayacağı gerçeğiyle başa çıkmalarına yardımcı olma*”, “*hemşireye kanserle ilgili soru sorma becerisi kazandırma*” ve “*yeni öncelikler oluşturmaya yardım etme*” gibi uygulamalar bu çalışmadaki BYPP ile de benzerlik göstermekte ve belirsizliği yönetmede önemli yere sahip olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmada psikoeğitim sonrasında bakım verenlerin belirsizliği tehlike olarak değerlendirmesinin değişmesiyle birlikte belirsizliğe tahammülsüzlüğünün azalması beklenmiştir. Ancak bakım verenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerinde girişim sonrasında anlamlı bir farklılık olmamıştır. Bailey ve ark., (2004)’nın beş hafta süren haftalık telefonla müdahaleye dayalı belirsizliği yönetme programı uygulanan kanser hastalığı olan bireylerin “yaşama yeni bakış, yaşam kalitesi, gelecekte olumlu beklentiler ve konfüzyon” alanlarında kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde farklılıklar ortaya çıkmıştır. Ancak bireylerin bilişsel yeniden yapılandırma düzeylerinde değişiklik olmamıştır. Program içeriğinde bireylerin belirsizliği yaşamın doğal bir parçası olarak görmesine yardım edecek bileşenlerin ağırlıklı olarak yer aldığı ve bu sonucun kuram temelli “belirsizlikle büyüme” ölçeğiyle ölçüldüğü görülmektedir. Bu araştırmada hedeflenen sonuçlardan biri olan bireylerin belirsizlik

değerlendirmesinin değişimini ölçmek için kuram temelli ve hastalık bağlamında belirsizliği değil genel belirsizlik algısını ölçen bir ölçek kullanılmıştır. Bu ölçeğin, uygulamanın hedeflediği değişimi bireyde ölçmek için yetersiz kaldığı düşünülmektedir. Yanı sıra bu araştırmanın bir sınırlılığı olan izlem yapılmamış olması anlamlı bir farklılık göstermeyen değişkenlerin nedeni olarak düşünülebilir. Benzer girişimleri içeren çalışmalarda uzun süreli izlem yapıldığı bunun da bireylerin, değişimi hayatlarına entegre edecek zamanı bulmalarını sağladığı görülmektedir. Yine bu çalışmalarda belirsizliği yönetme girişimlerinin beş ve üzeri oturumda ve haftada bir uygulandığı görülmektedir (Bailey ve ark., 2004; Mishel ve ark. 2009; Germino ve ark., 2013; Mishel ve ark., 2002). Bu çalışmada ise klinikte kolay uygulanabilir bir program olması ve bakım verenler için çalışmayı daha ulaşılabilir kılmak adına toplam beş oturum iki haftada tamamlanmıştır. Bu durumda, bireylerde hedeflenen değişim açısından yeterli zamanın sağlanamamış olabileceği düşünülmektedir.

Kuang ve Wilson (2017)'ın yaptığı metaanaliz çalışmasında yüksek hastalıkta belirsizlik düzeyi, daha fazla kaçınma ve daha az bilişsel yeniden yapılandırma ile ilişkili bulunmuştur. Bu çalışmada da bakım veren bireylere belirsizliğin yüksek olduğu klinik yatış döneminde ulaşılmıştır. Bu da akut dönemdeki sorunlarla ilgili belirsizliğin yoğun olmasına ve bireylerin bu sorunlarla ilgili gereksinimleri oturumlara getirmesine neden olmuştur. Bakım verenlerin öntest belirsizlik düzeylerinin yüksek bulunması da bu düşüncüyü desteklemektedir. Remisyonda olan ve klinik yatış vs gibi akut durumlar gerektirmeyen hastaların bakım verenlerine program uygulandığında sürekli belirsizlik durumunun daha çok açıklanabileceği ve bilişsel yeniden yapılandırma girişiminin daha etkin olabileceği düşünülmektedir. Belirsizliğe tahammülsüzlüğü yüksek olan bireyler, düşük olanlara göre belirsiz durumları daha fazla kabul edilemez ve caydırıcı bulma eğilimindedir. Bu durumsal değil daha çok bireysel özelliklerden kaynaklanmaktadır. Belirsizliğe tahammülsüzlük, bireylerdeki kaygı düzeyini artırdığından kişiye duygusal tepkilerini tartışma fırsatı sağlamak ve sıkıntılarını yönetmek için destek vermek çok önemlidir. Kişinin belirsizliği hakkında birileriyle konuşması, stresi azaltmakta ve duruma daha objektif bir bakış açısı getirmesini sağlamaktadır (Rosen ve Knauper, 2009). Bilgi aramak, kişinin sağlığı hakkındaki belirsizliklere verebileceği olası tepkilerden biridir. Bu tepkiyi; tanı, tedavi ve riskleri anlama, karar verme gibi gereksinimler harekete geçirir. Bilgi aramak, bilginin kapsamı ve kişinin bu bilgileri değerlendirmesine bağlı

olarak belirsizlikte azalmalara veya artışlara neden olmaktadır (Mishel, 1990). Gereksinimlere yönelik bilgi, sosyal destek, baş etme ve iletişim becerileri kazandıran müdahaleler belirsizlik yaratan durumları bakım verenler için daha anlaşılabilir ve öngörülebilir hale getirmektedir (Zhang, 2017). Bu bilgiler ışığında bireyin yaşadığı belirsizlikleri algılama şeklinin bireysel özelliklerinden etkilendiği göz önüne alınarak, bu çalışmada da olduğu gibi psikiyatri kliniklerinde “hastalıkta belirsizliğe” yönelik birey merkezli psikoeğitim programlarının oluşturulmasının şizofrenide bakım verenlerin belirsizliği yönetmelerine yardımcı olacağı düşünülmektedir. Sürekli belirsizlikle yaşamak durumunda olan bireylerle yapılan bir çalışmada; belirsizliğin katılımcılar tarafından hem tehlike hem de fırsat değerlendirmesi ile sonuçlandığı belirlenmiştir. Tehlike değerlendirmesinin, sürekli endişe, değişen ruh hali ve karar almaya tahammülsüzlüğü beraberinde getirdiği, fırsat değerlendirmesinin ise seçenek ve fırsatların çokluğu algısı ile birlikte bireyin umutlu kalmasına yardımcı olduğu belirlenmiştir (Bailey ve ark., 2007). Psikiyatri hemşireleri, bakım veren belirsizliğinin kaynaklarını ve düzeyini belirlemede, onları iyimser kalmaya teşvik etmede ve belirsizlik algılarında tehlikeden fırsata geçişi teşvik etmede daha aktif bir rol üstlenmelidir (He ve ark., 2016).

Bir çalışmada şizofrenide bakım verenlerin şizofreniyi; saldırganlık, ömür boyu sürecek bir hastalık, kendini bazen iyi bazen kötü hissetme, aşırı şüpheli olma, çelişkili duygulara sahip olma, ısrar etme, kendi kendine konuşma, tek başına oturma, günlük rutini yapamama, sıkça yalan söyleme, takıntılı düşünceler ve beyin hastalığı olarak tanımladıkları görülmüştür. Bu sonuçlar şizofreni hastalarının bakım verenlerinin hastalık hakkında bilgilendirilmesi gerektiğini göstermektedir (Bademli ve Lök, 2020). Bu çalışmadaki psikoeğitim oturumlarında da bireyler Bademli ve Lök (2020)’ün çalışmasındakine benzer hastalık tanımlamaları yapmıştır. Mishel’in kuramı temelinde incelendiğinde bakım verenlerin olumsuz hastalık algılarının, zaman içinde tehlike değerlendirmesine ve tekrarlayan belirsizliklere yol açabileceği düşünülmektedir. Ömür boyu süren ve değişken semptomlar gösteren bir hastalığa bakım verirken, bireylerin kaçınılmaz olan belirsizlikleri yönetmeleri çok önemlidir. Psikiyatri hemşirelerinin, bakım verenlerin belirsizliği yönetmelerine yardım etmek için belirsizliğin öncüllerini belirlemesi, bu amaçla da bireylerin hastalık algılarını ve bakım verme deneyimlerini dinlemesi ve belirsizliğin oluşumunda nasıl etki ettiklerini anlaması gerekmektedir.

Taş Bora ve Buldukoğlu (2020)'nın olgu çalışmasında, şizofreni hastalığı olan bir bireyin bakım vereninin yaşadığı “hastalıkta belirsizlik” deneyimi incelenmiş ve hemşirelik bakımı kapsamında bireye; *“hastalıkla ilgili belirsizlik yaratan durumlar hakkında bilgilendirme, bilişsel yeniden çerçeveleme, problem çözme ve iletişim becerilerini geliştirmeye yönelik müdahaleler”* uygulanmıştır. Çalışma, kurama dayalı geliştirilen müdahalelerin bakım veren- hemşire etkileşimini desteklediğini göstermiştir. Hasta ve bakım verenlerin, bir sağlık profesyoneliyle karşı karşıya geldiği ilk aşama belirsizlik ve endişelerle dolu organize olmayan bir aşamadır. Devam eden iletişim süreci içinde sağlık profesyoneli ve yardım alan kişinin rolleri belirlenir. Mevcut biyomedikal modelde sağlık eğitimi, sağlık profesyoneli ile hasta-bakım veren iletişimini geliştirmek için çok fazla araç sunmamaktadır. Randomize kontrollü bir çalışma sonuçlarına göre; belirsizlik ve endişeleri olan hastaların, hastalık inançlarını ele alıp değiştirme üzerine eğitim almış hekimlere danışmaları, memnuniyet düzeylerini artırmıştır (Frosthalm ve ark., 2005). Bu bulgular belirsizlik yaşayan bakım verenler için yorumlandığında; biyopsikososyal yaklaşıma temellenen ve bakım verenlerin şizofreni hastalığı algısını dikkate alan girişimlere gereksinim olduğu açıktır. Bu çalışmadaki BYPP’de de psikiyatri hemşiresi-bakım veren iletişimini geliştirmeye yönelik müdahalelere yer verilmiş ve oturumlar, bakım verenlerin belirsizlik algıları ve hastalık inançları üzerinden şekillenmiştir.

Bakım verenlerle yapılan başka bir çalışmada Güney Kore’de yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastaların aile üyelerine; hekim, hemşire, eczacı ve sosyal hizmet görevlilerinden oluşan bir ekip tarafından, *“sağlık personeliyle tanışma, hastanın klinik durumu, tedavi gerekçeleri, gelecekteki tedavi planı ve hemşirelik bakımının hedefleri”* ile ilgili bilgi ve destek sağlamayı içeren “aile merkezli multidisipliner bir protokol” uygulanmıştır. Bireyler; bu uygulamanın hastalığındaki belirsizliğe rağmen gelecekteki olayları tahmin etmelerine, genel tedavi planlarını anlamalarına ve sağlık personeli ile iletişimlerini kolaylaştırmalarına yardım ettiğini belirtmiştir (Kang ve ark., 2020). Bu çalışmadaki BYPP kapsamında bakım verenlerin sağlık personelleriyle yaşadıkları iletişim sorunları da ele alınmış, “sağlık personeline hastasıyla ilgili soru sorma ve bilgi alma” becerisini geliştirmeye yönelik uygulamalar yapılmıştır. Bakım veren belirsizliğinin, tanı tedavi ve hastalık seyrinden baş etme süreçlerine kadar çok boyutlu bir yapı göstermesi nedeniyle belirsizliği yönetmeyle ilgili farklı disiplinlerin iş birliği halinde olduğu ve her birinin mesleki rol ve

sorumlulukları dahilinde bilgi ve destek sağladığı farklı müdahaleler geliştirilip etkinliğinin değerlendirilmesinin de faydalı olacağı düşünülmektedir.

Literatürde kuram temelli belirsizliği azaltma ve yönetmeyle ilgili girişimlerin içeriği benzerdir. Bu iki durumdaki girişimlerin ayrıştırılmaması ve içeriklerinin derinlemesine tanımlanmaması, hangi girişimin işe yaradığının belirlenmesini engellemektedir. Bakım verenlerde bilginin eğitici ve bilgilendirici yollarla arttırılması dışında, özellikle belirsizliği yönetmede hangi girişimlerin hangi sonuçlar getireceğine dair randomize kontrollü sonuçlara dayanan kesin kanıtlara halen ihtiyaç bulunmaktadır. Bu nedenle kurama dayalı çalışmaların sürdürülmesi için bu araştırmanın bulgular, sınırlılıklar ve önerilerinin gelecek çalışmalara yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

5.2. BYPP'nin Bakım Verenlerin Psikolojik İyi Oluş Düzeylerine Etkisi

Şizofrenide bakım verenlerin psikolojik iyi oluşlarının zayıf olduğu (Chen ve ark., 2004); stresi değerlendirme, stresle baş etme yeteneği (Wonghongkul ve ark., 2000), belirsizliğe tahammülsüzlük (Geçgin ve Sahranç, 2017) ve olumsuz bakım verme deneyimlerinin (Martens ve Addington, 2001) bakım verenlerin iyi oluşlarını etkilediği bildirilmiştir. Psikolojik iyi oluş kavramının; öz-kabul, diğerleri ile pozitif ilişkiler, özerklik, çevresel kontrol, yaşam amacı ve kişisel gelişim gibi alt boyutları vardır. Bu çalışmada; YKHBK'da iyileşmenin sonucu olarak kabul edilen “öz-düzenleme” ve “belirsizlikle büyüme” kavramlarına karşılık bakım verenlerin “psikolojik iyi oluş”u incelenmiştir. Eğitimsel müdahalelerin, aile üyelerinin bilgi kazanmalarının yanı sıra psikolojik iyilik hallerinde yükselmeye neden olduğu bilinmektedir (Stengard, 2003). Başka bir çalışmada başa çıkma, bakım veren bireylerde “belirsizlikle” negatif olarak, “belirsizlik yoluyla büyümeyle” pozitif olarak ilişkili bulunmuştur (He ve ark, 2016). Bu sonuçlar, bakım verenler tarafından olumlu başa çıkma stratejilerinin kullanılmasının, hastalıkta belirsizlikle ilişkili stresin yönetilmesi ve yaşamdaki öncelikleri yeniden değerlendirerek belirsizlik yoluyla büyümeye yardımcı olacağını göstermektedir. Bu çalışmanın sonunda girişim uygulanan bireylerin psikoeğitim süreci boyunca kazandığı bilgiler ve geliştirdiği becerilerle belirsizliği yönetmedeki gücünü fark etmesi ve kuramda da belirtildiği şekilde yeni bir değer sistemiyle birlikte bilişsel bir büyüme gerçekleştirmesi hedeflenmiştir. Bu kapsamda BYPP'nin bilgi verme yoluyla doğrudan; stresle baş etme yeteneğini geliştirerek ve belirsizliğe tahammülsüzlüğü azaltarak dolaylı olarak

bakım verenlerin psikolojik iyi oluşunu artırması beklenmiştir. Ancak çalışmanın sonuçları; kontrol ve girişim gruplarının “psikolojik iyi oluş son test” puanlarının benzer olduğunu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını göstermiştir. Yanı sıra girişim grubundaki bakım verenlerin BYPP’den sonra psikolojik iyi oluş puan ortalamaları artsa da bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı görülmüştür. Kontrol grubunun ön test son test bulguları karşılaştırıldığında, farkın anlamlı bulunması düşündürücüdür. Hastanede yatış sürecinin verdiği güven duygusu ve zaman içerisinde hastanın durumundaki ilk yatış anına göre ortaya çıkan iyileşmelerin bu sonuca yol açmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca, bakım verenlerin hastalığı algılama şeklinin, belirsizliği değerlendirme biçimini etkilediği düşünülmektedir. Bu bağlamda, bireylerin yaşamdaki ve bakım verme sürecindeki belirsizlik kaynaklarını fark etmelerinin her zaman belirsizliği kabul ile sonuçlanması beklenmemektedir. Müdahalenin, bireylerin belirsizliğe bakış açısını değiştiremediği durumda, belirsizliğe karşı farkındalığın artmasının getireceği olumsuz psikolojik sonuçların iyi oluşu da olumsuz yönde etkileyebileceği düşünülmektedir.

Bailey ve ark. (2004)’nın YKHBK temelli “bilişsel yeniden çerçeveleme ve belirsizliği yönetme”yi hedefleyen beş haftalık telefon tabanlı müdahalesinin sonucunda, prostat kanseri tanısı almış izlem altındaki bireylerin “yeni bir yaşam görüşü, ruhsal durum, yaşam kalitesi ve bilişsel yeniden çerçeveleme”de gelişme gösterdikleri belirlenmiştir. Bu sonuçlar sürekli belirsizlikle yaşayan bireylerin YKHBK’ya dayalı müdahalelerden fayda gördüklerini, yaşam kalitesi ve iyi oluşlarının arttığını göstermektedir. Germino ve ark. (2013)’nin meme kanseri tanısı almış kadınlarda belirsizliği yönetme müdahalesi de benzer bileşenler içermekte ve kontrol grubuyla karşılaştırıldıklarında girişim grubu katılımcılarının daha az belirsizlik, daha iyi belirsizlik yönetimi, hastalığa özgü daha az kaygı ve daha fazla pozitif psikolojik sonuç gösterdikleri ortaya çıkmıştır. Yine kanser hastalığı olan çocuklara bakım veren ebeveynlerde belirsizliği inceleyen bir çalışmada sosyal desteğin yeterli olmasının, ebeveyndeki belirsizlik düzeyini düşürerek ve daha fazla baş etmeye cesaretlendirerek "belirsizlik aracılığıyla büyüme" yi desteklediği bildirilmiştir. Aile üyeleriyle etkileşim gibi baş etme stratejileri belirsizlik yoluyla büyümeye yol açarken tersi şekilde ebeveyndeki belirsizlik de baş etme stratejileri üzerinde negatif etkiye sahip bulunmuştur. Spiritüel anlam arayışı ve dini aktiviteleri artırma gibi baş etme yöntemlerinin de “belirsizlik yoluyla büyüme” sürecinde işlev görebilmektedir (Lin ve ark., 2010). Literatürdeki

Çalışma bulguları, YKHBK'ya dayalı belirsizliği yönetme müdahalelerinin kronik hastalığı olan ve sürekli belirsizlikle yaşayan bireylerde olumlu psikolojik sonuçlar ortaya çıkardığını göstermektedir. Daha çok kanser hastalığıyla ilgili çalışmalar yapıldığı görülmekte, aynı müdahalelerin ruhsal hastalık grupları ve bakım verenleriyle de çalışılmasının önemli etkiler ortaya çıkaracağı düşünülmektedir.

Mevcut şizofreni literatüründe, bakım verenlerin yaşadığı bakım yükünü içeren araştırmalar, bakım vermenin olumlu yönlerine ilişkin çalışmaların önüne geçmiş olsa da bakım vermenin olumlu yönleriyle ilgili de araştırmalar artmaktadır. Bakım vermenin olumlu yönlerini incelemek, klinisyenlere, olumlu bakım verme deneyimine katkıda bulunan, bakım verenin ruh sağlığını iyileştiren ve böylece belirli bir kültürel ortamda hastaların genel bakımını geliştiren faktörleri belirleme ve teşvik etme konusunda yardımcı olacaktır. Başa ıkma stratejileri dini uygulamalar ve algılanan sosyal destek gibi birçok psikolojik değişkenin olumlu bakım verme deneyimi üzerinde etkisi olduğu gösterilmiştir (Kulhara ve ark., 2012). Bu çalışmadaki psikoeğitim kapsamında bakım verenlerle, bakım verme deneyiminin yaşamlarına olumlu etkileri üzerinde durulmuştur. Araştırmacı, literatürle benzer şekilde bu çalışmadaki bakım verenlerin, bakım verme yoluyla anlam bulma, bakım verme kazanımları gibi pozitif yönlerle ilgili yanıt vermekte zorlandıklarını gözlemlemiştir. Bakım verenlerde psikolojik iyi oluşu ve onu etkileyen değişkenleri ölçen, bakım vermenin olumlu yönlerine odaklanan çalışmaların artmasının bu alanda geliştirilecek müdahale çalışmalarına temel olacağı düşünülmektedir. Bu yaklaşımın bakım verenlerin yaşadıkları deneyime farklı açılardan bakma deneyimi kazanmalarında etkili olacağı öngörülmektedir.

5.3. BYPP'nin Bakım Verenlerin Stresle Başa ıkma Düzeylerine Etkisi

Kişilerin stresle başa çıkma tarzı, ruh sağlığıyla ilgili önemli bir belirleyicidir. Etkili başetme yöntemlerinin kullanımı daha iyi ruhsal sağlıkla ilişkilidir. şizofreni gibi kronik ve bakım yükü getiren hastalıklarda bakım verenlerin baş etme yöntemlerinin tanımlanması ve geliştirilmesi önem kazanmaktadır (İnan ve Duman, 2013). Bakım verme sürecinin getirdiği olumsuz duygu ve deneyimler, şizofreni hastalarına bakım verenlerin psikolojik iyi oluşlarını ve başa çıkma becerilerini zayıflatmaktadır (Gupta ve ark., 2015). şizofreni hastalarına bakım verenlerin zorluklarla baş etme durumları incelendiğinde; yakınları ile paylaşım, ağlama, dua etme, televizyon izleme, hasta hakkında bilgi alma, kitap okuma, madde kullanımı, sosyal aktivitelere katılma ve işe

gitme gibi etkili ve etkisiz baş etme yöntemlerini birlikte kullandıkları ortaya çıkmıştır. Ayrıca hastalık hakkında bilgiye ihtiyaç duydukları, duygusal yüklerinin yüksek olduğu ve yaşamlarında ani değişimler yaşadıkları bildirilmiştir (Bademli ve Lök, 2020). Hastalığın getirdiği stres ve yüklerle daha iyi başa çıkabilen bakım verenlerin, hastalarına daha iyi bakım verme olasılıkları da artacaktır. Bu nedenle bakım verenlerde etkili başa çıkma stratejilerini teşvik edecek hemşirelik müdahaleleri planlayıp uygulamak önemlidir.

Bu araştırmada BYPP kapsamında problem odaklı yani etkili başa çıkma stratejilerini destekleyecek; bilişsel kapasiteyi artırmaya yönelik olarak “bilişsel yeniden çerçeveleme” ve “problem çözme yaklaşımı” kullanılmıştır. Bu kapsamda; “bireylerin hastalıkla ilgili deneyimleri incelenmiş, beklenti ve inançları gözden geçirilmiş, problemleri yönetilebilir şekilde çerçeveleyerek yeniden yapılandırma, problem çözme yaklaşımını kullanma, olasılıklı düşünmeye cesaretlendirme, hastalık veya sorun yaratan durumla ilgili farklı şekillerde düşünmelerine yardım etme, belirsizliği yaşamın normal bir ritmi olarak kabul etmeye cesaretlendirme, doğru iletişim becerileri ile güvenilir otoriteler ve sosyal destek verebilecek kişilere ulaşmasını sağlama” müdahaleleri uygulanmıştır. Bu müdahaleler sonucunda bireylerin problemlerini ele almaya yönelik etkili başa çıkma tarzlarına başvurmalarının artması, boyun eğici ve çaresiz yaklaşım tarzlarının azalması hedeflenmiştir.

Bu araştırmada BYPP uygulanan bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutlarından “iyimser yaklaşım” puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Aynı zamanda girişim grubundaki bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutlarından sadece “İyimser yaklaşım” puanlarının müdahaleden sonra arttığı ve ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgulara göre bakım verenlere BYPP uygulandığında, stresle başa çıkmada daha iyimser bir yaklaşım içine girdikleri söylenebilir. Benzer bir çalışmada, ruhsal bozukluğu olan bireylere bakım verenlerin iyimserlik ve bakım verme özyeterliliğinin, bakım verme memnuniyeti üzerinde; iyimserlik, hastalığın şiddeti ve belirsizliğin de bakım verme yükü üzerinde önemli doğrudan ve dolaylı etkilere sahip olduğu belirlenmiştir (Oh ve Kim, 2015). Bireylerin iyimser yaklaşım gibi etkili başa çıkma yöntemlerini daha fazla kullanmalarını sağlamanın bakım vermenin yarattığı sonuçları olumlu yönde değiştireceği düşünülmektedir.

Baş etmede problem çözme ve sosyal destek aramanın, bakım verenlerin psikolojik iyi oluşunu artırdığı bilinmektedir (Gupta ve ark., 2015). Bu çalışmada BYPP uygulanan bakım verenlerin stresle başa çıkma tarzları ölçeğinin alt boyutlarından “sosyal destek arama yaklaşımı” puanları kontrol grubuna göre daha yüksek ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bu bağlamda BYPP’nin aktif başa çıkma tarzlarını ve özellikle sosyal destek aramaya başvurmayı sağlayarak şizofrenide bakım verenlerin iyi oluşlarını artırabileceği düşünülmektedir. Bu düşüncüyü destekler şekilde Guan ve ark., (2020)’nin çalışmasında prostat kanseri olan hastalarda yüksek belirsizlik düzeyleri düşük sosyal destekle ilgili bulunmuştur. Mishel (1988)’in de belirttiği gibi bir yapı sağlayıcı olarak sosyal destekler, bireyin belirsizliğe yol açan uyaranları yorumlamasına yardım eden kaynaklardır. Ruhsal hastalık damgası ile ilgili endişelerin ve sosyal çevreden gelen olumsuz yanıtların (örneğin, daha az veya düşük kaliteli destek), hasta ve yakınlarını ruhsal hastalık hakkında konuşmaktan uzaklaştırdığı bilinmektedir. Bunun bir diğer nedeni sosyal çevredeki insanların de ruhsal hastalık gerçeğiyle ilgili ne söyleyeceklerini veya nasıl yardımcı olabileceklerini bilmemeleridir (Thompson ve ark., 2020). Bulgular ışığında ruhsal hastalıkta bakım veren olma deneyimini yaşayan bireylerde sosyal desteği sağlamaya yönelik müdahalelerin bakım verenlerde hastalıkta belirsizliği azaltıp, iyi oluşu artıracakı düşünülmektedir. BYPP’de belirsizliği yönetme müdahalesi kapsamında “bakım verenin iletişim becerilerinin geliştirilerek “güvenilir otoritelere ve sosyal destek sağlayabilecek kişilere ulaşması ve bunları bir kaynak olarak belirsizliği yönetmede kullanması” beklenen hedeflerden biri olmuştur.

Mishel ve ark. (2002)’nin prostat kanseri tanısı almış bireylere telefonla psikoeğitim müdahalesi uyguladıkları belirsizliği yönetme çalışmasında katılımcılar bir çok yeni bilişsel ve davranışsal beceriler geliştirmişlerdir. Katılımcılar dört aylık izlem sonuçlarına göre belirsizlik yönetiminde iki önemli teknik olan bilişsel yeniden çerçeveleme ve problem çözmede önemli gelişmeleri sürdürmüşlerdir. BYPP’de de Mishel’in çalışmasına benzer şekilde “belirsizliklerin yaşamın değişmez bir parçası olduğu” felsefesiyle bakım verenlerde belirsizlik yaratan sorunların bilişsel olarak yeniden çerçevelenmesi ve problem çözme müdahaleleri kullanılmıştır. Probleme odaklı başa çıkma yöntemlerinin kullanımının psikoeğitim uygulaması sonrasında, öncesine ve kontrol grubuna göre artış göstermesinde bilişsel alana yönelik bu müdahalelerin etkili olduğu düşünülmektedir. Problem çözme bir durumun

değerlendirilmesine dayandığından, bilişsel yeniden çerçeveleme etkin olduğunda birey problemi yönetilebilir olarak görerek sorun çözmeye olumlu yönelim göstermektedir. Şizofreni hastalarının yakınlarına bu çalışmadakine benzer şekilde “negatif düşünceleri değiştirmede alternatif düşünceleri kullanma, problem çözme ve etkili iletişim kurma teknikleri” ni de içeren müdahale sonrası yine bu çalışmanın sonuçlarıyla benzer şekilde problem odaklı ve duygu odaklı stresle başa çıkma stratejilerinin arttığı belirlenmiştir (Ata ve Doğan, 2018).

Psikiyatrik hastalığı olan bireylerin belirsizlikle başa çıkma stratejilerinin tanımlandığı bir çalışmada ana temalar: felsefi kabul, manevi rahatlık, uzmanlara güven ve gelecek için umut olarak bulunmuştur. Bu çalışmada felsefi kabulle ilgili ortaya çıkan fikirler; “kimsenin her şeyi bilen olmadığı ve hatta bilimin bile kusursuz olmadığı, bu yüzden belirsizlikle birlikte sahip olunan bilgilere dayanarak en iyi kararı vermek gerektiği”dir. Bu kabülün temelinde, "hiçbir şeyin mutlak olmadığı ve koşulların kontrolümüz dışında olduğu" düşüncesi de yatmaktadır (Hippman ve ark., 2013). Psikiyatrik hastalığın yol açtığı belirsizliklerle başa çıkmada kullanılan bu düşünce ve yöntemlerin bakım verenler için de geçerli olabileceği düşünülmektedir. Mishel de yeniden kavramsallaştırdığı kuramında kronik hastalık sürecinde “mutlak kesinlik” olamayacağını belirtmiş, ancak sürekli belirsizlik koşulları altında bireylerin yeni bir bakış açısı ve düzen duygusu geliştirebileceklerini öne sürmüştür. Bu çalışmadaki psikoeğitim kapsamında da bu felsefi kabul temel yapıyı oluşturmuş ve özellikle bakım verenlerin belirsizliği bilişsel yeniden çerçevelemelerinde doğrudan ele alınmıştır. Görüldüğü gibi sınırlı sayıda da olsa, Mishel’in belirsizliği yönetme müdahalelerini kullanan çalışmaların bulguları, bu araştırmanın bulgularını destekler niteliktedir. Bu bağlamda BYPP’nin; içerdiği kuramsal temellere dayalı müdahalelerle şizofrenide bakım verenlerin yaşadıkları sürekli belirsizliği yönetmelerinde etkisi geliştirilebilir bir program olduğu düşünülmektedir.

6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Mishel'in Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramı'na temellendirilmiş Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programının şizofreni hastalarına bakım verenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar aşağıda yer almaktadır:

6.1. Sonuçlar

- Bakım verenlerin BYPP uygulandığında belirsizlik düzeylerinin azaldığı,
- Bakım verenlerin BYPP uygulandığında, stresle başa çıkmada daha iyimser bir yaklaşım içine girdikleri,
- Bakım verenlerin BYPP uygulandığında stresle başa çıkmada daha fazla sosyal desteğe başvurdıkları belirlenmiştir.
- Bakım verenlerin BYPP uygulandığında belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve stresle başa çıkma tarzlarından kendine güvenli, boyun eğici ve çaresiz yaklaşımlarında bir değişikliğin olmadığı belirlenmiştir.

6.2. Öneriler

Çalışma sonuçları doğrultusunda hemşirelik uygulamaları, araştırmaları ve eğitime yönelik öneriler aşağıda yer almaktadır.

Uygulamaya Yönelik Öneriler

- Şizofreni tanısı almış bireylerin bakım verenlerinin belirsizlik, belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş düzeyleri ve stresle başa çıkma tarzlarının, belirsizliklerin arttığı dönemlerden biri olan klinik yatış ve taburculuk öncesi dönemlerde psikiyatri klinik hemşireleri tarafından düzenli aralıklarla değerlendirilmesi,
- Şizofreni tanısı almış bireylere bütüncül yaklaşımda; bakım verenlerin yaşadığı belirsizliklerin dikkate alınması ve bakım veren belirsizliğinin yönetiminde YKHBK'ya temelli BYPP'nin rehber olarak kullanılması,
- Psikiyatri Hemşirelerinin “hastalıkta belirsizlik” kavramını tanımaları, bakım vermede kullanmaları ve kendilerinin de “belirsizliği fırsat olarak görme”

düşünce yapılanmasını desteklemeleri için hizmet içi eğitimlere YKHBK'yı temel alan felsefe ve bakım uygulamalarının dahil edilmesi önerilmektedir.

Araştırmaya Yönelik Öneriler

- Bu çalışmada en az bir yıldır tanı almış olan şizofreni hastalarının bakım verenlerinin klinik yatış sürecindeki belirsizliklerine yönelik müdahale uygulandığından; ilk tanı alma, tedavi ve evde izlem süreçlerindeki belirsizliklerin yönetilmesi ile ilgili farklı yöntemlerle çalışmalar yapılması,
- BYPP'nin grup psikoeğitimi şeklinde uygulandığı araştırmalar yapılması,
- Bu çalışmada izlem yapılmadığından YKHBK temelli psikoeğitim müdahalelerinin taburculukta, 3 ay ve 6 ay sonrasında olmak üzere farklı izlem sıklığı ile test edilmesi,
- Kurama göre belirsizlik, zaman içinde kaybolmayıp artan veya azalan bir deneyim olduğundan, şizofrenide bakım verenlerde, tanı alınan süreçten başlayarak zaman içinde belirsizliğin nasıl değiştiğini inceleyen çalışmalar yapılması,
- Belirsizlik algısı, kişisel bir deneyim olduğundan, daha iyi anlaşılması için aile üyelerinin şizofrenide bakım vermenin getirdiği belirsizliklerle ilgili deneyimlerini daha iyi açıklaştıracak kalitatif ve/veya karma desenlerde araştırmaların artırılması,
- Ülkemizde “hastalıkta belirsizlik” ve belirsizliği yönetmenin önemli çıktılarından biri olan “belirsizlikle büyüme” kavramlarını ölçen YKHBK temelli ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmaları henüz bulunmamaktadır. Bu nedenle var olan kurama dayalı ölçeklerin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmalarının yapılmasının yanı sıra bu kavramları değerlendiren kültüre özgü ölçeklerin geliştirilmesi önerilmektedir.

Eğitime Yönelik Öneriler

- YKHBK'nın lisans ve lisans üstü eğitim müfredatlarında daha fazla yer alması ve hemşirelik süreci eğitimine entegre edilmesi önerilmektedir.
- YKHBK ve ona dayalı “hastalıkta belirsizlik”i merkeze alan bakımın gelişmesine kanıt sağlayacak yeterli araştırma olmadığından hemşirelik araştırmaları ile lisanstüstü tezlerinde kullanımının teşvik edilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Adeosun II. Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. Schizophrenia research and treatment. 2013.

Akgül Gök F. Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Kadınların Yaşadıkları Güçlüklerin Değerlendirilmesi: Nitel Bir Araştırma. Journal of International Social Research. 2017; 10(53): 433-441.

Akın B, Koçoğlu D. Randomize Kontrollü Deneyler Randomized Controlled Trials (Davetli Derleme). Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2017, 4(1), 73-92.

Ata EE, Doğan S. 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. 2018; 32(1): 112-119.

Aylott LM, Tiffin PA, Brown S, Finn GM. Great expectations: views and perceptions of professionalism amongst mental health services staff, patients and carers. Journal of Mental Health. 2020;1-8.

Babacan Gümüş, A. Şizofrenide Hasta ve Ailelerin Yaşadığı Güçlükler, Psikoeğitim Ve Hemşirelik. Turkish Journal Of Research & Development In Nursing. 2006;8.

Bademli K, Duman ZÇ. 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. 2014; 28(6):392-398.

Bademli K, Keser İ, Lök N, Acar G, Kılıç AK, Güvendiren H, Buldukoğlu K. Şizofreni hastalarının ve bakım verenlerinin eğitim gereksinimlerinin belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2016; 19(1).

Bademli K, Lök N. Feelings, thoughts and experiences of caregivers of patients with schizophrenia. International Journal of Social Psychiatry. 2020;66(5):452-459.

Baier M. Uncertainty of Illness for persons with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*. 1995;16(3):201-12.

Bailey Jr DE, Mishel MH, Belyea M, Stewart JL, Mohler J. Uncertainty intervention for watchful waiting in prostate cancer. *Cancer nursing*. 2004; 27(5): 339-346.

Bailey Jr DE, Landerman L, Barroso J, Bixby P, Mishel MH, Muir AJ, ...Clipp E. Uncertainty, symptoms, and quality of life in persons with chronic hepatitis C. *Psychosomatics*. 2009; 50.2: 138-146.

Bailey JR DE, Stewart JL. Uncertainty in illness theory. *Nursing Theorists and Their Work*, 2014, 555, Eighth Edition.

Bailey DE, Wallace M, Mishel MH. Watching, waiting, and uncertainty in prostate cancer. *Journal of Clinical Nursing*. 2007; 16: 734-741.

Bilge A, Mermer G, Çam MO, Çetinkaya A, Erdoğan E, Üçkuyu N. Türkiye'deki Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinin 2013-2015 Yıllarının Profili. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2016; 2(2): s1-5.

Brady N, McCain GC. Living with schizophrenia:a family perspective. *Online J Issues Nurs*. 2004; 10(1):7.

Brain C, Kymes S, DiBenedetti DB, Brevig T, Velligan DI. Experiences, attitudes, and perceptions of caregivers of individuals with treatment-resistant schizophrenia: a qualitative study. *BMC psychiatry*. 2018; 18(1): 1-13.

Buhr K, Dugas MJ. The role of fear of anxiety and intolerance of uncertainty in worry: An experimental manipulation. *Behaviour Research and Therapy*. 2009; 47(3): 215–223. doi: 10.1016/j.brat.2008.12.004.

Bulut M, Arslantaş H, Dereboy İF. Effects of Psychoeducation Given to Caregivers of People With a Diagnosis of Schizophrenia, *Issues in Mental Health Nursing*. 2016; 37:11, 800-810.

Can Gürkan Ö. Hastalıklarda Belirsizlik Kuramı. Ayşe Ferda Ocağcı ve Şule Ecevit Alpar (Ed.), *Hemşirelikte Kavram, Kuram ve Model Örnekleri içinde* (s.101- 112). İstanbul: İstanbul Medikal; 2013.

Caqueo-Urizar A, Rus-Calafell M, Craig TK, Irarrazaval M, Urzúa A, Boyer L, Williams DR. Schizophrenia: impact on family dynamics. *Current psychiatry reports*. 2017; 19(1): 2.

Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony MM, Asmundson GJ. Increasingly certain about uncertainty: Intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*. 2012a; 26(3): 468-479.

Carleton RN. The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: Theoretical and practical perspectives. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 2012b; 12(8): 937-947.

Ceylan B, Çilli AS. Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetersizliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2015; 6(2),85-90.

Chen PS, Yang YK, Liao YC, Lee YD, Yeh TL, Chen CC. The psychological well-being and associated factors of caregivers of outpatients with schizophrenia in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*. 2004; 58(6): 600-605.

Clayton MF, Mishel MH, Belyea M. Testing a model of symptoms, communication, uncertainty and well-being, in older breast cancer survivors. *Research in Nursing and Health*. 2006; 29: 18-39.

Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioural sciences. Hillsdale, NJ: Laurence Erlbaum Associates; 1988: 19-74.

Çabuk, M. Psikoeğitimin Şizofreni Ailelerinin Yük Algılarına Olan Etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Aydın.

Çam O, Dülgerler Ş, Çuhadar D. Psikoeğitim. Olcay Çam, Esra Engin (Ed.) *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği içinde* (s.1039-1048). İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014.

Çapık C. İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17 (4): 268-274.

Çetinkaya Duman Z, Aştı N, Üçok A, Kuşcu MK. Şizofreni hastalarına ve ailelerine ‘bağımsız ve sosyal yaşam becerileri topluma yeniden katılım programı’ uygulaması, izlenmesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8: 91-101.

Çetinkaya Duman Z, Bademli K. Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistematik Bir İnceleme. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2013;5(1):78-94.

Doval N, Sharma E, Agarwal M, Tripathi A, Nischal A. Experience of caregiving and coping in caregivers of schizophrenia. Clinical schizophrenia & related psychoses. 2018; 12(3): 113-120B.

Durmaz H. Kişilerarası İlişkiler Terapi Teknikleri Ve Psikoeğitimin Şizofreni Hasta Ailelerinde Öz-Etkililik Ve Bakım Yüküne Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2015, Erzurum.

Ehsan N, Johar N, Saleem T, Khan MA, Ghauri S. Negative repercussions of caregiving burden: Poor psychological well-being and depression. Pakistan journal of medical sciences. 2018; 34(6): 1452.

Ersanlı K, Uysal E. Belirsizliğe Karşı Tutum Ölçeğinin Geliştirilmesi. Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. 2015; 14(54).

Frostholt L, Fink P, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, Weinman J. The uncertain consultation and patient satisfaction: the impact of patients' illness perceptions and a randomized controlled trial on the training of physicians' communication skills. Psychosomatic medicine. 2005; 67(6): 897-905.

Ganguly KK, Chadda RK, Singh TB. “Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: A qualitative study”, American Journal of Psychiatric Rehabilitation. 2010; 13(2): 126-142.

Gater A, Rofail D, Tolley C, Marshall C, Abetz-Webb L, Zarit SH, Berardo CG. Sometimes it’s difficult to have a normal life: results from a qualitative study exploring caregiver burden in schizophrenia. Schizophrenia research and treatment. 2014.

Geçgin FM, Sahranç Ü. The Relationships between Intolerance of Uncertainty and Psychological Well-Being. Sakarya University Journal of Education. 2017; 7(4): 739-

756.

Germino BB, Mishel MH, Crandell J, Porter L, Blyler D, Jenerette C, Gil KM. Outcomes of an uncertainty management intervention in younger African American and Caucasian breast cancer survivors. In *Oncology nursing forum*. 2013;40(1).

Gerson LD, Rose LE. Needs of persons with serious mental illness following discharge from inpatient treatment: patient and family views. *Archives of psychiatric nursing*. 2012; 26.4: 261-271.

Gil KM, Mishel MH, Belyea M, Germino B, Porter LS, Clayton, M. Benefits of the uncertainty management intervention for African American and White older breast cancer survivors: 20-month outcomes. *International Journal of Behavioral Medicine*. 2006; 13(4): 286-294.

Grant S, Mayo-Wilson E, Montgomery P, Macdonald G, Michie S, Hopewell S, Moher D. CONSORT-SPI 2018 Explanation and Elaboration: guidance for reporting social and psychological intervention trials. *Trials*. 2018; 19(1): 406.

Guadalupe K. Understanding a meningioma diagnosis using Mishel's theory of uncertainty in illness. *British Journal of Neuroscience Nursing*. 2010;6(2).

Guan T, Guo P, Santacroce SJ, Chen DG, Song L. Illness Uncertainty and Its Antecedents for Patients With Prostate Cancer and Their Partners. In *Oncology nursing forum*. 2020; 47(6): 721.

Gupta A, Solanki RK, Koolwal GD, Gehlot S. Psychological well-being and burden in caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Medical Science and Public Health*. 2015; 4(1): 70-76.

Güçray SS, Çekici F, Çolakkadioğlu O. Psiko-eğitim gruplarının yapılandırılması ve genel ilkeleri. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2009;5(1).

Gülseren L, Turgut S, Yaprak S, Kültür, S. Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1999; 10(4):325-331.

Günüşen NP, Üstün B. Randomize kontrollü çalışmalarda örneklemden kayıplar olduğunda gerekli bir istatistiksel analiz: Intention to treat analizi. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi. 2009;1: 46-56.

Harmancı P, Duman ZÇ. Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Yükleri ve Ruhsal Sağlık Durumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Journal of Psychiatric Nursing. 2016; 7(2):82-86.

He S, You LM, Zheng J, Bi YL. Uncertainty and personal growth through positive coping strategies among Chinese parents of children with acute leukemia. Cancer nursing. 2016; 39(3): 205-212.

He H, Liu Q, Li N, Guo L, Gao F, Bai L,...., Lyu J. Trends in the incidence and DALYs of schizophrenia at the global, regional and national levels: Results from the Global Burden of Disease Study 2017. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2020; 29, E91. doi:10.1017/S2045796019000891

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 19 Nisan 2011. www.resmigazete.gov.tr Erişim Tarihi: 08.03.2020.

Herzog EA. Adults. InVarcarolis, E.M. Essentials of psychiatric mental health nursing: A communication approach to evidence-based care(2nd ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders; 2013, s.504-525.

Hippman C, Lohn Z, Ringrose A, Inglis A, Cheek J, Austin JC. “Nothing is absolute in life”: understanding uncertainty in the context of psychiatric genetic counseling from the perspective of those with serious mental illness. Journal of genetic counseling. 2013; 22(5): 625-632.

Hurt CS, Cleanthous S, Newman SP. Further explorations of illness uncertainty:carers’ experiences of Parkinson’s disease. Psychology & Health. 2017; 32(5):549-566.

İnan FŞ, Duman ZÇ. Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler: Sosyodemografik Değişkenler ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences. 2013;16(4).

Jagannathan A, Thirthalli J, Hamza A, Hariprasad VR, Nagendra HR, Gangadhar BN.

A qualitative study on the needs of caregivers of inpatients with schizophrenia in India. *International Journal of Social Psychiatry*. 2011; 57(2): 180-194.

Jungbauer J, et al. The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients. *Schizophrenia bulletin*. 2004; 30(3): 665-675.

Kang J, Cho YJ, Choi S. State anxiety, uncertainty in illness, and needs of family members of critically ill patients and their experiences with family-centered multidisciplinary rounds: A mixed model study. *Plos one*. 2020;15(6): e0234296.

Kara N. Şizofrenide duygu dışavurumu: Sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi. *Yeni Tıp Dergisi*. 2014; 31(2): 96-101.

Keskin B. İstatistiksel güç analizi: Sosyal Bilimler alanında bir uygulama. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2012, Antalya.

Keyes CLM, Shmotkin D, Ryff CD. Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2002; 82: 1007–1022.

King B, Mishel MH. Uncertainty, appraisal and management in chronic illness. Paper presented at the 19th Communicating Nursing Research Conference, Western Society for Research in Nursing, Portland, April, 1986.

Koç Z, Kızıltepe KS, Çınarlı T, Şener A. Hemşirelik uygulamalarında, araştırmalarında, yönetiminde ve eğitiminde kuramların kullanımı. *Koç Üniversitesi Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi (HEAD)*. 2017; 14(1): 62-72.

Köroğlu A, Hocaoglu Ç. Şizofreninin Aile Üzerine Olan Etkisi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2017; 7(3): 170-175.

Köroğlu A, Hocaoglu Ç. Şizofrenide aile yükü, aile işlevleri ve başa çıkma tutumları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Ortadoğu Tıp Dergisi*. 2019; 11(3): 294-302.

Kuang K, Wilson SR. A meta-analysis of uncertainty and information management in illness contexts. *Journal of Communication*. 2017; 67(3): 378-401.

Kulhara P, Kate N, Grover S, Nehra R. Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World journal of psychiatry*. 2012; 2(3): 43.

Kuşçu S, Şimşek Y, Alan H. Kaos Kuramının Yönetici Hemşireler Açısından Önemi. Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi. 2020; 7(1):153-9.

Küçükkömürler S. Belirsizliğin psikolojik etkileri. Nesne. 2017; 5(10): 329-344.

Lally J, Cantillon P. Uncertainty and ambiguity and their association with psychological distress in medical students. Academic Psychiatry. 2014; 38(3): 339-344.

Landon J, Pike B, Diesfeld K, Shepherd D. The Experiences of Parents Providing Support to Adult Children with Schizophrenia. International Journal of Mental Health and Addiction. 2016; 14(4): pp385–399.

Lin L, Yeh CH, Mishel MH. Evaluation of a conceptual model based on Mishel's theories of uncertainty in illness in a sample of Taiwanese parents of children with cancer: A cross-sectional questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies. 2010; 47(12): 1510-1524.

Loch AA, Wang YP, Guarniero FB, Lawson FL, Hengartner MP, Rössler W, Gattaz WF. Patterns of stigma toward schizophrenia among the general population: a latent profile analysis. International Journal of Social Psychiatry. 2014; 60(6): 595-605.

Martens L, Addington J. The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2001; 36(3): 128-133.

Masters, K. Role development in professional nursing practice. Ed. Kathleen Masters. Fourth edition. Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning, Fourth edition, 2017.

Mishel MH. The measurement of uncertainty in illness. Nursing Research. 1981; 30: 258–263.

Mishel MH. Uncertainty in illness. Image: Journal of Nursing Scholarship. 1988; 20, 225-232.

Mishel MH, Braden, CJ. Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. Nursing Research. 1988; 37(2):98-103.

Mishel MH. Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*. 1990; 22(4):256-262.

Mishel MH, Belyea M, Germino BB, Stewart JL, Bailey DE, Robertson C, Mohler J. Helping patients with localized prostate carcinoma manage uncertainty and treatment side effects. *Cancer*. 2002; 94(6): 1854-1866.

Mishel MH, Clayton MF. Theories of Uncertainty in Illness. In Smith MJ, Liehr PR, eds. *Middle Range Theory for Nursing* (s.55-84). New York: Springer Publishing Company; 2008.

Mishel MH, Germino BB, Gill KM, Belyea M, Laney IC, Stewart J, Clayton M. Benefits from an uncertainty management intervention for African-American and Caucasian older long-term breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2005; 14, 962–978.

Mishel MH, Germino BB, Lin L, Pruthi RS, Wallen EM, Crandell J, Blyler D. Managing uncertainty about treatment decision making in early stage prostate cancer: a randomized clinical trial. *Patient education and counseling*. 2009; 77(3):349-359.

Mishel MH. *Middle Range Theory for Nursing*. Third Edition Ed. Smith MJ, Liehr PR. Springer Publishing Company, 2014.

Mitchell ML, Courtney M. Reducing family members' anxiety and uncertainty in illness around transfer from intensive care: an intervention study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2004; 20.4: 223-231.

Monsivais D. Self-organization in chronic pain: a concept analysis. *Rehabilitation Nursing*. 2005; 30(4): 147-151.

Neville KL. Uncertainty in illness: an integrative review. *Orthopaedic Nursing*. 2003; 22(3): 206-214.

Oh IO, Kim S. Structural equation model for caregiving experience of families providing care for family members with mental disorders. *Journal of Korean Academy of Nursing*. 2015; 45(1), 97-106.

Orak OS, Uğur HG, Demir EY, Aktaş YY, Durmaz H. Ruhsal Bozukluğu Olan Bireye

Sahip Aile Üyelerinin Çare Arama Davranışlarına Ruhsal Hastalık İnancının Etkisinin Belirlenmesi. Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi. 2017; 96.

Öz F. Hastalık Yaşantısındaki Belirsizlik. Türk Psikiyatri Dergisi. 2001;12(1):61-68.

Özkan, B. Şizofreni Hastası ve Bakım Vericisine Verilen Psikoeğitim ve Telepsikiyatrik İzlemin Hasta İşlevselliği ve İlaç Uyumu ile Aile Yüğü, Depresyon ve Duygu Dışavurumuna Etkisi. Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2011, Kayseri.

Özkan B, Arguvanlı S, Saraç B, Medik K. Kronik Ruhsal Bozukluğu Olan Hasta Yakınlarının Stigmaya İlişkin Görüşleri. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik E-Dergisi. 2014; Cilt:2 Sayı:1.

Özkan B, Eskiurt R. Şizofreni Hastalarının Ailelerine Yönelik Telepsikiyatrik Müdahalelerin Etkinliği. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 2016; 8(3).

Özkan S. Hastalıklarda Belirsizlik Teorisi Temelli Yapılan Hemşirelik Girişimlerinin Kanserli Çocuklara Bakım Verenlerin Belirsizlik, Umutsuzluk, Baş Etme ve Uyumlarına Etkisi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Doktora Tezi, 2020, Konya.

Öztürk MO, Uluşahin NA. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 14. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri; 2016.

Rammohan A, Rao K, Subbakrishna DK. Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2002; 105(5): 356-362.

Righter BM. Uncertainty and the role of the credible authority during an ostomy experience. Journal of Wound Ostomy & Continence Nursing. 1995; 22(2):100-104.

Riley-McHugh D, Brown CS, Lindo JLM. Schizophrenia: its psychological effects on family caregivers. International Journal of Advanced Nursing Studies. 2016; 5 (1): 96-101.

Rosen NO, Knäuper B. A little uncertainty goes a long way: State and trait differences in uncertainty interact to increase information seeking but also increase worry. Health

communication. 2009;24(3):228-238.

Sarandöl A, Akkaya C, Eracar N, Kırılı S. Şizofreni hastaları ve yakınlarıyla yapılan sanatla terapinin hastalık belirtileri, bireysel ve toplumsal beceriler üzerine etkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2013;14(4).

Sarı S, Dağ İ. Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği, Endişe ile İlgili Olumlu İnançlar Ölçeği ve Endişenin Sonuçları Ölçeği'nin Türkçeye uyarlanması, geçerliliği ve güvenilirliği. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2009; 10:261-270.

Sarıçam H, Erguvan FM, Akın A, Akça MŞ. Belirsizliğe tahammülsüzlük ölçeği (BTÖ-12) Türkçe formu: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Route Educational&Social Science Journal. 2014; 1(3),148-157.

Saruç S, Kaya Kılıç A. Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden Hizmet Alan Hastaların Sosyal Profili Ve Merkezde Verilen Hizmetler. Toplum ve Sosyal Hizmet. 2015;26(2).

Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. BMC psychiatry. 2012; 12(1): 48.

Shiraishi N, Reilly J. Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 2019; 54(3): 277-290.

Soliman ES, Mahdy RS, Fouad HA. Impact of psychoeducation program on quality of life of schizophrenic patients and their caregivers. Egypt J Psychiatr. 2018; 39:35-41.

Stengård E. Educational intervention for the relatives of schizophrenia patients in Finland. Nordic journal of psychiatry. 2003; 57(4): 271-277.

Şahin NH, Durak AB. Stresle başa çıkma tarzları ölçeği; üniversite öğrencileri için uyarlanması. Türk Psikoloji Dergisi. 1995; 10(34): 56-73.

Tan SC, Yeoh AL, Choo IB, Huang AP, Ong SH, Ismail H, ... & Chan YH. Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. Journal of clinical nursing. 2012; 21(17-18): 2410-2418.

Tanrıverdi D. Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Verilen Psikoeğitimin Bakım Yüklerine Etkisi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2008, Erzurum.

Taş S, Buldukoğlu K. Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2018; 9(1): 11-22.

Taş Bora S, Buldukoğlu K. Using the Uncertainty in Illness Theory to provide care for the caregiver: A case report. *Journal of Psychiatric Nursing*. 2020; 11(11): pp.70-77.

Tel H, Terakye G. Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2000; 1(3):133-142.

Telef BB. Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PİOO): Türkçeye Uyarlama, Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Hacettepe Eğitim Fakültesi Dergisi*. 2013; 28(3):374-384.

Teschinsky U. Living With Schizophrenia: The Family Illness Experience. *Issues in Mental Health Nursing*. 2000; 21(4):387-396.

Thompson CM, Pulido MD, Caban S. Why Is It Difficult for Social Network Members to Support People Living with Mental Illnesses: Linking Mental Illness Uncertainty to Support Provision. *Health communication*. 2020; 1-12.

Tomei C, Lebel S, Maheu C, Lefebvre M, Harris C. Examining the preliminary efficacy of an intervention for fear of cancer recurrence in female cancer survivors: a randomized controlled clinical trial pilot study. *Supportive Care in Cancer*. 2018; 26(8): 2751-2762.

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönerge 06/03/2014 tarih ve 9453 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe konulan Erişim Adresi: <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4299,toplum-ruh-sagligi-merkezleri-hakkindayonergepdf.pdf>

Türk Nöroşirürji Derneği Skor Skala Vas. Spinal ve Periferik Sinir Cerrahisi Grubu.<http://www.spinetr.com/Uploads/files/skor/VizuelAnalogSkala.pdf> Erişim Tarihi: 28.01.2021

Unson C, Flynn D, Glendon MA, Haymes E, Sancho D. Dementia and Caregiver

Stress: An Application of The Reconceptualized Uncertainty in Illness Theory. *Issues in Mental Health Nursing*. 2015; 36(6):439-446.

Ünver Ö, Gamgam H, Altunkaynak B. *Temel İstatistik Yöntemler*. Seçkin Kitabevi, Ankara, 2011.

Üstün B. Psikoeğitim. *Türkiye Klinikleri Journal of Psychiatric Nursing-Special Topics*. 2016; 2(3): 100-106.

Varcarolis EM. *Essentials of psychiatric mental health nursing: A communication approach to evidence-based care* (2nd ed.). St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders; 2013, s.299-330.

Veltman A, Cameron JI, Stewart, DE. The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *The Journal of nervous and mental disease*. 2002; 190(2): 108-114.

Vives-Relats C, Ferré-Grau C, Rodero-Sánchez V, Cid-Buera D. Miembros del Grupo de Investigación: Enfermería Aplicada de la URV. Cuidar a una cuidadora familiar en Atención Primaria a partir de la teoría de la incertidumbre. *Enfermería Clínica*. 2011; 21(4): 219-222.

Wagner LC, Torres-González F, Geidel AR, King MB. Existential questions in schizophrenia: perception of patients and caregivers. *Revista de Saúde Pública*. 2011; 45: 401-408.

Williams LA. Theory of caregiving dynamics. In Smith MJ, Liehr PR, eds. *Middle Range Theory for Nursing*. New York: Springer Publishing Company; 2008.

Wonghongkul T, Moore SM, Musil C, Schneider S, Deimling G. The influence of uncertainty in illness, stress appraisal, and hope on coping in survivors of breast cancer. *Cancer Nursing*. 2000; 23(6): 422-429.

Wright LJ, Afari N, Zautra A. The illness uncertainty concept: A review. *Current Pain and Headache Reports*. 2009; 13(2): 133–138.

Yıldırım A. Psikoeğitimsel Yaklaşımın ve İzleme Çalışmasının Şizofreni Tanılı Hasta Ailelerinin Aile İşlevleri Ve Hastaların Sosyal Destek Düzeylerine Etkisi. *Atatürk*

Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora Tezi, 2007, Erzurum.

Yıldırım A, Buzlu S, Aşlar RH, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Ekinçi M. Şizofreni Hastalarının Ailelerine Uygulanan Aileden Aileye Destek Programının Hastalık Hakkında Bilgi, Aile Yüğü ve Öz Yeterlilik Üzerine Etkisi. Turk Psikiyatri Dergisi. 2014; 25(1).

Young L, Vandyk AD, Jacob JD, McPherson C, Murata L. Being Parent Caregivers for Adult Children with Schizophrenia, Issues in Mental Health Nursing. 2019; 40(4): 297-303. DOI: 10.1080/01612840.2018.1524531

Yu Ko WF, Degner LF. Uncertainty After Treatment for Prostate Cancer: Definition, Assessment, and Management. Clinical Journal of Oncology Nursing. 2008;12(5).

Yüksel MM. Şizofreni Hasta Ailelerinde Duygu Dışa Vurumu. Türk Psikoloji Bülteni. 2007; 13.41: 91-95.

Yüksel MM. The effects of brief psychoeducation program on the perceived expressed emotion levels of the outpatient schizophrenic patients and expressed emotion levels and burn out levels of their key relatives. Middle East Technical University, Unpublished master's thesis, 2008.

Zhang Y. Uncertainty in Illness: Theory Review, Application, and Extension. Oncology nursing forum. 2017; 44(6).

EKLER

EK 1

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Girişim Grubu)

Araştırmacının Açıklaması:

Değerli Katılımcı,

Katılacağınız bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Doktora Tezi olarak yapılan bilimsel bir araştırmadır. Bu araştırma, şizofreni hastalarına bakmakla sorumlu aile bireylerinde, bakım verici olmanın yarattığı belirsizlikleri azaltmaya yönelik verilecek psikoeğitim programının etkinliğini belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılım tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Kararınızdan önce çalışma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda bırakma hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı istenmeyecektir.

İki hafta sürecek olan bu çalışmada size beş oturumdan oluşan bir eğitim programı uygulanacaktır. Bu eğitim programı, şizofreni hastalığı olan bir bireye bakmakta olan kişilerin hastalık süreci boyunca yaşadıkları belirsizlikleri tanımaları ve yönetmelerine yardım edecek uygulamalardan oluşmaktadır. Her bir oturum 60 dakika sürecek ve günde bir kez olacak şekilde haftada iki kez yapılacak oturumlarla eğitim tamamlanacaktır. Eğitimin öncesi ve sonrasında psikolojik olarak iyi olma durumunuzu, stresle baş etme becerinizi ve yaşamda karşılaştığınız belirsizliklere karşı tahammülsüzlük düzeyinizi belirlemek için üç ölçek doldurmanız istenecektir. Bunların doldurulması yaklaşık 15 dakika sürecektir.

Bu çalışma ile ilgili olarak sizden beklenen; ölçekleri doldururken size en uygun gelen cevapları içtenlikle cevaplamanız, eğitim oturumlarına belirlenen tarih ve saatlerde katılmanız, deneyimlerinizi açık bir şekilde paylaşmanızdır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Çalışmadan beklenen yarar; şizofreni hastalığında bakım veren bireylerin sıklıkla yaşadığı deneyimlerden biri olan belirsizliği anlamaları ve belirsizliği yönetecek becerileri kazanmalarıdır. Bu yolla da bireylerin stresle baş etme, iyi oluş ve belirsizliğe tahammül düzeylerinin artacağı

beklenmektedir. Çalışma hakkında ek bilgiler almak ya da herhangi bir soru veya sorun için araştırmacı Sultan TAŞ BORA'ya başvurabilirsiniz.

Çalışma sonucunda elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacak olup, kişisel bilgileriniz **gizli tutulacak** ve başkalarına verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Araştırmacı Sultan TAŞ BORA tarafından, bu çalışma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Çalışmaya başlamadan önce aydınlatılmış onamdaki bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum ve yanıtlarını aldım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Çalışma sonuçlarının bilimsel amaçla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir zamanda çalışmadan çıkabileceğimi söylendi. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için çekileceğimi önceden bildirmem gerektiğinin bilincindeyim. Çalışma sırasında herhangi bir sorum olduğunda araştırmacıya aşağıda verilen telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Sultan TAŞ BORA

Görevi: Araştırma Görevlisi

Adresi: Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Tel:

Tarih ve İmza:

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU (Kontrol Grubu)**Araştırmacının Açıklaması:**

Değerli Katılımcı,

Katılacağınız bu çalışma Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı'nda Doktora Tezi olarak yapılan bilimsel bir araştırmadır. Bu araştırma, şizofreni hastalarına bakmakla sorumlu aile bireylerinin belirsizliğe tahammülsüzlük, stresle baş etme ve psikolojik iyi oluşunu belirlemek amacıyla yapılmaktadır. Bu çalışmaya katılım tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Kararınızdan önce çalışma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra çalışmaya katılmak isterseniz **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda bırakma hakkına sahipsiniz. Çalışmaya katıldığınız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı istenmeyecektir.

İki hafta sürecek olan bu çalışmada sizden başlangıçta psikolojik olarak iyi olma durumunuzu, stresle baş etme becerinizi ve yaşamda karşılaştığınız belirsizliklere karşı tahammülsüzlük düzeyinizi belirlemek için üç ölçek (test) doldurmanız istenecektir. Bunların doldurulması yaklaşık 15 dakika sürecektir. 15 gün sonra aynı ölçekleri tekrar doldurmanız istenecektir.

Bu çalışma ile ilgili olarak sizden beklenen; ölçekleri doldururken size en uygun gelen cevapları içtenlikle cevaplamanızdır. Bu çalışmada sizin için herhangi bir risk ve zarar söz konusu değildir. Çalışmadan beklenen yarar; şizofreni hastalığında bakım veren bireylerin stresle baş etme, psikolojik iyi oluş ve belirsizliğe tahammülsüzlük düzeylerini belirleyerek bu bireyleri destekleyecek ve geliştirecek uygulamalar yapılması için alana bilgi sağlanmasıdır. Çalışma hakkında ek bilgiler almak ya da herhangi bir soru veya sorun için araştırmacı Sultan TAŞ BORA'ya başvurabilirsiniz. Çalışma sonucunda elde edilecek bilgiler sadece bilimsel amaçla kullanılacak olup, kişisel bilgileriniz **gizli tutulacak** ve başkalarına verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı

Araştırmacı Sultan TAŞ BORA tarafından, bu çalışma ile ilgili bilgiler tarafıma aktarıldı. Çalışmaya başlamadan önce aydınlatılmış onamdaki bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum ve yanıtlarını

aldım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Çalışma sonuçlarının bilimsel amaçla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir zamanda çalışmadan çıkabileceğim söylendi. Ancak araştırmacıyı zor durumda bırakmamak için çekileceğimi önceden bildirmem gerektiğinin bilincindeyim. Çalışma sırasında herhangi bir sorum olduğunda araştırmacıya aşağıda verilen telefon ve adresten ulaşabileceğimi biliyorum. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Sultan TAŞ BORA

Görevi: Araştırma Görevlisi

Adresi: Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi

Tel:

Tarih ve İmza:

Bakım Veren Bilgi Formu

Bakım Veren ile ilgili Bilgiler		
1.Yaş:	2.Ortalama hastaya bakma süresi: yıl	
3.Cinsiyet: • Kadın () • Erkek ()	4.Medeni durum: • Evli () • Bekar ()	
5.Eğitim düzeyi: • Okur-yazar () • İlkokul () • Ortaokul () • Lise () • Üniversite ()	6.Çalışma durumu • Serbest () • Memur () • İşçi () • Çalışmıyor ()	Çalışmama nedeni • Hastalık nedeni ile () • Başka nedenlerden () • Emekli () • Öğrenci () • Ev hanımı ()
7.Aylık gelir durumu • Gelir giderden az () • Gelir gider denk () • Gelir giderden fazla ()	8.Kronik hastalık öyküsü • Yok () • Var () Belirtiniz...	
9.Ailede başka ruhsal hastalık öyküsü: • Yok () • Var () Belirtiniz...	10. Bakmakla yükümlü olduğu başka kişi/kişiler: • Yok () • Var () Belirtiniz....	
11.Bakımını üstlendiği hasta ile yakınlık derecesi: • Anne () • Baba () • Eş () • Kardeş () • Diğer ()	12. Hastanızın bakımında karşılaştığınız sorunları çözmede size yardım eden kişiler/ kurumlar var mı? Açıklayınız	
	13.Doktor ve hemşirelerin, bakım verirken yaşadığınız sorunları çözmede size yeterince yardımcı olduğunu düşünüyor musunuz? Evet () Hayır ()	
Hasta ile ilgili Bilgiler		
14. Yaşı:	15. İlk tanı alma zamanı:	
16. Önceki yatış sayısı :	17. Çalışma durumu: 18. Eğitim düzeyi:	

GÖRSEL KIYASLAMA ÖLÇEĞİ (GKÖ)

Hastalıkla ilgili olayların belirsiz veya çok karmaşık olduğu durumlarda, hastalıkla ilgili bilgi eksikliği olduğunda ya da hastalığın sonuçlarının tahmin edilemediği durumlarda belirsizlik ortaya çıkar. Şizofreni hastalığı olan bir bireyin bakımını üstlenmenin bir sonucu olarak yaşadığınız belirsizlik ve öngörülemezlik düzeyini öğrenmek istiyoruz.

Aşağıdaki ölçek üzerinde hissettiğiniz belirsizliğin şiddetine uyan yeri işaretleyiniz. Doğru veya yanlış cevap yoktur. Bu, düşüncelerinizin ve hislerinizin bir ölçüsüdür. Ölçek üzerindeki '0' değeri belirsizliğin olmadığını göstermektedir. İşaretlediğiniz yer '10' değerine yaklaştıkça belirsizliğin düzeyinin arttığını göstermektedir.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Belirsizlik

Yok

Yüksek düzeyde

belirsizlik var

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12)

Lütfen aşağıdaki maddelerin karşısında bulunan ve maddelere ne kadar katıldığınızı gösteren sayılardan size en uygun olanını işaretleyiniz. **(1)** Bana hiç uygun değil, **(2)** Bana çok az uygun, **(3)** Bana biraz uygun, **(4)** Bana çok uygun ve **(5)** Bana tamamen uygun.

1	Beklenmedik olaylar canımı çok sıkır.	1	2	3	4	5
2	Bir durumda ihtiyacım olan tüm bilgilere sahip değilsem sınırlarım bozulur.	1	2	3	4	5
3	İnsan sürprizlerden kaçınmak için daima ileriye bakmalıdır.	1	2	3	4	5
4	En iyi planlamayı yapsam bile beklenmedik küçük bir olay her şeyi mahvedebilir.	1	2	3	4	5
5	Geleceğin bana neler getireceğini her zaman bilmek isterim.	1	2	3	4	5
6	Bir duruma hazırlıksız yakalanmaya katlanamam.	1	2	3	4	5
7	Her şeyi önceden ayrıntılı bir şekilde organize edebilmeliyim.	1	2	3	4	5
8	Belirsizlik beni hayatı dolu dolu yaşamaktan alıkoyar.	1	2	3	4	5
9	Harekete geçme zamanı geldiğinde, belirsizlik elimi kolumu bağlar.	1	2	3	4	5
10	Belirsizlik yaşadığımda pek iyi çalışmam.	1	2	3	4	5
11	En küçük bir şüphe bile hareket etmemi engeller.	1	2	3	4	5
12	Tüm belirsiz durumlardan uzak durmak zorundayım.	1	2	3	4	5

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği (PIOÖ)

Aşağıda katılıp ya da katılmayacağınız sekiz ifade vardır. 1-7 arasındaki derecelendirmeyi kullanarak, her bir madde için uygun olan cevabınızı belirtiniz.						
1 Kesinlikle katılmıyorum	2 Katılmıyorum	3 Biraz katılmıyorum	4 Kararsızım	5 Biraz katılıyorum	6 Katılıyorum	7 Kesinlikle katılıyorum
1.	Amaçlı ve anlamlı bir yaşam sürdürüyorum.					
2.	Sosyal ilişkilerim destekleyici ve tatmin edicidir.					
3.	Günlük aktivitelerime bağlı ve ilgiliyim.					
4.	Başkalarının mutlu ve iyi olmasına aktif olarak katkıda bulunurum.					
5.	Benim için önemli olan etkinliklerde yetenekli ve yeterliyim.					
6.	Ben iyi bir insanım ve iyi bir hayat yaşıyorum.					
7.	Geleceğim hakkında iyimserim.					
8.	İnsanlar bana saygı duyar.					

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği

Bu ölçek, kişilerin yaşamlarındaki sıkıntılar ve stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını belirlemek amacıyla geliştirilmiştir. Lütfen sizin için sıkıntı ya da stres oluşturan olayları düşünerek, bu sıkıntılarınızla başa çıkmak için **GENELLİKLE NELER YAPTIĞINIZI** hatırlayın ve aşağıdaki davranışların sizi tanımlama ya da size uygunluk derecesini işaretleyin. Herhangi bir davranış size uygun değilse %0'ın altına, çok uygun ise %100'ün altına, ya da tanımlama derecesine göre diğerlerinin altındaki boşluğa (X) işareti koyun.

Bir sıkıntı olduğunda.....	Sizi ne kadar tanımlıyor			
	%0	%30	%70	%100
1- Kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
2- İyimser olmaya çalışırım	()	()	()	()
3- Bir mucize olmasını beklerim	()	()	()	()
4- Olayları büyütmeyip, üzerinde durmamaya çalışırım	()	()	()	()
5- Başa gelen çekilir diye düşünürüm	()	()	()	()
6- Sakin kafayla düşünmeye, öfkelenmemeye çalışırım	()	()	()	()
7- Kendimi kapana sıkışmış gibi hissederim	()	()	()	()
8- Olayın/olayların değerlendirmesini yaparak en iyi kararı vermeye çalışırım	()	()	()	()
9- İçinde bulunduğum kötü durumu kimsenin bilmesini istemem	()	()	()	()
10- Ne olursa olsun direnme ve mücadele etme gücünü kendimde bulurum	()	()	()	()
11- Olayları kafama takıp, sürekli düşünmekten kendimi alamam	()	()	()	()
12- Kendime karşı hoşgörülü olmaya çalışırım	()	()	()	()
13- İş olacağına varır diye düşünürüm	()	()	()	()
14- Mutlaka bir yol bulabileceğime inanır, bunun için uğraşırım	()	()	()	()
15- Problemin çözümü için adak adarım	()	()	()	()
16- Her şeye yeniden başlayacak gücü kendimde bulurum	()	()	()	()
17- Elimden hiçbir şeyin gelmeyeceğine inanırım	()	()	()	()
18- Olaydan/olaylardan olumlu bir şey çıkarmaya çalışırım	()	()	()	()
19- Her şeyin istediğim gibi olamayacağına inanırım	()	()	()	()
20- Problemi/Problemleri adım adım çözmeye çalışırım	()	()	()	()
21- Mücadeleden vazgeçerim	()	()	()	()
22- Sorunun benden kaynaklandığını düşünürüm	()	()	()	()
23- Hakkımı savunabileceğime inanırım	()	()	()	()
24- Olanlar karşısında “kaderim buymuş” derim	()	()	()	()
25- “keşke daha güçlü olsaydım” diye düşünürüm	()	()	()	()
26- Bir kişi olarak iyi yönde değiştiğimi ve olgunlaştığımı hissederim	()	()	()	()
27- “Benim suçum ne” diye düşünürüm	()	()	()	()
28- “Hep benim yüzümden oldu” diye düşünürüm	()	()	()	()
29- Sorunun gerçek nedenini anlayabilmek için başkalarına danışırım	()	()	()	()
30- Bana destek olabilecek kişilerin varlığını bilmek beni rahatlatır	()	()	()	()

EK 8. YENİDEN KAVRAMSALLAŞTIRILAN HASTALIKTA BELİRSİZLİK KURAMINA TEMELLENDİRİLMİŞ “BELİRSİZLİĞİ YÖNETME PSİKOEĞİTİM PROGRAMI” (BYPP)

Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramına (YKHBK) Temellendirilmiş “Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programı”nın Amacı

Bakım verenin, hastalık ve bakım verme ile ilgili belirsizliklerin öncüllerini tanımasına, bilişsel yeniden çerçeveleme yolu ile hastalıkta belirsizliği yaşamın doğal bir ritmi olarak kabul etmesine, iletişim ve problem çözme becerilerini kullanarak belirsizlikleri yönetmesine yardım etmektir.

YKHBK’ya Göre Oturumların Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	YKHBK’ya Göre Psikoeğitimin Kuramsal Temelleri	I. OTURUM: BELİRSİZLİĞİ TANIMAK
HEDEFLER Bakım verenin: ❖ Hastalıkta belirsizlik yaratan uyaranları tanıması ❖ Belirsizlik uyaranlarını, belirsizliği yönetecek şekilde düzenlemesi	– Kuramdaki belirsizliğin öncülleri olan “uyaran çerçevesi”, “bilişsel kapasite” ve “yapı sağlayıcıları” oturumların içeriğinin oluşturulması ve kazandırılacak becerilerin seçiminde belirleyici olmuştur. – Kurama göre belirsizlik tüm hastalık deneyimlerinin bir bileşenidir ve iyi oluşu olumsuz etkiler (Clayton, Mishel, & Belyea, 2006). Belirsizlik düzeyi tolere edilemez seviyeye geldiğinde kişi tutarsızlık ve dezorganizasyon hissi yaşar (Mishel, 2014). – Şizofrenide hasta yakınlarının bazı gereksinimlerinin; hastaların öngörülemez ve problem yaratan davranışlarını yönetmek, hastaların sosyal-mesleki, evlilik ve cinsellikle ilgili problemlerini yönetmek; kendi sağlık sorunlarıyla ilgilenmek, kendilerine zaman ayırmak, şizofreni hakkında eğitim ve rehabilitasyon konuları ile ilgili olduğu belirlenmiştir (Jagannathan et. al., 2011). Bazı bakım verenler, hastaların yeteneklerine ve otonomilerine güvenmediklerinden onları teşvik etmemekte, bu durum da hastalarda güvensizlik gibi bazı sorunlara yol açmaktadır (Wagner ve ark., 2011). – Bakım verenlerin, şizofreni hastasının bakımında geleceğin neler getireceğini bilmeme, hastanın yeni bir atak yaşaması ve semptomların kötüye	Süre: 60 dakika Öğretim Yöntemleri: Anlatım, Tartışma Öğretim Teknikleri: Soru-Cevap Araç-gereç: EK olarak gösterilen materyallerin basılı çıktısı, (kitapçık çıkarılmıştır) BYPP Görüşme Formu Ortam: Psikiyatri Kliniği Eğitim ve Toplantı Odası Başlangıç (5 dakika)  Kronik hastalıklar söz konusu olduğunda kesinlikten söz etmek mümkün olmamaktadır, hastalığın kesin nedeni, kesin seyri, kesin tedavisi gibi. Bu süreçlerin çoğu öngörülemez ve belirsiz bir özellik göstermektedir. Bu durumda ailelerin şizofreni gibi kronik hastalıkların getirdiği kaçınılmaz olan bu belirsizlikleri tanımaları ve yönetmeleri gerekmektedir.  Şizofrenide hasta yakınları, hastaların davranışlarını, sosyal ve mesleki problemlerini yönetme, şizofreniyi anlama, bakım veren olarak kendi sorunlarıyla baş etme, geleceğin neler getireceğini bilmeme ve hastalığın kötüye gitme olasılığı konularında belirsizlikler ve buna bağlı kaygı yaşayabilmektedir. Aile üyeleri hastaların en uzun süreli ve en güçlü destek sistemi olduğundan tedavi ekibinin ayrılmaz bir parçası ve doğal üyeleridir. Bu nedenle ruhsal açıdan desteklenmelidirler. Belirsizlik en kötü ihtimalden daha acı vericiydi. Dostoyevski   Bu psikoeğitimin amacı, şizofreni hastalığı ve bakım verme süreci ile ilgili zihninizde belirsizliğe yol açan faktörleri tanımanız ve bunlarla baş etmeyi öğrenmenize yardım ederek belirsizliği yönetmenizi sağlamaktır.

gitmesi hakkında bilinmezlik ve kaygı yaşadıkları belirlenmiştir (Gater ve ark., 2014).

- Bu oturumun içeriği oluşturulurken belirsizliğin ilk öncülü olan **“uyaran çerçevesi”**nin kavramları **“belirti örüntüsü”**, **“alışılmış olay”** ve **“benzer olay”** kullanılmıştır. Bu oturumdaki adımlar, bakım verende “uyaran çerçevesi” oluşturmayı ve bu yolla belirsizliğin yönetilmesini amaçlamaktadır.
- Belirsizliği yönetmeyi amaçlayan müdahaleler, bireylerin durumlarına bakışını anlama ve belirsizliğin özelliklerini tanımlamaya dayanmaktadır.
- Belirsizliğin öncüllerini keşfetmek bireyin belirsizliğiyle ilgili olarak hemşireye önemli ipuçları verecektir. (Yu Ko ve Degner, 2008).
- Kurama göre belirsizlik; hastalığın bileşenleri, tedavi ve hastalıkla ilgili olaylar; karmaşıklık, tutarsızlık, rastgelelik, ön görülemezlik ve bilgi eksikliği gibi özellikler taşıdığında ortaya çıkmaktadır (Mishel, 1981, 1988).
- Mishel (1988), hastalık deneyimi içinde belirsizliğin dört biçimde bulunduğunu belirtir. Bunlar hastalık evresi ile ilgili belirsizlik, tedavi ve bakım sistemi ile ilgili karmaşıklık, hastalığın tanı ve şiddeti ile ilgili bilgi eksikliği, hastalığın ilerlemesi ve prognozu konusunda öngörülemezliktir.
- Kuramdaki ilk belirsizlik öncülü olan **uyaran çerçevesi**; şiddetli, öngörülemez ve gelecekteki sonuçları bilinmez olduğunda belirsizlikleri tetikleyebilecek hastalık olaylarına işaret eder (Unson ve ark. 2015).
- Sağlık profesyonelleri, bilgi sağlama yoluyla bakım verenlerin hastalık



Bu oturumun amacı, hastalık ve bakım vermeye ilgili yaşadığınız belirsizlikleri ifade etmenizi sağlamak, belirsizliğe yol açan durumlarla ilgili algılarınızı düzenlemektir.

İşığınızı oluşturmak için karanlığın içine girmelisiniz. (Debbie Ford)



Bu psikoeğitim sürecine katılmayı kabul ettiniz. Başlamadan önce; genel olarak bu süreçten beklentileriniz nelerdir? (Araştırmacı, beklentileri gerçekçi ve ulaşılabilir bir şekilde görüşme formuna kaydeder.)

Çalışma (45 dakika)



Oturum öncesinde verdiğim ölçeğe göre düzeyinde belirsizlik yaşadığınızı belirttiniz. Şimdi bu belirsizliğin nedenleri ve özellikleri ile ilgili konuşalım.



Şizofreni hastalığı olan bir bireye bakım verirken, onunla birlikte yaşarken en fazla zorlanma yaşadığınız durum nedir?

- Yakınınızın bakımını nasıl yöneteceğinize dair belirsizlikler var mı? Yaşadığınız deneyimle ilgili cevapsız kalan sorularınız var mı?
- Bakım verme sürecinin getirdiği sorunları çözmede şimdiye kadar nasıl baş ettiniz, geçmiş deneyimlerinizin şimdi yardımı oluyor mu?
- Yakınınzdan beklentileriniz nedir? Sonuçlar beklentinizle uyumlu mu?
- Hastaya uygulanan tedavi sizin için anlaşılır mı, tedavi beklentinizi karşılıyor mu?
- Hastalığın hastadaki seyri ile ilgili bir fikriniz var mı, bu durum gelecek planlarınızı nasıl etkiliyor?

Bakım verenden gelen ve araştırmacının görüşme tablosuna not aldığı yanıtlar doğrultusunda;

***bakım verendeki belirsizliğin özellikleri (karmaşıklık, tutarsızlık, rastgelelik, ön görülemezlik ve bilgi eksikliği)**

***belirsizliğin ortaya çıkmasında hangi durumların etkili olduğu (Belirsizliğin öncülleri:**

olaylarıyla ilgili korkularını azaltarak ve kaygılarını açıklaştırarak belirsizliği azaltmada kritik bir role sahiptir. (Mishel, 2014)

- **Belirti örüntüsü;** hastalıkla ilişkili belirtilerin tutarlı bir düzene sahip olma düzeyini belirtir (Mishel, 1988). Hastalık deneyimi dahilinde arzu edilen sonuç kişinin, belirti modelini öngörmesidir. Çünkü birey belirti modelinin tutarlılığına dayalı olarak olaylara anlam yüklemektedir (Guadalupe, 2010).
- **Tanıdık/ alışılmış olay;** bir olayın tekrarlayan, alışılmış ya da bilindik ipuçları içerme derecesini anlatır (Mishel, 1990). Örneğin hemodiyaliz hastalarının yaşadığı olay alışılmış olduğu için daha az belirsizlik yaşarlar (Mishel, 1981). Olaylar kişinin belleğine kaydedildiğinde, anlam yüklemek kolaylaşır. Olayla ilgili aşinalık, deneyim yoluyla zamanla geliştirilir (Guadalupe, 2010).
- **Benzer olay;** hastalıkla ilişkili olaylarda beklenen sonuç ile şimdiki sonuç arasındaki tutarlılığı ifade eder (Mishel, 1988). Bakım verenin, bakım vermede ne beklediği ve gerçekte ne deneyimlediği arasında fark varsa bu durum stres ve belirsizliğe yol açar (Unson ve ark.,2015).
- Alışılmış olay ve benzer olay birbiri ile ilişkili kavramlardır. Örneğin, ilk kez inme geçiren birinin ikinci kez bunu deneyimleyen birine göre belirsizliği daha fazladır, çünkü olay tanıdıktır. Benzer şekilde tekrarlayan bir hastalık yaşayan bireyde daha yüksek düzeyde “benzer olay” durumu, artmış “tanıdık olma durumu” ile ilişkilidir. Beklenen sonuçlar ortaya çıkmadığında stabilite bozulur ve böylece belirsizlik miktarı artar (Guadalupe, 2010).

belirti örüntüsü, alışılmış olay ve benzer olay)

***belirsizliğe neden olan durumlarla ilgili tehlike veya fırsat değerlendirmesinin ne olduğu kuramsal çerçeveye göre değerlendirilir. Oturumun devamında ve sonraki oturumlarda bilgiler verilirken bu belirsizlik kaynakları ile bağlantı kurulur.**



Şimdi şizofreninin nasıl bir hastalık olduğu üzerine konuşalım. Bu süreçte; şizofreni hastalığı olan yakınınızdaki hastalık belirtilerini anlamanız ve hastadan, tedaviden ve kendinizden gerçekçi beklentiler oluşturmanıza yardımcı olacağım.

- **Ek 1** verilerek bakım verene hastalıktan ne anladığı, hastalığı nasıl algıladığı sorulur. Şizofreni hastalığının neden ortaya çıktığı tartışılır. Hastalığın kontrol edilemez yönleriyle ilgili farkındalık sağlanmış olur. Hastalık belirtilerinin anlaşılmasına temel oluşturulur.
- (**Bakım verenin, hastalığın nedenlerine olumsuz atıflar yapmasını, kendisini ve hastayı suçlamasını önler, bakım verenin gerçekçi beklentiler koymasını sağlayarak “benzer olay” bileşenini güçlendirir.**)
- **Ek 2** verilerek hastadaki alevlenme belirtileri, önceki alevlenme dönemleriyle bağlantı kurularak belirlenir. Alevlenme dönemleri öncesindeki koşullar değerlendirilerek olası tetikleyiciler üzerine tartışılır. Bakım verenin, geçmiş deneyimler ve yeni durum arasında bağlantı kurmasına yardım edilir.
- (**Bakım verenin geçmiş deneyimleri yardımıyla, “alışılmış olay” bileşeni güçlendirilir.**)
- **Ek 3** verilerek hastadaki belirtiler buldurulur ve bakım verenin zihinsel olarak bir belirti modeli oluşturmasına yardım edilir. Belirtilerin günlük yaşama etkileri, bakım verenin bunları nasıl yönettiği ve nasıl baş etmesi gerektiği konuşulur.
- (**Kişinin, hastalıkla ilgili “belirti modeli”ni öngörmesine yardım edilir.**)
- **Ek 4** verilerek hastalığın seyri ve tedavi şekilleri, bireyin gereksinimleri doğrultusunda açıklanır.
- (**Bakım verenin hastanın iyileşmesiyle ilgili gerçekçi beklentiler oluşturması sağlanarak “benzer olay” bileşeni güçlendirilir.**)

Süreç (5 dakika)



Aşağıdaki sorular sorularak süreç değerlendirilir ve bireye farkındalık kazandırılır.

- Bugün burada olmak sizin için ne anlam ifade ediyor?
- Bugün oturumda kendinize ilişkin neleri fark ettiniz?
- Bu öğrendiklerinizi günlük yaşamınıza nasıl aktaracaksınız? Nasıl Kullanacaksınız?

Sonlandırma (5 dakika)

Oturum ile ilgili olumlu geri bildirim verilir. Bireye bir sonraki oturuma gelmeden önce bu oturumdaki kazanımları üzerine düşünmesi ve önemli bulduğu soruları ve deneyimleri kaydederek bir sonraki oturuma gelmesi söylenir. Gelecek oturumun konusu ve zamanı açıklanır. Oturum sonlandırılır.

Biyolojik kökenlidir (Genetik nedenler)

Çevresel ve sosyal etkenler hastalığı (duygu dışavurumu) ağırlaştırabilir



Her 100 insandan birinde yaşamın bir döneminde şizofreni gelişir

Toplulun her kesiminde her kültürde ortaya çıkabilir

Beyindeki kimyasal maddelerde bir dengesizlik sonucu ortaya çıkmaktadır



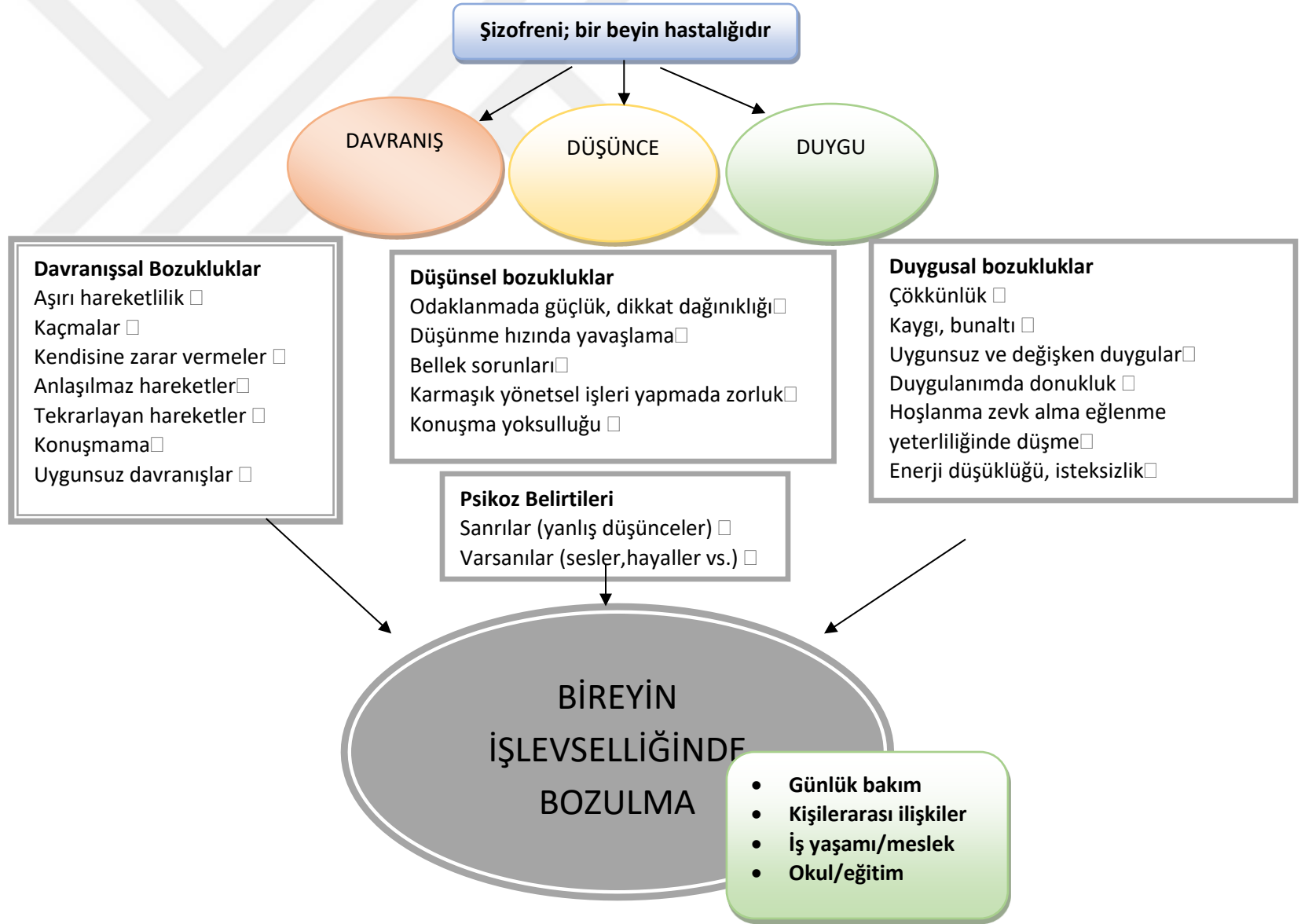
Ne kadar erken önlem alınırsa, yinelemenin önüne geçme olasılığı o kadar yüksek olur.

!!!!!!!Bazı Haberci Belirtiler
Bu belirtiler her bireyin kendine özgüdür.

- 2
- İlgide azalma
 - Duygusal durumda dalgalanma
 - Enerji artması veya azalması
 - Görünüşüne önem vermeme
 - Uyku sorunları
 - Gergin ve öfkeli hissetme
 - Daha az yemek yeme
 - Kendini çökkün ve değersiz hissetme
 - Toplumdan uzaklaşma

Alevlenmelerin Başlıca Nedenleri

- 3
- İlaç almayı bırakma
 - Yaşamda zorlanma
 - Alkol ya da madde kullanma



Hastalık her bireyde farklı seyreder.

Genel olarak alevlenmeler ve iyileşmelerle gider.

Olumsuz yaşam olayları stres yaratarak hastalığın alevlenmesinde rol oynayabilir.

Hastalık iyileşebilir, ancak tamamen ortadan kalkmaz.

Bazı hastaların iyileşmeleri uzun sürebilir.

Sürekli iyi kalmak için düzenli ilaç kullanmayı sürdürmek gerekir.

Kişinin yitirmekte olduğu yetenek ve becerilerini ona yeniden kazandıracak psikososyal tedavi yaklaşımları ilaç tedavisine eklenmelidir.

İYİLEŞME; BELİRTİLERİN AZALMASI YA DA ORTADAN KALKMASI, HASTANIN YAŞAM KALİTESİNİN VE UYUMUNUN ARTMASI VE HASTALIĞIN YIKICI ETKİLERİNİN MÜMKÜN OLDUĞUNCA AZALMASIDIR.



İLAÇLA TEDAVİ

- Antipsikotik ilaçlar şizofreninin psikoz belirtilerini önemli ölçüde, negatif belirtileri de oldukça azaltırlar.
- Hastalık dönemlerinin yinleme yatkinlığını büyük ölçüde azaltırlar.
- Psikiyatri hastanesinden çıktıktan sonra ilaç almayan her 10 hastadan 7 'sinin hastalığı bir yıl içinde yineler.
- Düzenli olarak ilaç alan her 10 hastadan ancak 3'ünün hastalığı bir yıl içinde yineler.
- Hastalık düzeyine, yaşa, bireysel özelliklere göre ilaç seçimi ve doz ayarlaması yan etkileri en aza indirir. Bazı yan etkilerin önlenmesi için, bir süreliğine yardımcı ilaçlar (Akineton vb.) kullanılabilir. Gerekirse doz azaltılabilir ya da başka bir ilaca geçilebilir.

İLAÇ DIŞI TEDAVİLER

- Bilişsel davranışçı tedaviler (psikoterapiler)
- Psikososyal beceri eğitimi, rehabilitasyon (Toplum ruh sağlığı merkezleri, gündüz hastaneleri)
- Grup tedavileri
- Aile tedavileri
- Elektrokonvulsif terapi (EKT)
- Transkranial Manyetik Stimülasyon (TMS)

Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramına (YKHBK) Temellendirilmiş “Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programı”nın Amacı

Bakım verenin, hastalık ve bakım verme ile ilgili belirsizliğin öncüllerini tanımasına, bilişsel yeniden çerçeveleme yolu ile hastalıkta belirsizliği yaşamın doğal bir ritmi olarak kabul etmesine, iletişim ve problem çözme becerilerini kullanarak belirsizliği yönetmesine yardım etmektir.

YKHBK’ya göre Oturumların Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	YKHBK’ya göre Psikoeğitimin Kuramsal Temelleri	2. OTURUM: BELİRSİZLİĞİ BİLİŞSEL YENİDEN ÇERÇEVELEMEK
HEDEFLER Bakım verenin, - Hastalıkta belirsizliği yaşamın doğal bir ritmi olarak kabul etmesi - Belirsizlik yaratan durumu yönetilebilir ve kontrol edilebilir olarak algılaması KAZANIMLAR Bakım veren, - Hastalıkta belirsizlik yaratan durumlarla ilgili değerlendirmelerini fark eder. - Yaşamın kontrol edilebilir yönlerine odaklanmanın önemini ifade eder “Olasılıklı düşünme”yi tanımlar ve yaşamında kullanacağını ifade eder. - Belirsizlik yaratan bir duruma karşı yeni bir bakış açısı geliştirir. - Bakım verme deneyiminin yaşamına olumlu etkilerini ifade eder.	- Hastalık yaşantısında belirsizlik, artıp azalan ancak hiç bir zaman tamamen yok olmayan bir deneyimdir. Bu nedenle amaç, belirsizlikten kurtulmak yerine belirsizliği yönetmektir. Kuramcı Mishel, "bilişsel yeniden çerçeveleme", "problem çözme", "hasta/bakım veren ve sağlık hizmeti sunucuları arasındaki iletişimi geliştirme" ve "hastalık-tedavi-yan etkiler gibi süreçlerle ilgili bilgi verme"yi belirsizliği yönetme müdahaleleri olarak önermiştir (Mishel ve ark., 2002). - Bu oturumda belirsizliğin bir diğer öncülü olan “Bilişsel kapasite”yi artırmaya yönelik müdahalelerden bilişsel yeniden çerçeveleme seçilmiştir. Birey, hastalık olaylarıyla ilgili bilişsel bir şema oluşturmada başarısız olduğunda belirsizlik meydana gelir. Bu şema, hastalık, tedavi ve hastanede yatmanın yorumlanmasıdır (Mishel, 1988). - Bilişsel kapasite, bir hastalığı olan bireydeki bilişsel yetenekleri anlatmaktadır (Mishel, 1988). Diğer bir deyişle de bilişsel kapasite; kişinin hastalığı anlaması ve belirsizliği değerlendirmesine olanak tanıyan bilgi işleme yeteneğidir (Mishel, 1990). - Kişilerin tanı ve tedavi sırasındaki hastalık olaylarıyla ilgili bilişsel değerlendirmeleri, hastalığı nasıl yönetecekleri üzerinde önemli bir role sahiptir. Belirsizlik koşulları altındayken yani durumların belirsiz ve iyi tanımlanmadığı hallerde bir çok farklı tipte değerlendirme şansı vardır. Örneğin bir birey hastalığının nedeni ve geleceğin ne getireceğiyle ilgili açıklayıcı bir rehber	Süre: 60 dakika Öğretim Yöntemleri: Anlatım, Tartışma, Örnek Olay Öğretim Teknikleri: Soru-Cevap Araç-gereç: EK olarak gösterilen materyallerin basılı çıktısı, BYPP Görüşme Formu Ortam: Psikiyatri Kliniği Eğitim ve Toplantı Odası Başlangıç (5 dakika) Önceki oturumda konuşulanlara kısaca değinilir. Önceki oturumdan bugüne kadar yaşadığı ve anlatmak istediği önemli bir deneyim olup olmadığı ve geçen oturumdaki kazanımların günlük yaşamına aktarılma durumu ile ilgili konuşulur. Şimdiki oturumun hedefleri ile ilgili bilgi verilir.  Kronik hastalık yaşantısında belirsizlik, artıp azalan ancak hiç bir zaman tamamen yok olmayan bir deneyimdir. Bu nedenle amaç, belirsizlikten kurtulmak yerine belirsizlik yaratan durumlara bakış açımızı değiştirerek belirsizliği yönetmek olmalıdır. Belirsizlik ve şüphe her şeyin başlangıcıdır, sonu değil. (Ermis, Halil Cibran) **** Yaşamın bizim için güzelliği, albenisi her şeyden önce bir kesinliği içermeyişinden kaynaklanır. (Yaşamın Anlam ve Amacı, Alfred Adler) Çalışma (45 dakika)  “Bir önceki oturumda konularında belirsizlikler yaşadığınızdan bahsetmiştiniz. Şimdi bakım verici olarak şizofreninin sizin yaşamınıza etkilerinden söz edeceğiz. Şizofreni hastalığı olan bir bireye bakım veriyor olmak nasıl bir şey, bunu neye benzetirsiniz? Bu deneyimin yaşamınıza nasıl bir etkisi var? Bireyin ilk oturumda değerlendirilen belirsizliğinin özellikleri ve belirsizlik değerlendirmesine atıfta bulunularak ek sorularla şizofreni hastalığı olan

bulamadığında hastalıkla ilgili kendini suçlama ve kontrol kaybı gibi hisler deneyimleyebilmektedir (Mishel ve ark., 2002). Bakım verme bağlamında bakıldığında belirsizliğin bakım veren bireylerde de kendini veya hastayı suçlama ve hastadan uzaklaşma gibi olumsuz değerlendirmelere yol açacağı düşünülmektedir. Bu nedenle öncelikle değerlendirmeler ele alınmalıdır.

- İlk oturum yalnızca bilgi vermeye dayalı olmayıp, bireyi deneyimlerini düşünmeye ve bilişsel bir yapı oluşturmaya yönlendirmiştir. Bu nedenle belirsizlikle ilgili bilişsel yeniden çerçevelemenin yapılacağı bu oturum ilk oturumdan tamamen bağımsız olmayıp onun bir devamı şeklindedir. Aynı şekilde bu oturumda da bilgi verme kullanılmıştır. Bireyin gereksinim duyduğu konularda bilgi verme de bilişsel yeniden çerçeveleme de yer almalıdır. Bilgi, bireyin durumu yorumlamasını kolaylaştırır.
- Bakım vermeye ayrılan süre ve sorumluluk arttıkça, bakım verenin sosyal ilişkiler, çalışma yaşamı, kariyer gelişimi ve ekonomik durumunu geliştirme ve sürdürme olasılığındaki belirsizlik de artmaktadır. Bunların yanı sıra bireylerin diğer belirsizlik değerlendirmeleri, özgürlük kaybı, öfke-kin duyguları, aile içi çatışmalar, sosyal destek azlığı şeklindedir (Unson ve ark., 2015).
- Bilişsel yeniden çerçevelemede; birey sürekli olarak hastalıkla ilgili olayları inceler, gözden geçirir, önemli kişiler ve sağlık bakımı verenlerle bu olaylar hakkında konuşur, olaylar hakkındaki beklenti ve inançları onları yönetebilecek şekilde yeniden yapılandırır (Mishel, 1990).
- Bilişsel yeniden çerçevelemede müdahaleler, birey problemi zaten yönetilebilir şekilde çerçevelediye onun davranışı ve düşüncelerini desteklemek, onaylamak ve güçlendirmek şeklindedir. Ancak birey durumu çerçeveleyemiyor ve

bireye bakım vermenin yaşamına etkileri üzerinden bireyin belirsizliği değerlendirme şekli açıklanır.



Benzer durumdaki bakım verenlerin belirsizlik değerlendirmeleri ile ilgili literatür bilgileri aktarılır. Bazı bakım verenlerin belirsizliği değerlendirmesi negatiftir, hastalıkla ilgili olayların sonucunda öfke duygusu, özgür olamama, sosyal destek azlığı, ekonomik sıkıntılar, çalışma yaşamında sorunlar yaşamaktadır. Bazı bireyler ise hastalıkla ilgili belirsizliği gelişim için fırsat olarak görebilmektedir.

- Bakım verenin belirsizlik yaratan durumu değerlendirme şekline göre stratejiler belirlenir ve uygulanır.

Biz hayatımızın olayları hakkında söz sahibi değiliz ama onları nasıl yorumlayacağımıza biz karar veririz. (Nietzsche)

- Birey durumu kontrol edilebilir ve yönetilebilir şekilde çerçevelediye ve belirsizliği fırsat olarak değerlendiriyorsa davranışı ve düşünceleri desteklenir, onaylanır ve güçlendirilir.
- Dikkati yaşamın kontrol edilemeyen alanlarından kontrol edilebilir alanlarına yöneltilir.

Hiçbir şey eksiksiz değildir. Sorunlar yaşamın olağan bir parçasıdır ve ne kadar zorlarsak zorayalım bütün dünyayı denetim altında tutamayız.

- Belirsizlik tehlike olarak değerlendirildiyse **Ek 5**'teki hikaye üzerinden birey "olasılıklı düşünmeye" sevk edilir. Durumla ilgili çok seçenekli düşünmesi ve negatif bir pencereden bakmaktan vazgeçmesi konusunda cesaretlendirilir. Yeni bakış açısının kişide yarattığı duygular konuşulur. Düşüncedeki değişimle birlikte duygulardaki olumlu değişimin farkına varması sağlanır.
- İki Kulp Hikayesi: Her şeyin iki kulpu vardır, hangisinden tutacağınıza karar verin. Örneğin kardeşiniz size kötü davrandı, bunu incinmişlik ya da haksızlık kulpundan tutarsanız kaldıramaz ve öfkelenirsiniz. Durumu akrabalık bağları kulpundan kavrayın, derin ve kopmaz bağınız olduğunu düşünün bu durumda dengenizi korursunuz.



- Anlatılan hikaye üzerinden bakım verenin yaşadığı belirsizlik

onu tehdit edici olarak görüyorsa, bu durumda problemin nasıl yönetileceği ve bunu yönetmede bireyin hangi kaynakları aktive edeceği ile ilgili bir müdahalede bulunulur. Önerilen stratejiler problemin yönetilebilir olduğu ve bireyin bu problemi ele alacak kaynaklara ve beceriye sahip olduğu kapsamında verilir (Mishel ve ark., 2002).

- Belirsizliği çerçevelemede bir diğer müdahale bireyi “olasılıklı düşünme” ye cesaretlendirmektir. Bireylerin hastalık veya sorun yaratan durumla ilgili farklı şekillerde düşünmelerine yardım edilir (Bailey ve ark., 2004)
- Sürekli belirsizlik hali hasta ve ailesinin çeşitli fırsatları algılama ve daha fazla uyumlanmalarını kolaylaştırdığından bazen tercih edilebilir olmaktadır. Bu da ebeveynlerin belirsizliği yaşamın normal bir ritmi olarak kabul etmeleri ve kesinlik ve öngörülebilirliği olmayan bir dünya inancına sahip olmalarıyla mümkündür (Mishel, 1990,1999).
- Belirsizliği fırsat olarak görmek olasılıklı düşüncenin kapılarını açar ve hastalığın değişen doğasına uyumlanmada yeni alternatiflerin kapısını açar (Mishel, 1990). Bireyler yeni bir yaşam görüşü geliştirmeye ve belirsizliği olağan bir olay olarak kabul etmeye cesaretlendirilir.

deneyimlerinden biri ele alınarak yeni bir bakış açısı oluşturmaya yardım edilir.

- **Ek 6** verilerek olumlu bakabilme ve olasılıklı düşünme kavramları arasında ilişki kurulur. Birey yaşamındaki iyi şeyleri düşünmeye ve yaşamındaki ödüllendirici ve tatmin edici yönleri bulmaya teşvik edilerek olumlu bakabilme becerisi kazandırılır. Bakım verme deneyiminin yaşamına olumlu etkilerini bulmaya cesaretlendirilir.
- Tanrılar Sisifos’u bir kayayı durmamacasına bir dağın tepesine kadar yuvarlayıp çıkarmaya mahkum etmişlerdi. Sisifos kayayı tepeye kadar getirecek, kaya tepeye gelince kendi ağırlığıyla yeniden aşağı düşecekti hep... Bu durum kimilerine göre hayatın anlamsızlığı ve monotonluğunu göstermekte, kimileri de bunu bir canlıya verilecek en büyük ceza olarak görmekteydi. Üçüncü bir bakış açısı ise hikayeyi şöyle yorumladı; insan anlamsızlığına ve tüm baskılarına karşın yaşamı yenmek zorundadır, tepelere doğru tek başına didinmek bile bir insanın yüreğini doldurmaya yeter.



Süreç (5 dakika)



Aşağıdaki sorular sorularak süreç değerlendirilir ve bireye farkındalık kazandırılır.

- Bugün burada olmak sizin için ne anlam ifade ediyor?
- Bugün oturumda kendinize ilişkin neleri fark ettiniz?
- Bu öğrendiklerinizi günlük yaşamınıza nasıl aktaracaksınız? Nasıl Kullanacaksınız?

Sonlandırma (5 dakika)

Oturum ile ilgili olumlu geri bildirim verilir. Bireye bir sonraki oturuma gelmeden önce bu oturumdaki kazanımları üzerine düşünmesi ve önemli bulduğu soruları ve deneyimleri kaydederek bir sonraki oturuma gelmesi söylenir. Gelecek oturumun konusu ve zamanı açıklanır. Oturum sonlandırılır.



İki Kulp Hikayesi: Her şeyin iki kulpu vardır, hangisinden tutacağınıza karar verin.

Örneğin kardeşiniz size kötü davrandı, bunu incinmişlik ya da haksızlık kulpundan tutarsanız kaldıramaz ve öfkelenirsiniz.

Durumu akrabalık bağları kulpundan kavrayın, derin ve kopmaz bağınız olduğunu düşünün bu durumda dengenizi korursunuz.

Belirsizlik yaratan durum/olay:	
Mevcut Düşünce	Alternatif Düşünce



- Sisifos bir kayayı durmamacasına bir dağın tepesine kadar yuvarlayıp çıkarmaya mahkum edilmişti. Sisifos kayayı tepeye kadar getirecek, kaya tepeye gelince kendi ağırlığıyla yeniden aşağı düşecekti hep...
- Bu durum kimilerine göre hayatın anlamsızlığı ve monotonluğunu göstermekte, kimileri de bunu bir canlıya verilecek en büyük ceza olarak görmekteydi.
- Üçüncü bir bakış açısı ise hikayeyi şöyle yorumladı; insan anlamsızlığına ve tüm baskılarına karşın yaşamı yenmek zorundadır, tepelere doğru tek başına didinmek bile

*Bakım verme deneyiminin yaşamınıza olumlu etkilerini bulmayı deneyelim.

Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramına (YKHBK) Temellendirilmiş “Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programı”nın Amacı

Bakım verenin, hastalık ve bakım verme ile ilgili belirsizliğin öncüllerini tanımasına, bilişsel yeniden çerçeveleme yolu ile hastalıkta belirsizliği yaşamın doğal bir ritmi olarak kabul etmesine, iletişim ve problem çözme becerilerini kullanarak belirsizliği yönetmesine yardım etmektir.

YKHBK’ya göre Oturumların Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	YKHBK’ya göre Psikoeğitimin Kuramsal Temelleri	3. OTURUM: BELİRSİZLİKLE İLGİLİ PROBLEMLERİ ÇÖZMEK
HEDEFLER Bakım verenin, ➤ Problemlere daha az duygusal tepki daha fazla problem odaklı yaklaşım göstermesi ➤ Yaşamdaki problemleri daha az tehdit edici olarak algılaması KAZANIMLAR Bakım veren, ➤ Problemlerini tanımlar ➤ Problem çözme basamaklarını sayabilir ➤ Problemlerini çözmek için harekete geçme isteği duyduğunu belirtir ➤ Problemlerini daha az tehdit edici olarak algıladığını söyler ➤ Problemlerini çözmede daha çok seçenek bulunduğunu ifade eder.	– Bu oturumda belirsizliğin bir diğer öncülü olan “Bilişsel kapasite” yi artırmaya yönelik müdahalelerden “problem çözme becerilerini geliştirme” seçilmiştir. – Bilişsel kapasite, bireyin hastalıkta meydana gelen durumları anlamlandırmasına izin verecek problem çözme gibi bilgi işleme becerilerini anlatır. – Belirsizlik ortaya çıktığında birey hastalıkla ilgili olaylar için bilişsel bir yapı kuramaz. Bilişsel yapı eksikliğinde karar verme güçleşir ve performans düşer. Sonuç olarak daha az problem odaklı baş etme ve daha fazla duygu odaklı baş etme ve zayıf psikososyal uyuma yol açar. Duygu odaklı baş etme tek başına belirsizlikle baş etmede etkili değildir, çünkü belirsizliğe yalnızca duygusal bir yanıt verir bireye belirsizliği yönetecek bir araç sağlamaz (Mishel ve ark., 2002). Bu nedenle bireye problem odaklı baş etme yöntemi olabilecek bir araç sağlanmalıdır. – Kişi problemlerin nasıl çözüleceğini öğrendiğinde olayları daha az tehdit	Süre: 60 dakika Öğretim Yöntemleri: Anlatım, Tartışma, Problem çözme Öğretim Teknikleri: Soru-Cevap Araç-gereç: EK olarak gösterilen materyallerin basılı çıktısı, BYPP Görüşme Formu Web sitesi önerileri: Şizofreni Dernekleri Federasyonu- http://sizofrenifederasyonu.org/, Şizofreni Dostları Derneği- http://www.sizofrenidostlariderneği.org/index.html Ortam: Psikiyatri Kliniği Eğitim ve Toplantı Odası Başlangıç (5 dakika) Önceki oturumda konuşulanlara kısaca değinilir. Önceki oturumdan bugüne kadar yaşadığı ve anlatmak istediği önemli bir deneyim olup olmadığı ve geçen oturumdaki kazanımların günlük yaşamına aktarılma durumu ile ilgili konuşulur. Şimdiki oturumun hedefleri ile ilgili bilgi verilir. İyi tanımlanmış bir sorun yarı yarıya çözülmüş demektir. **** “Yaşamınızın kalitesi rahatlıkla başa çıkabileceğiniz belirsizlik miktarı ile doğru orantılıdır.” Anthony Robbins  Bu oturum boyunca, gerek yaşamınızda gerekse hasta olan aile bireyi ile yaşamının ve ona bakmanın getirdiği sorunlarla nasıl baş edebileceğinizle ilgili konuşacağız. Bazı kişiler soruna neden oldukları konusunda kendilerini suçlarlar ve sorunun üstesinden gelme beklentileri düşüktür. Sorun çözmeye olumlu yönelimleri olan bazı kişiler ise sorunları olağan ve yaşamın kaçınılmaz olayları olarak görürler. Bu kişiler sorunu, yaşamını daha iyi bir yolda değiştirme fırsatı olarak görürler. Başaramamayı, düzeltici öğrenme yaşantısı olarak görürler. Çalışma (45 dakika)  Bakım verici rolü ile ilgili belirsizlikler genellikle şu alanlarla ilgilidir. • tedavi ve bakım sürecinde hastaya rehberlik, baş etmesine yardım • bakım verme sürecinde yaşanan psikososyal sorunlarla başa çıkma, güçlenme,

edici olarak değerlendirir. Problem çözme belirsizlik koşullarında etkisiz olabilecek bir baş etme yeteneğidir. Problem çözme becerisinde azalma yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Problem çözme becerisi, problem çözme basamaklarını öğretme yoluyla güçlendirilebilir. Bu basamaklar; hastayı soruna yönlendirmek, sorunu belirlemek, alternatifler üretmek, alternatifler arasından seçim yapmak ve uygulamak olarak tanımlanmıştır (Mishel ve ark., 2002).

kendine yardım

Sizde de özellikle.....konularında olduğunu gördük.

(1. Oturumdaki bakım verme sürecinin getirdiği sorunları çözmeye şimdiye kadar nasıl baş ettiniz, geçmiş deneyimlerinizin şimdi yardımı oluyor mu? Sorusundan gelen yanıtlar kullanılır)

- Geçmişteki bakım verme deneyimiyle ilgili doğru uygulamalar ve uygun baş etmeler desteklenir. Yeni baş etme yolları önerilir.
- Baş etmeye yardım edecek bir yöntem olarak online web sayfaları tanıtılır ve önerilir.
 - ❖ Şizofreni Dernekleri Federasyonu- <http://sizofrenifederasyonu.org/>
 - ❖ Şizofreni Dostları Derneği- <http://www.sizofrenidostlariderneği.org/index.html>
- Birey, sosyal ve toplumsal destek kaynaklarını bulmaya teşvik edilir.
- Bakım verenin; kendinden beklentileri konuşularak, beklentiler ve gerçekler arasında benzerlik kurmaya ve gerçekçi beklentiler kazandırmaya yardım edilir.
- Kendisini güçlendirmeye yönelik bir strateji belirlenir (profesyonel yardım, sosyal desteği artırma, destek grupları kendine zaman ayırma ve boş zaman aktiviteleri vs.)

Ek 7'deki problem çözme basamakları kullanılarak, bakım veren rolünün getirdiği belirsizliklere dayalı bir problem durumu üzerinde çalışılır.

-problem tanımlanır. (Kim, ne, nerede, ne zaman, neden, nasıl soruları nesnel bir şekilde yanıtlanmalıdır.)

-alternatif çözümler üretilir. Her bir çözüm önerisinin faydalı ve zararlı yanları tartışılmalıdır.

-bir çözüm seçilir, planlama yapılır (tarih belirlenir) ve uygulama sonrası sonucu değerlendirilerek bir sonraki oturuma getirmesi beklenir.

-problem çözme yöntemini yaşamındaki diğer sorunların çözümünde kullanılabilirliği tartışılır.

Süreç (5 dakika)



Aşağıdaki sorular sorularak süreç değerlendirilir ve bireye farkındalık kazandırılır.

- Bugün burada olmak sizin için ne anlam ifade ediyor?
- Bugün oturumda kendinize ilişkin neleri fark ettiniz?
- Bu öğrendiklerinizi günlük yaşamınıza nasıl aktaracaksınız? Nasıl Kullanacaksınız?

Sonlandırma (5 dakika)

Oturum ile ilgili olumlu geri bildirim verilir. Bireye bir sonraki oturuma gelmeden önce bu oturumdaki kazanımları üzerine düşünmesi ve önemli bulduğu soruları ve deneyimleri kaydederek bir sonraki oturuma gelmesi söylenir. Gelecek oturumun konusu ve zamanı açıklanır. Oturum sonlandırılır.

Dur ve düşün, sorun nedir? Açıklayınız.

.....

Sorunun çözüm yolları nelerdir? Tartışınız.

I:.....II.....

III.....IV.....

Çözüm seçeneklerini fayda ve zararlarıyla değerlendirin.

I.F:.....Z:.....II.F:.....Z:.....

III.F:.....Z:.....IV.F:.....Z:.....

En uygun seçeneği seçin. Tartışınız.

.....

Çözüme ulaşmak için hangi kaynaklara ihtiyaç olacak, bunları nasıl sağlayacaksınız?

.....

Seçtiğin çözümü uygulamak için bir zaman belirleyin ve bu zamana uyun.

.....

Sonucu değerlendirin.

.....



Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramına (YKHBK) Temellendirilmiş “Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programı”nın Amacı

Bakım verenin, hastalık ve bakım verme ile ilgili belirsizliğin öncüllerini tanımasına, bilişsel yeniden çerçeveleme yolu ile hastalıkta belirsizliği yaşamın doğal bir ritmi olarak kabul etmesine, iletişim ve problem çözme becerilerini kullanarak belirsizliği yönetmesine yardım etmektir.

YKHBK’ya göre Oturumların Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	YKHBK’ya göre Psikoeğitimin Kuramsal Temelleri	4. OTURUM: BELİRSİZLİKLE BAŞ ETMEDE İLETİŞİM BECERİLERİNİ KULLANMAK
HEDEFLER Bakım verenin, ❖ Kendini daha iyi ifade edebilmesi ❖ Sosyal destekleriyle iletişime geçmesi ❖ Hastayla ve sağlık hizmeti verenlerle etkili iletişim kurması KAZANIMLAR Bakım veren, ❖ Atılganlık becerilerini günlük iletişimde kullanma konusunda isteklilik gösterir. ❖ Sosyal desteklere ulaşma konusunda isteklilik gösterir. ❖ Hastayla ve sağlık hizmeti verenlerle iletişimde iyileşme olduğunu bildirir.	– Yapı sağlayıcıları bireyin belirsizliğe yol açan uyarıları yorumlamasına yardım eden ulaşılabilir kaynaklardır. Bunlar; eğitim, sosyal destek ve güvenilir otoriteler olarak tanımlanmıştır (Mishel, 1988). – Bu oturumla birlikte, bireyin iletişim becerileri geliştirilerek güvenilir otoriteler ve sosyal destek verebilecek kişilere ulaşması ve bunları bir kaynak olarak belirsizliği yönetmede kullanması beklenmektedir. – Ayrıca bilgi, beceri ve destekleyici öğelerin birleşiminden oluşan psikoeğitim ve güvenilir bir otorite olarak araştırmacının varlığı kuramın yapı sağlayıcıları kavramına karşılık gelmekte ve her oturuma temel oluşturmaktadır. – Belirsizlik yönetiminde önemli bir kaynak, sağlık hizmeti sunanlardan alınan bilgilerdir. Hastalıkta belirsizliğin önemli bir nedeni de hastalığın doğası ve seyri ile ilgili bilgi eksikliğidir. Hasta ve hekimler arasındaki iletişimi araştıran çalışmalar, bir çok iletişim problemi olduğunu açığa çıkarmıştır (Mishel ve ark., 2002).	Süre: 60 dakika Öğretim Yöntemleri: Anlatım, Tartışma, Örnek olay Öğretim Teknikleri: Soru Cevap Araç-gereç: EK olarak gösterilen materyallerin basılı çıktısı, BYPP Görüşme Formu Ortam: Psikiyatri kliniği eğitim ve toplantı odası Başlangıç (5dakika) Önceki oturumda konuşulanlara kısaca değinilir. Önceki oturumdan bugüne kadar yaşadığı ve anlatmak istediği önemli bir deneyim olup olmadığı ve geçen oturumdaki kazanımların günlük yaşamına aktarılma durumu ile ilgili konuşulur. Şimdiki oturumun hedefleri ile ilgili bilgi verilir. Çalışma(45 dakika)  Günlük hayatta ilişkilerin sorunsuz yaşanması ve hedeflere daha kolay ulaşmak için en önemli araç iletişimdir. Dolayısıyla iletişimin başarısı kişinin günlük yaşamdaki başarısını belirler. Bu oturumda amacımız sağlık çalışanları, hastanın kendisi ve sosyal destek kaynaklarıyla iletişiminizi iyi yönde geliştirmektir.   Yakınınızla günlük karşılaştığınız iletişim sorunları nelerdir? Sağlık personelleri ile günlük karşılaştığınız iletişim sorunları nelerdir? • Ek 8 kullanılarak olumlu iletişimin öğeleri konuşulur. Bireyin iletişimde yaşadığı sorunlar, bu iletişim öğeleriyle ilişkilendirilir. Bireylerin bu sorunları çözmeyi nasıl başardıkları veya başaramadıkları kendi yaşantısından

- Sağlık çalışanlarından semptomların süresi, yoğunluğu ve nedenleriyle ilgili alınan bilgilerin hastalıkta belirsizliği azaltan temel bir faktör olduğu belirtilmektedir (Mishel ve ark., 2002). Bu bilgilere ulaşmak için sağlık çalışanlarıyla doğru bir iletişim kurmak gereklidir.
- Bakım veren için sadece sağlık çalışanlarıyla değil, hastanın kendisi ve sosyal destek kaynaklarıyla iletişim de önemlidir. Sosyal desteğin, ebeveyndeki belirsizlik düzeyini düşürerek ve daha fazla baş etmeye cesaretlendirerek "belirsizlik aracılığıyla büyüme" yi desteklediği belirlenmiştir. (Lin ve ark., 2010).

örneklerle ortaya çıkarılır.

- Ek 9 kullanılarak bakım verenin hastayla kurduğu iletişim geliştirilir (şizofreni hastalığı olan birey ile iletişim kurma, bakım verdiği bireyin verbal ve nonverbal tepkilerini tanıma, yargılamama)
- Birey, sosyal ve toplumsal destek kaynaklarına ulaşmaya teşvik edilir (aile, arkadaşlar, diğer hasta yakınları, TRSM ve gündüz hastaneleri)
- Ek 10 kullanılarak bakım verenin, bakımın planlanmasına katılımını artırmak, öz savunuculuğunu geliştirmek ve iletişim çatışmalarından kaynaklanabilecek stresi azaltmak için kendini açma, ben dili ifadesi, duyguları paylaşma gibi beceriler üzerine konuşulur.
 - kızgınlığı ifade etme becerisi üzerine konuşulur.
 - doktor kontrolü öncesi liste yaparak hastasıyla ilgili doğru sorular sorma becerisi geliştirme

Süreç (5 dakika)

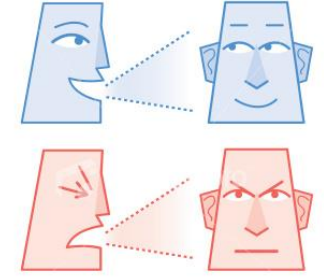


Aşağıdaki sorular sorularak süreç değerlendirilir ve bireye farkındalık kazandırılır.

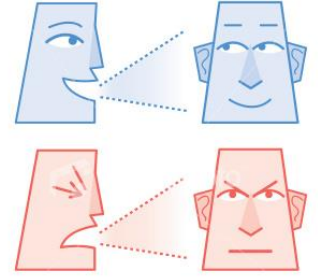
- Bugün burada olmak sizin için ne anlam ifade ediyor?
- Bugün oturumda kendinize ilişkin neleri fark ettiniz?
- Bu öğrendiklerinizi günlük yaşamınıza nasıl aktaracaksınız? Nasıl Kullanacaksınız?

Sonlandırma (5 dakika)

Oturum ile ilgili olumlu geri bildirim verilir. Bireye bir sonraki oturuma gelmeden önce bu oturumdaki kazanımları üzerine düşünmesi ve önemli bulduğu soruları ve deneyimleri kaydederek bir sonraki oturuma gelmesi söylenir. Gelecek oturumun konusu ve zamanı açıklanır. Oturum sonlandırılır.



- SAYGIYLA SELAMLAMAK
- GÖZ TEMASI KURMAK
- KONUŞMAYI BAŞLATMAK
- UYGUN SES TONUNDA KONUŞMAK
- KONUŞMANIN AKICI VE ANLAŞILIR OLMASI
- UYGUN DURUŞ VE EL KOL HAREKETLERİ SERGİLEMEK
- İLETİŞİMDE DOKUNMAYI KULLANMAK
- YÜZ İFADELERİNDE MİMİKLERİN VE CANLILIĞIN OLMASI
- DUYGULARI UYGUN BİR ŞEKİLDE İFADE ETMEK
- ENERJİK OLMAK
- DİNLEMİYİ BİLMEK
- ZAMANLAMAYI AYARLAMAK
- MESAFEYİ AYARLAMAK
- İLETİŞİMİ SÜRDÜRMEYE İSTEKLİ OLMAK
- MAKUL BİR GENEL GÖRÜNÜMÜN OLMASI
- UYGUN BİR ŞEKİLDE VEDALAŞMAK



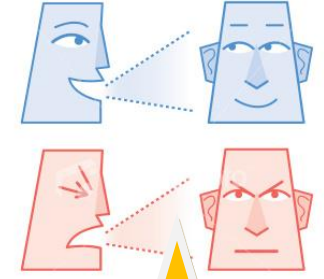
Zorlanmalar karşısında hastanın hastalığı yineleyebilir. Onun iyiliği için bile olsa, sürekli onu uyarmak, eleştirmek, söylenmek, davranışlarını düzeltmeye kalkışmak, sürekli ona önerilerde bulunmak yarardan çok zarar getirecek ve hastalığın yinelenme olasılığını artıracaktır.

OLUMLU BİR İLETİŞİM YAKLAŞIMI:

- Olumlu duyguların dışa vurulması
- Sorunların çözümüne adım adım yaklaşılması
- Tartışma alevlendiğinde ara verilmesi ve ortam değişikliği
- Hastalık dışı konularda da konuşmak için zaman ayırmalı
- İyi davranışları övmeli
- Güven vermeli

KIZGINLIĞI İFADE ETMEK

- İyi iletişim öğelerine dikkat edilmeli
- Sizi rahatsız eden şeyin ne olduğunu karşıdaki insana net olarak söylemeli
- Bu durumun sizi ne kadar rahatsız ettiğini, hangi duyguyu yaşadığınızı ifade etmeli
- İleride aynı durumun doğmaması için karşıdaki kişiye öneride bulunmalı



SORU SORMAK, ÖĞRENMEK

- İyi iletişim öğelerine dikkat edin.
- Gereksinim duyduğunuz bilgiyi net ve anlaşılır şekilde sorun
- Sorduğunuz kişinin söylediklerini dikkatle dinleyin.
- Söylenenleri tekrar edin ve yardımı için teşekkür edin.

Örnek durum: Hemşireye ilaç yan etkilerinden kas kasmalarının ne olduğunu sorun.

Yeniden Kavramsallaştırılan Hastalıkta Belirsizlik Kuramına (YKHBK) Temellendirilmiş “Belirsizliği Yönetme Psikoeğitim Programı”nın Amacı

Bakım verenin, hastalık ve bakım verme ile ilgili belirsizliğin öncüllerini tanımasına, bilişsel yeniden çerçeveleme yolu ile hastalıkta belirsizliği yaşamın doğal bir ritmi olarak kabul etmesine, iletişim ve problem çözme becerilerini kullanarak belirsizliği yönetmesine yardım etmektir.

YKHBK’ya göre Oturumların Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar

YKHBK’ya göre Psikoeğitimin Kuramsal Temelleri

5.OTURUM: SONLANDIRMA

HEDEFLER

- Bakım verenin
- Başlangıçta söz ettiği kişisel hedef ve beklentilerine ulaşma durumunu gözden geçirmesi
- Belirsizliği yönetilebilir bir durum olarak ifade etmesi
- KAZANIMLAR**
- Bakım veren,
- Kazandığı becerileri fark eder
- Belirsizliği yönetilebilir ve yaşamın bir parçası olarak gördüğünü ifade eder
- Öğrendiği becerileri yaşamında kullanmaya devam edeceğine yönelik istekli olduğunu ifade eder.

Bireylerin kazanılan becerileri süreç bittikten sonra nasıl kullanacağına odaklandığı gibi kişisel amaçlarına ulaşp ulaşmadığının da bir değerlendirmesini içerir. Kısaca sonlandırma aşamasında süreç değerlendirilir ve bireyin olumlu duygularla ayrılması sağlanır. Sağlıklı bir sonlandırmada yarım kalan bir duygu ve iş olmamalıdır (Güçray ve ark., 2009). Sürekli belirsizlik durumu, hastaların ve ailelerinin yaşamdaki çeşitli fırsatları daha fazla algılamalarını ve daha fazla uyum yeteneğine sahip olmalarını kolaylaştırır. Bu, bireylerin belirsizliği yaşamın doğal bir ritmi olarak kabul etmeleriyle mümkündür. (Mishel, 1990)

Sonlandırma oturumuyla, bireyin psikoeğitim süreci boyunca kazandığı bilgiler ve geliştirdiği becerilerle belirsizliği yönetmedeki gücünü fark etmesine ve yaşamını bu doğrultuda sürdürmeye motivasyonunu artırmasına yardım edilecektir.

Süre: 60 dakika

Öğretim Yöntemleri: Anlatım, Tartışma

Öğretim Teknikleri: Soru Cevap

Araç-gereç: BYPP Görüşme Formu

Ortam: Psikiyatri kliniği eğitim ve toplantı odası

Bireyden süreci gözden geçirmesi ve özetlemesi istenir, özetlemede yardımcı olunur. Bunun son oturum olduğu belirtilir. Önceki dört oturuma kısaca değinilir. Geçmiş oturumlardaki heyecan verici anlamlı yaşantılar anımsatılır. Olumlu geri bildirim verilir. Bitmemiş işler ele alınır. Sürecin bitmesiyle ilgili oluşabilecek kayıp duygusuna yönelik duyguların ifade edilmesine izin verilir.



Psikoeğitim sürecinde değişimi deneyimleseniz de önemli olan bu değişimi yaşamınızda devam ettirmenizdir.

Aşağıdaki sorular sorularak öğrenilen beceriler ve kazanımlar üzerinden bir durum saptaması yapılır.

- Bu süreç sonunda hangi bilgi ve becerileri kazandınız?
- Bu süreçte hangi olaylar ve aktiviteler size en az yardımcı oldu? Neden?
- Bu süreçte hangi olaylar ve aktiviteler size en çok yardımcı oldu? Nasıl?
- Hastalık ve bakım verme ile ilgili başlangıçta ifade ettiğiniz belirsizlikler hakkında şimdi neler söyleyebilirsiniz?
- Gelecekte karşılaşılabileceğiniz belirsizlikleri yönetme konusunda neler yapmayı düşünüyorsunuz?

Son testler de bu oturumda uygulanır.

BYPP Görüşme Formu- Bakım Veren ile Örnek Psikoeğitim Süreci

Tarih: Temmuz 2019		Katılımcının Adı: Ş. Hanım (B.Bey'in Eşi)
1. OTURUM: BELİRSİZLİĞİ TANIMAK		
***Bu psikoeğitim sürecine katılmayı kabul ettiniz. Başlamadan önce; genel olarak bu süreçten beklentileriniz nelerdir? Bilgilenmek ve rahatlamak, size sorular sorabilmek isterim, kaygılarım, korkularım var. Size anlatmak, konuşmak beni rahatlatacaktır.		
1.	Şizofreni hastalığı olan bir bireye bakım verirken, onunla birlikte yaşarken en fazla zorlanma yaşadığınız durum nedir? Yakınınızın bakımını nasıl yöneteceğinize dair belirsizlikler var mı? Yaşadığınız deneyimle ilgili cevapsız kalan sorular var mı?	“Bir bardak suda bile büyü olduğunu düşünmesi tahammül sınırlarımı zorluyor. Bıkınlığım geçsin istiyorum, tahammül edebileyim. Kısırcağı var, bana düşman gibi davranıyor. Çocuklar her şeye şahit oluyor. Hangi durumlarda atağı yaklaştı, doktora ne zaman başvurmalıyım, çocuklarımda daha az etkilenmesi için ne yapabilirim? Bir çok soru işaretlerim var.”
2.	Bakım verme sürecinin getirdiği sorunları çözmede şimdiye kadar nasıl baş ettiniz, geçmiş deneyimlerinizin şimdi yardımı oluyor mu?	“Kayınvalidem de şizofreni hastası, onda gördüm ilk belirtileri. Sonra eşimde gördükçe de kafamda netleştirdim. Eşimin de halüsinasyon gördüğünü anladım. İnternette araştırdım. İkna edici şekilde konuşarak, gerçek şeyleri konuşarak baş etmeye çalışıyorum. Ailesi destek olmuyor ve hastalığı inkar ediyor, tek başıma hem eşimle hem ailesiyle mücadele ediyorum, hepsi de bana düşman oldu, çok yoruldum.”
3.	Yakınınzdan beklentileriniz nedir? Sonuçlar beklentinizle uyumlu mu?	“İnsanlardan kötülük beklemesin. Herkesten zarar göreceğini düşünüyor çünkü. Saatlerce zikir çekiyor. Dini uğraşlar işlerine engel oluyor. İşini yapamıyor.”
4.	Hastaya uygulanan tedavi sizin için anlaşılır mı, tedavi beklentinizi karşılıyor mu?	“Tedavisi ilaç, biliyorum. Depo iğnenin ne işe yaradığını bilmiyorum. Kötüleştiğinde ilaç ve tedavi aldırarak mümkün olmuyor, zaten her şeyden şüpheleniyor. İlaçların onu uyuttuğunu ve ona iyi gelmediğini düşünerek sık sık tedaviyi bırakıyor.”
5.	Hastalığın hastadaki seyri ile ilgili bir fikriniz var mı, bu durum gelecek planlarınızı nasıl etkiliyor?	“Dönem dönem hastalık düşüyor, yükseliyor. Gelecekte bu işi yapmasın istiyorum, işte kazanamadıkça strese giriyor, kış aylarında maddi olarak işler düşüyor, hastalığı artıyor, hastalık arttıkça işi hiç yapamaz oluyor. İşini mutlaka değiştirmeli ama nasıl olacak bilmiyorum, gelecekte ne olacak... Tedavisi devam ederse hastalık kötüye gitmez hiç değilse...”

Tarih: Temmuz 2019		Katılımcının Adı : Ş. Hanım (B.Bey'in Eşi)
1. OTURUM: BELİRSİZLİĞİ TANIMAK		
***	Belirsizliğin öncülleri (belirti örüntüsü, alışılmış olay ve benzer olay)	Belirti örüntüsü: Hastada paranoid şizofreni tanısı olmasına bağlı şüphecilik, kıskançlık ve kötülük görme sanrıları, eşine ve çocuklara şiddet uygulaması, aileye karşı sürekli öfkeli ve saldırgan tutum sergilemesi, tedaviye uyumsuzluk ve hastalığın sık sık alevlenmesi. Alışılmış olay: Kayınvalidesinde şizofreni hastalığı olması ve ondaki belirtileri gözlemlemesi Benzer olay: Hastadaki kıskançlık belirtilerini ve paranoid sanrıları gerçek yaşam olaylarından ayırmakta zorlandığı için kendisini suçlamakta ve eşine de kızgınlığı artmaktadır. Eşine baktığı ve ilgilendiği için onun kendisine minnet duymasını beklemektedir. Tedavisi için kendisinin de uğraş vermesini beklemektedir.
***	Belirsizlik düzeyi	8/10 (Görsel Kıyaslama Ölçeğine göre)
***	Belirsizlik (karmaşıklık, tutarsızlık, rastgelelik, ön görülemezlik ve bilgi eksikliği)	Bilgi eksikliği, öngörülemezlik, karmaşıklık
***	Belirsizlik değerlendirmesi (tehlike-fırsat)	Yaşadığı deneyimle ilgili olarak, “bıkkın ve tahammülsüz” olduğunu, bakım verme sürecinde tek başına mücadele etmekten yorulduğunu, gelecek planlarının belirsiz olduğunu belirtmiştir. Belirsizlikleri değerlendirmede “tehlike” değerlendirmesinin öne çıktığı düşünülmüştür.
	EK 1 (Hastalığın nedenleri açıklanarak “benzer olay” bileşeni güçlendirilir.) 1. Oturum kapsamındaki Ek 1, bakım verenin öncelikli gereksinimleri doğrultusunda gözden geçirildi ve tartışıldı. - Bakım verene hastalığı nasıl algıladığı sorularak, şizofreni hastalığının neden ortaya çıktığı tartışıldı. Ailesel geçişe dikkat çekilerek, hastalığın kişilik örüntüsü olmaktan çok biyolojik boyutları olduğu konuşuldu. - Hastalığın kontrol edilemeyen yönleriyle (kıskançlık sanrıları, ya da iş yaşamında işlevselliğin kaybı gibi) ilgili farkındalık kazandırıldı. Bakım verenin hastayla ilgili gerçekçi beklentiler koyması yoluyla “benzer olay” bileşenini güçlendirmek hedeflendi. - Hastalık nedenlerinin bilinmesi yoluyla belirtilerin de	EK 2 (Alevlenme dönemleri konuşularak bakım verenin geçmiş deneyimleri yardımıyla, "alışılmış olay" bileşeni güçlendirilir.) - Hastadaki son yatışa neden olan alevlenme belirtileri konuşuldu. Bakım verenin önceki alevlenme dönemleriyle bağlantı kurması istendi. Alevlenme dönemleri öncesindeki koşullar değerlendirildi. Genellikle hastada sosyal izolasyonla birlikte, dini uğraşların arttığı, birlikte açıklaştırıldı. Bu beirtilerin olası alevlenmeleri fark etmede yardımcı olacağı vurgulandı. - Kayınvalidesinde şizofreni hastalığı olması ve tedaviye uyum gösterdiği için yıllardır remisyonda olması tartışıldı. Tedavinin önemi vurgulandı. - Her bir hastalık döneminin getirdiği öğrenme ve deneyimlerden hastalık süreci boyunca faydalanabileceği üzerine konuşuldu.

	anlaşılmasına temel oluşturmak hedeflendi.	
	EK 3 (belirtiler konuşularak bakım verenin hastadaki "belirti modeli"ni öngörmesine yardım edilir.) - Hastadaki dini uğraşlar ve kıskançlık sanrıları başta olmak üzere psikoz belirtileri bakım verene anlatıldı. Bu belirtilerin çiftler arasında evlilik birliğini bozabilecek yapıda olduğu, ancak açık iletişim yoluyla ve güven vererek, belirtilerin getireceği yüklerin azaltılabileceği tartışıldı. - Bakım veren, eşindeki kıskançlık düşünceleri yüzünden kendisini sorguladığını ve "gururunun kırıldığını" belirtmesi üzerine bu belirtilerin hastalığın doğasından kaynaklandığı, hastalığın akut dönemleri dışında kalan zamanlarda karı-koca ilişkilerinin ve bağlarının güçlendirilebileceği açıklandı. - Bakım verenin, şizofreninin eşinde ortaya çıkardığı "belirti örüntüsünü" anlaması hedeflendi.	EK 4 (Hastalığın seyri ve tedavi şekilleri konuşularak bakım verenin iyileşme ile ilgili gerçekçi beklentiler oluşturması sağlanarak "benzer olay" bileşeni güçlendirilir.) Ek 4 verilerek hastalığın genel seyri ve tedavi yolları aktarıldı. - Hastalığı alevlendiren çevre ve iş koşullarından uzak durması, mümkünse bunun planlanmasının ilaçla tedaviye yardımcı olacağı üzerine konuşuldu. - Bakım verenin bilgi eksikliği olduğunu belirttiği depo antipsikotiklerle ilgili bilgi verildi, hasta tedaviye uyumsuzluk gösterdiği için ona uygun olabileceği açıklandı. - Düzenli tedavi ve farklı iş-kazanç seçenekleriyle çalışma hayatını sürdürebileceği, bu meşguliyetin de hastalık yaşantısına olumlu etkileri olacağı üzerine konuşuldu. Bakım verenin, hastadan gerçek dışı bir beklentisi olmadığı görüldü.
	Bugün burada olmak sizin için ne anlam ifade ediyor? Bugün oturumda kendinize ilişkin neleri fark ettiniz? Bu öğrendiklerinizi günlük yaşamınıza nasıl aktaracaksınız? Nasıl Kullanacaksınız?	Buraya geldiğimde umudumu kesmiştim, dışarda zapt edemediğimden tek istediğim onu yatırmaktı. Şimdi daha umutluyum, çünkü yapılacak bir şeyler varmış.

Tarih: Temmuz 2019		Katılımcının Adı: : Ş. Hanım (B.Bey'in Eşi)
2. OTURUM: BELİRSİZLİĞİ BİLİŞSEL YENİDEN ÇERÇEVELEMEK		
1.	Şizofreni hastalığı olan bir bireye bakım veriyor olmak nasıl bir şey, bunu neye benzetirsiniz? Bu deneyimin yaşamınıza nasıl bir etkisi var?	“Biraz daha sabırlı olmak isterdim, yaptıklarım boşa gidiyor, bütün uğraşlarım...bi kulağından girip bir kulağından çıkıyor. Sinir sistemim çok yıprandı, eşim dışında hiçbir olaya tahammülüm kalmadı. Klinikten çıkmak için aşırı ısrarı var, sürekli başa sarıyoruz, benim planlar yapıp onu buraya yatırdığımı ve doktorlarla işbirliği yapıp çıkmaması için sık sık doktorlara şikayet ettiğimi düşünüyorum. Bu beni çok öfkelenendiriyor.” • Benzer durumdaki bakım verenlerin belirsizlik değerlendirmeleri ile ilgili literatür bilgileri aktarılmıştır. (öfke duygusu, özgür olamama, sosyal destek azlığı, ekonomik sıkıntılar, çalışma yaşamında sorunlar, gelişim için fırsat) • Birey, belirsizliği tehlike olarak değerlendirmektedir. Tahammül ve sabrının tükendiğinden ve öfke duygusundan söz etmektedir • Belirsizlik tehlike olarak değerlendirildiğinden EK 5'teki hikaye üzerinden birey “olasılıklı düşünmeye” sevk edilmiştir.
	EK 5- Belirsizlik yaratan durumla ilgili yeni düşünce • “İki kulp” hikayesi üzerine konuşulup tartışıldı. Bakım verende belirsizlik yaratan ve öfke uyandıran düşünce; eşinin hastanede kalmak istememesi ve kendisini suçlamasıdır. • Olumsuz hissettiren ve sıkıntı veren düşünceler yerine farklı düşünce seçenekleri bulması önerildi. Bu yeni düşünceyle birlikte neler hissettiği konuşularak duygu değişimi üzerinde duruldu. Düşüncelerimizin duygularımız üzerine etkisinden söz edildi. • Paranoid şizofreni tanısı almış ve özellikle akut psikotik dönemde bir bireyde iç görüde bozulma, şüphecilik ve çevreye güvensizlik olabileceği anlatılmıştır. • Bakım veren; “hasta için üzüldüğünü, kimseye güvenmediği için aslında onun da çok zor şeyler yaşıyor olabileceğini anladığını” dile getirmiştir. “Böyle düşündüğümde öfkelenmiyorum, çok zor onun için de biliyorum, bunları neden yaptığını anlayabiliyorum.” sözleriyle duygu değişimini ifade etmiştir.	EK 6- Bakım verme deneyiminin yaşamına olumlu etkilerini • Sisifos ve kaya hikayesi üzerine konuşulup tartışıldı. • Hikayeye ilgili olarak bakım veren “boşa kürek çekiyoruz gibi sanılsa da biz o kayayı ittikçe daha çok güçleniyoruz aslında. Ama o taşı zaman zaman da bırakmak lazım bence, yoksa ağırlığı daha da artar” yorumunu yapmıştır. • Bireye hikaye üzerinden, belirsizliği yaşamın doğal bir parçası olarak kabul etme düşüncesi açıklanmıştır. Hepimizin kayalarının olduğu, yaşamda bir çok belirsizlikle karşılaştığımızı, yaptığımız şey her ne ise onu benimseyip keyif almanın da bir seçenek olduğunu, yaşamdaki belirsizlikleri kavrayıp onlarla birlikte hayatımıza devam etmek gerektiği üzerine konuşuldu. • Bakım vermenin yaşamına olumlu etkileri sorulduğunda birey ilk önce “nasıl bir olumlu etkisi olabilir ki, hep sıkıntı hep stres, sizce var mı” yorumunu yapmış, “olasılıklı düşünme” ve “bakım verme deneyiminin yaşamına olumlu etkilerini bulma”ya cesaretlendirildiğinde ise “Allah beni böyle yaratmış, olduğum halimden memnunum. Pes etmiyorum çok güçlüyüm. Ve gitgide daha çok güçleniyorum. Çünkü sürekli mücadele ediyorum, çocuklarım için ayakta kalıyorum.” Yorumunu yapmıştır.
2.	Bugün burada olmak sizin için ne anlam ifade ediyor? Bugün oturumda kendinize ilişkin neleri fark ettiniz? Bu öğrendiklerinizi günlük yaşamınıza nasıl aktaracaksınız? Nasıl Kullanacaksınız?	“Eşimle ilgili hep olumsuzlukları düşününce ya da hep kötü şeyler olacakmış gibi beklediğimde hem öfkeleniyorum hem onunla tartışıyorum, farklı yollar düşünceler bulucam. Hikayeler güzelmiş ama...Taşı uzun süre taşıyamazsın, yükünü bazen koyup dinlenmelisin.” • Bireyin, “olasılıklı düşünce”yi kullanmaya istekli olduğu ve bunun olumsuz duyguları da değiştireceğini kavradığı gözlenmiştir.

Tarih: Temmuz 2019		Katılımcının Adı: : Ş. Hanım (B.Bey'in Eşi)
3. OTURUM: BELİRSİZLİKLE İLGİLİ PROBLEMLERİ ÇÖZMEK		
1.	Geçmişteki bakım verme deneyimiyle ilgili doğru uygulamalar ve uygun baş etmeler nelerdir? Bireyle birlikte belirlenen yeni baş etme yolları nelerdir?	“Evde her dediğini yapıyorum, sinirlenmesin kızmasın diye. Ne yapacağı belli değil çünkü. Ben bir şey söylediğimde zaten kavga çıkıyor. Çocuklara da çok karışıyor. Bana şiddet uyguladığı zamanlar oluyordu, şimdi azaldı. Çocuklara da bazen uyguladığı oluyor. Tatsızlık çıkmasın diye dediklerini yapıyorum, eve yiyecek aldık diyelim, tabağa koydum getirdim. Eşim “Bunu götür çöpe at, zehirli bu” dediği zaman kaldırıp atıyorum hemen, çocuklar da çok olumsuz etkileniyor bundan, onlar da şahit oluyor. Maddi, manevi zarar söz konusu. Yapacak hiçbir şey yok, her dediğini yaparak idare ediyorum, sorgulamıyorum” “Ama çok kızıp, söylendiğim veryansın ettiğim de oluyor.” - Birey, “yapacak hiçbir şey yok” diyerek sorun çözme beklentisinin düşük olduğunu göstermektedir. Durumu olduğu gibi kabul edip, eylemsiz kalma ve eşine karşı eleştirel bir dil kullanma gibi bazı baş etme şekilleri göstermektedir. Geçmişteki bu baş etme yollarının durumsal anlık rahatlama getirdiği ancak sorunları çözmediği bu nedenle aynı sorunların kısır döngü gibi tekrar yaşandığı üzerine konuşulmuştur. - Aile içi şiddet konusunun önemli bir sorun olduğu üzerine konuşularak bakım verene başvurabileceği merkezler (ŞÖNİM, Kadın Konuk Evleri vb.) ve destek hatları (KADES, Alo 183 vb.) ile ilgili bilgi verilmiştir. - Sanrılarla baş etmede, onları pekiştirmeyecek şekilde açık bir iletişim kurmanın ve güvenli bir çevre sağlamanın öneminden söz edilmiştir. Öneğin evdeki yiyeceklerde büyü ya da zehir olduğunu düşündüğü durumlarda alışverişi hastayla birlikte yapmak ya da yiyecekleri ona seçtirmek ve hazırlatmanın bir seçenek olabileceğinden söz edilmiştir. - Sanrılar söz konusu olduğunda bireye çok fazla mantıksal açıklama yapma ve onu iknaya çalışmanın durumu daha da kötüleştireceğinden ve sürekli eleştirel bir dil kullanmanın da hastalığı alevlendirebileceğinden söz edilmiştir. - Çocukların genetik nedenler, aile içi çatışmalar, şiddetin tanığı ya da şiddet mağduru olma ve ruhsal hastalığı olan ebeveynin sanrılarına tanık olma gibi bir çok nedenle ruhsal açıdan riskli grupta olduklarına dikkat çekilmiştir. Çocukların ruh sağlığını güçlendirmek için birincil olarak aile ve ev koşullarının düzeltilmesi ikincil olarak da birey olarak güçlenmelerini sağlayıcı her türlü spor vb. aktivitelere yönlendirilmeleri gerektiği konuşulmuştur. Bakım veren, her iki çocuğunu spor kursuna gönderdiğini söylemiştir. - Belirtilerle ve hastalığın getirdiği problemlerle baş etmede; online bilgi kaynakları ve toplumsal destek kaynakları üzerine konuşulmuştur. Özellikle Şizofreni Dernekleri Federasyonu ve Şizofreni Dostları Derneği web sayfalarındaki ruhsal hastalığı olanların hakları konusu ve hasta ve yakınlarının sorularına verilen yanıtlar bölümünün hastalık süreciyle baş etmede yardımcı olacağı anlatılmıştır. - Bakım veren, “sosyal yaşamda çok fazla arkadaşının olduğunu, klinikte de diğer bakım verenlerle iş birliği ve yardımlaşma halinde olduğunu” belirtmiştir. Bu kaynaklara, bilgi ve

		duygusal destek sağlama konusunda başvurması gerektiği, sorunlarla tek başına mücadele etmenin, yardım almamanın kendi iyi oluşunu da bozacağından söz edilmiştir. Psikiyatri gündüz hastanesi ve TRSM lerin işlevi ve önemine dikkat çekilmiştir.
2.	Bakım verme sürecinde sizin kendinizden beklentiniz nedir?	“Daha anlayışlı daha sakin olmalıyım eşimle uğraşırken. Çünkü kalbim çok kırık. Kırgınlım ona, bazı şeyleri affedemiyorum, soğukluk oluyor. Ama ayırlamıyorum da ben bırakırsam iyice kötüleşir, kimse yanında olmaz. Şimdi halinden daha kötü olur. Benim işe de girmem gerekiyor aslında. Eşimin çalışma durumu çok etkilendi. Yapacağı işi unutuyor, alacağını unutuyor. Bi sorun çıkmasın diye işte de hep yanımdaydım dükkanda. Ama şimdi burdan çıkınca belki uzun süre çalışamayacak ilaçlar da isteksiz yapıyor. Ben çalışmayı kazanmayı çok seviyorum ama eşim sorun çıkarıyor, daha önce girdiğim işlerde huzursuzluk çıkardı hep ve ben ayrılmak zorunda kaldım. Gencim, her işin altından kalkabilirim, bahçe işlerine gidiyorum. Mutlaka çalışmak istiyorum.” - Bakım verenin, hastanın hayatındaki bir çok şeyi kontrol etmeye çalıştığı gözlenmiştir. Yaşamın her alanında, hastanın yerine getiremediği tüm işlevleri bakım verenin kompanse etmeye çalıştığı görülmüştür. - Bunu yapmanın kendisine uzun vadede tükenmişlik getirebileceği ve eşine karşı öfke geliştirebileceğinden söz edilmiştir. Hasta olan eşin de ebeveynlik ve aile olmanın getirdiği rolleri yapabileceği ölçüde yapmaya devam etmesinin ona özgüven ve yaşam amacı getirerek olumlu olacağı üzerine konuşulmuştur.
3.	Bakım verenin kendi kendini güçlendirmesine yönelik belirlenen yollar nelerdir?	- Kendisini güçlendirmeye yönelik stratejiler konuşulmuştur. - Sosyal desteğini artırması, arkadaşlarına ve kendine daha çok vakit ayırması önerilmiştir. - Bakım veren bir işe girmenin getireceği maddi kazanç ve uğraşının kendisine iyi geleceğini düşündüğünden yapabileceği işler üzerine konuşulmuş, bireye uygun seçenekler oluşturulmuştur. - Başka bir ilde yaşayan ailesiyle daha sık görüşmesi ve aile desteği alması konusunda planlama yapılmıştır. - Anne-baba ve çocuklar olarak da daha fazla birlikte vakit geçirmeleri önerilmiştir.
	EK 7 (problem çözme basamakları)	- Sorunların olağan ve yaşamın kaçınılmaz olayları olduğu, iyi tanımlanmış bir sorunun aslında yarı yarıya çözülmüş olduğu düşüncesinden hareketle problem çözme basamaklarından söz edilmiştir. - Problem tanımlanır. (Kim, ne, nerede, ne zaman, neden, nasıl soruları nesnel bir şekilde yanıtlanmalıdır.) Problem: “Eşimle yaşadığım sorunlar, çatışmalar” Problem cümlesi: Eşimle, özellikle hastalığın tekrarladığı dönemlerde daha çok olmak üzere iletişim problemleri yaşıyoruz. Bunun nedeni tek başına eşimin hastalığı değil, benim iletişim şeklim de buna yol açan nedenlerden biri olabilir. Baştan beri yanlış geliştirmiş olduğumuz ilişki, hastalığın da getirdiği zorluklarla daha da kötüleşmiş olabilir. Tartıştıkça ben daha tahammülsüz oluyorum, eşimin hastalığı da daha kötüye gidiyor, çözüme yönelik ikimiz de herhangi bir şey yapamıyoruz. Kocamın gereksinimlerine daha duyarlı olmayı ve ilişkimizi düzeltmeyi istiyorum”

		• Alternatif çözümler birlikte üretilmiş, bir liste yapılmıştır. Her bir çözüm önerisinin faydalı ve zararlı yanları ile yapılabilirliği tartışılmıştır. Uygulama sürecinde bakım veren bireyin, kendini ifade edebilen, hakkını arayabilen ve toplumsal kaynaklara sıkça başvuran bir birey olduğu görüldüğünden bu seçeneklerin hepsini kullanabileceği düşünülmüştür, kendisi de bu fikri onaylamıştır: -Eşinin hastalıkla ilgili gereksinimlerini daha iyi anlamak ve ona yardımcı olabilmek için bununla ilgili dernek, kitap, web sayfaları, toplumdaki eğitim ve seminerleri takip etmesi, yaşadığı yerdeki TRSM, TSM gibi merkezlerle iletişim ve işbirliği halinde olması, -Hastalıktan bağımsız olarak evlilik ve eşle ilişkiler konusunda bir uzmandan danışmanlık alması, -Sağlıklı iletişim, çatışma çözümü, karar verme, problem çözme gibi bireysel olarak kendini güçlendirecek kitaplar okuma, videolar izleme, -Öfke kontrolü, tükenmişlik konularında bireysel olarak uzman desteği alma, -Aile içi kararlar vermede sorumluluğu eşyle paylaşma, daha çok fikrini alma ve birlikte hareket etme, -Eşinin hastalığıyla ilgili karar alma ve eylemde bulunma konularında eşinin ailesine daha fazla sorumluluk verme, sorumluluğu paylaşma, -Aile olarak daha fazla sosyal zaman geçirme, aile içi rutinler oluşturma, rahatlama ve boş zaman değerlendirme aktiviteleri bulma, -Şiddet konusunda, bilgi verilen kaynaklardan yardım ve danışmanlık alma -Sanrısız düşüncelerle ilgili eşle tartışmama, iknaya çalışmama, daha çok dinleme ve duygulara yoğunlaşma, • Bir çözüm seçilerek planlama yapılır (tarih belirlenir) ve uygulama sonrası sonucu değerlendirerek bir sonraki oturuma getirmesi beklenmiştir. -Henüz klinikte bulunulduğundan eşle ilgili bireysel iletişim özelliklerini düzeltme , eleştiri, ikna ve mantıksal uzun açıklamaları bırakma, daha çok dinleme ve desteklemeye yönelik iletişimi sürdürme ve çatırmaları azaltma adımını uygulamaya karar verilmiştir. Bir sonraki oturumun konusu da “iletişim becerileri” olduğundan bakım verenin deneyimlerini 4.oturum konularını örneklendirmede kullanma planlanmıştır. -Problem çözme basamaklarının, yaşamındaki diğer sorunların çözümünde kullanılabilirliği tartışılmıştır. Bazı seçenekler inandırıcı ve faydalı gelmese de yine de seçenekleri çoğaltmak adına tüm çözüm yollarını yazması ve dikkate alması önerilmiştir. -Bazı yollar çözüme götürmese ya da başarısız olsa bile bunun problem çözme becerimizi güçlendirmek için öğretici bir deneyim olacağı üzerinde durulmuştur.
	Bugün burada olmak sizin için ne anlam ifade ediyor? Bugün oturumda kendinize ilişkin neleri fark ettiniz? Bu öğrendiklerinizi günlük yaşamınıza nasıl aktaracaksınız? Nasıl Kullanacaksınız?	“Problem çözme basamaklarını ilk kez duyuyorum. Sorunların tek bir çözümü yoktur doğru, başka başka yollar var. Hep aynı yollardan gidiyorum belki. Diğer yolları denemeye cesaret etmem gerekiyor.” • Bakım veren problemlerini çözmede daha fazla seçeneği olduğunu ifade etmiştir. Bu yöntemi kullanmaya isteklilik duyduğunu belirtmiştir.

Tarih: Temmuz 2019		Katılımcının Adı : Ş. Hanım (B.Bey'in Eşi)	
4. OTURUM: BELİRSİZLİKLE BAŞ ETMEDE İLETİŞİM BECERİLERİNİ KULLANMAK			
1.	Yakınınızla günlük karşılaştığınız iletişim sorunları nelerdir?	• Sanrılardan dolayı eşimin bana güvenmemesi, kıskançlığı, telefonla konuşmamı bile sorgulaması, nereye gittiğimi araştırması • Hastalığı ile ilgili karar alıcı olmamdan dolayı bana öfkesi ve suçlamaları • Eşimin anne babasının eşime söz geçirememesi yönlendirememesi, hatta onların da eşimle ilgili aldığı kararlarda beni suçlamaları ve tek bırakmaları, eşimin ailesiyle çatışmalar • Çocuklarla hiç bağ kurmaya çalışmaması, çocuklarla sadece benim ilgilenmem, ona beklentimi söyleyince tartışma çıkması • Çevredeki komşulara güvenmemesi, onlarla da çatışması, toplumda sorunlar yaşaması, onun yarattığı sorunları tek başıma çözmemem • Başkalarının yanında benimle sakın bir ses tonuyla, değer veriyor gibi konuşması ama gerçekte böyle olmaması biz bize kalınca hemen değişmesi	
2.	Sağlık personelleri ile günlük karşılaştığınız iletişim sorunları nelerdir?	❖ Eşim doktorları çıkma konusunda çok rahatsız ettiği için ben mümkün olduğunca doktor odasına gitmiyorum. Eşim beni doktor odasından çıkarken görünce şüpheleniyor ayrıca. Sürekli baskı yapıyor, “git çıkar beni, kimse kimseyi zorla tutmaz, sen söylüyorsun tutmalarını değil mi diyor” Ben bu sorunları yaşarken doktoru “kimseyi zorla tedavi etmeyiz, eşinle konuşuruz gerekirse çıkarsın” demiş. Bu durum beni çok zor duruma soktu, eşimin benle ilgili şüphelerini destekledi. Doktor neden böyle bir şey söyledi. Ben çıkarırsam dışarda idare edemiyorum, ilacını kullanıramıyorum, yatışa getirip yatırmak zaten zor. Bunun yerine daha makul hastayı da sakinleştirecek ve yakınını zor duruma şüpheli duruma düşürmeyecek açıklama yapsalar daha iyi olmaz mı. Doktor da beni konuşmaya çağırıyor, sadece eşimin durumuna göre karar verirlerse sıkıntı olabilir, eşim belirtilerini düşüncelerini anlatmayabiliyor taburcu olmak için. Ya da ikimizi bir alıp da görüşebilirler eşimi gözlemlemem açısından. ❖ Hemşirelerle bir sıkıntı yaşamıyorum, servisin düzeniyle ilgili bir şey olduğunda gidiyorum, personeli yönlendiriyorlar, yardım ediyorlar.	
	EK 8 (Bireylerin iletişim sorunlarının çözümünde kullandığı iletişim öğeleri) • Olumlu iletişim öğeleri konuşuldu. iletişimde yaşadığı sorunlar, bu iletişim öğeleriyle ilişkilendirildi. • Bu öğelerden özellikle; göz teması kurmak, uygun ses tonunda konuşmak, anlaşılır konuşmak, duyguları uygun şekilde ifade etmek, dinlemeyi bilmek öğeleri üzerinde durularak, hem şizofreni hastalığı olan bir bireyle iletişimde hem de kişinin kendini iletişim halinde olduğu kişilere doğru ifade etmesinde faydaları üzerine konuşuldu.	EK 9 (Şizofreni hastalığı olan bireyle iletişim) Bireyin iyiliği için bile olsa, sürekli onu uyarmak ve davranışlarını düzeltmeye kalkışmanın hastalığın yineleme olasılığını artırdığı açıklandı. Eşinden olumlu davranışlar beklerken kendisinin de beklentileri uygulayan bir kişi olması ve ona rol model olması, iletişimin birbirinden görüp öğrenme yoluyla geliştirilebileceği açıklanmıştır. Hastadaki iyi davranışları övmesi önerilmiştir. Ev içinde, günlük hayatta hastalık dışı konularda konuşmaya da zaman ayırmanın gerekli olduğu açıklanmıştır. Ortak tek konunun hastalık ve onun getirdiği belirsizlikler ve sorunlar olması zamanla bireylerin aile birliğini bozabileceği, ailedeki diğer bireylerde özellikle çocuklarda ihmal edilme, geri plana atılma, sevilme duyguları oluşturabileceği söylenmiştir.	

	EK 10 (iletişim becerilerini kullanma) Bakım veren bakımın planlanmasına aktif katılan, öz savunuculuğunu gelişmiş kendini ifade edebilen bir birey olduğundan oturumdaki “soru sorma becerisi” yerine “kızgınlığı ifade etme becerisi” ve bunu yaparken “ben dili ifadesi” kullanma konusunda bilgilendirme yapılmış, bu beceriler üzerine konuşularak hangi durumlarda nasıl kullanılacağı tartışılmıştır. Özellikle eşinin hastalık kaynaklı davranışlarını dahi kişiliğine yönelik algıladığını, bu nedenle eşine kızgınlığının hiç geçmediğini belirttiğinden “kızgınlığı ifade etme” becerisinden çok fayda göreceği üzerinde durulmuş, bakım verenin motive olması sağlanmıştır.	
	Bugün burada olmak sizin için ne anlam ifade ediyor? Bugün oturumda kendinize ilişkin neleri fark ettiniz? Bu öğrendiklerinizi günlük yaşamınıza nasıl aktaracaksınız? Nasıl Kullanacaksınız?	Güçlü yanlarımı gördüm, hatalarımın içinde doğru yapmaya çalıştığım ve çabaladığım da çok şey var. İnsanlara sorup danışmayı isterim hep sorunlarımda. Bunu daha iyi bir dille yapmaya dikkat edeceğim. Eşimle olan sorunlarda da tabi ki tek sorun onun kişiliği ya da hastalığı değil. Karşılıklı iletişim kurabilir duruma gelmemiz gerekiyor, bunun için de kırgınlığımı kızgınlığımı kontrol etmem ve üzerime düşeni yapmam gerek.

Tarih: Temmuz 2019		Katılımcının Adı : Ş. Hanım (B.Bey'in Eşi)	
5. OTURUM: SONLANDIRMA			
1.	Bu süreç sonunda düşünsel ve davranışsal olarak neler kazandığınızı düşünüyorsunuz?	• Önceki dört oturuma kısaca değinilmiştir. • Bireye sonuna kadar geldiği ve oturumlara aktif katılım gösterdiği ve öğrenmeye gelişmeye çok açık bir birey olduğuyla ilgili olumlu geri bildirim verilmiştir. • Sürecin bitmesiyle ilgili oluşabilecek kayıp duygusuna yönelik duygularını ifade etmesine izin verilmiştir. “Hastalığa çok odaklanıyordum, sürekli hastalıkla ilgili her sonucu kontrol etmeye çalışıyordum eşimi kontrol etmeye çalışıyordum. Her şeyi kontrol edemem, bu kadar çok düşünmek bana da zarar verebilir. Eşim de sorumluluk alabilir, kendi için bizim için bir şeyler yapabilir. Kendimi rahatlatıcı şeylere daha fazla odaklanıyorum, bana iyi gelecek şeyler arıyorum.” ❖ Bakım verenin söyledikleri, bundan sonra yaşamın kontrol edilebilir alanlarına yöneldiğini ve yaşamda kontrol edilemeyen şeyleri ortadan kaldıramayacağı, belirsizlikleri yok edemeyeceği ancak belirsizlikleri yönetmek için seçenekler bulabileceği düşüncesini destekler niteliktedir.	
2.	Bu süreçte hangi olaylar ve aktiviteler size en çok yardımcı oldu? Nasıl?	Bu eğitimin burda serviste olması, bana uygun saatlerde olması beni çok rahatlattı. Size her şeyi sorabildim, çok fazla şey de anlatmış olabilirim. Ama sizinle konuştuğumuz şeyler, aklımda kaldı. Benim için bu odaya girmek bir mola gibiydi. Rahatladım, soluklandım burda.	
3.	Bu süreçte hangi olaylar ve aktiviteler size en az yardımcı oldu? Neden?	“Eşimin de sizle iletişime geçmesini bize katılmasını isterdim. Bana anlattığınız bir çok şeyi anlamayabilir ama yine de duyması gereken çok şey var onun da böyle bir eğitimden geçmesi gerek, onun dışında her şey çok güzeldi.”	
4.	Hastalık ve bakım verme ile ilgili başlangıçta ifade ettiğiniz belirsizlikler hakkında şimdi neler söyleyebilirsiniz?	“Bu hastalık duygu ve düşünceleri olumsuz etkiliyor, eşimin davranışlarının üzerindeki etkisini de gördüm. Ama yine de istediği takdirde kendisi ve bizim için bir şeyler yapacağını biliyorum. Yardım almam gerektiğini biliyorum, çevremden yardım istemem gerektiğini biliyorum. Başlarken eşime sabrım kalmadı tahammülüm artsın isterim demiştim gerçekten onun da zor şeyler yaşadığını anlayabiliyorum. O da bir mücadele içinde. Ben hastalığı anladım hastalığı daha çok biliyorum. Hasta bir insanla nasıl konuşacağımı biliyorum. Çocuklarımla ilgili kendi sağlığımla ilgili daha çok şey yapacağım, bunları da ihmal etmeyeceğim.”	

ETİK KURUL ONAYI

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2017

KARAR

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
	AÇIK ADRESİ:	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA	
	TELEFON	0 (242) 249 69 54	
	FAKS	0 (242) 249 69 03	
	E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr	
	ETİK KURUL KODU	2012-KAEK-20	
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI		Prof.Dr.Kadriye BULDUKOĞLU	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Hastalıkta belirsizlik kuramı'na temellendirilmiş psikoğitimin şizofreni hastalarına bakım verenlerin belirsizliğe tahammülsüzlük, psikolojik iyi oluş ve başa çıkma düzeylerine etkisi	
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 564	Tarih: 20.09.2017	
	Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın bütçesinin Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından karşılanması koşulu ile yapılmasında bilimsel ve etik açısından sakınca olmadığına oy birliği ile karar verilmiştir. Araştırmacıya çalışmalarında başarılar dileriz.		

Kurum İzin Yazısı

Evrak Tarih ve Sayısı: 28/09/2018-E.119115



T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı



Sayı : 52742241-010.09-E.119115
Konu : AKK (Araştırma İzni)

28/09/2018

SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ (HASTANE) BAŞHEKİMLİĞİNE

İlgi : 26/09/2018 tarih ve 117231/117226 sayılı yazılarınız,

İlgi yazılarınıza istinaden, Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi Sultan TAŞ BORA'nın "Hastalara Belirsizlik Kuramı'na Temellendirilmiş Psikoeğitimin Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Belirsizliğe Tahammülsüzlük, Psikolojik İyi Oluş ve Başa Cıkma Düzeylerine Etkisi" konulu doktora tez çalışması ve Hemşirelik Fakültesi

Deneyiminden Buyumek: Şizofreni ve Bipolar Bozukluk Hastalarına Hastane Tıbbı ve Tıbbın Olumlu Değişimlerin Belirlenmesi" başlıklı araştırması ile ilgili alınan Akademik Kurul Kararı ekte bilgilerinize sunulmuştur.

Gereğini arz ederim.

e-imzalıdır

Prof.Dr. Mehmet Murat KULOĞLU
Anabilim Dalı Başkanı

Ek: Akademik Kurul Kararı 1 syf.

Kurum İzin Yazısı Devamı

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D
AKADEMİK KURUL KARARLARI

27/09/2018

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Akademik Kurulu 17/09/2018 tarihinde toplanmış olup, aşağıdaki kararlar oybirliği ile alınmıştır.

1. Anabilim Dalımız Araştırma Görevlilerinden [Redacted]
[Redacted]
2. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Psikiyatri Hemşireliği doktora programı öğrencisi Sultan TAŞ BORA'nın "Hastalara Belirsizlik Kuramı'na Temellendirilmiş Psikoğeyitimın Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerin Belirsizliğe Tahamülsüzlük, Psikolojik İyi Oluş ve Başa Çıkma Düzeylerine Etkisi" konulu doktora tez çalışmasını kliniğimizden bir hemşirenin de katılımıyla yapmasının uygun olacağına,
3. Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri Hemşireliği [Redacted]
[Redacted] başlıklı araştırmasının içeriğı incelendiğinde kliniğimiz çalışma koşulları göz önünde bulundurularak genel psikiyatri polikliniğinde yapılmasının uygun olacağına,
4. Kliniğimizde rutin hizmetler, eğitimler ve yanı sıra uzmanlık öğrencilerinin tez çalışmaları yürütölmektedir. Klinikte takipli hastaların çok sayıda çalışmaya dahil olmaları hastaları yormakta ve gönüllü onam açısından isteksiz olmalarına yol açmaktadır. Kliniğimizde öğrenim gören asistanların bitirme tezleri ve yürüten çalışmalarla çakışmalar yaşanmaktadır. Ayrıca kliniğın fiziksel mekânında çok sayıda test odası ve görüşme odasının olmaması gibi nedenlerle bundan sonraki klinik çalışmaların psikiyatri dışından gelen çalışmaların yukarıdaki iki çalışma da düşünölerek sıraya alınması çalışmaların aynı anda değıl periyotlar halinde başlanıp, tamamlandıktan sonra diğey çalışmanın başlamasının uygun olacağına,
oy birliğı ile karar verildi.

Ölçek İzin Yazıları

Belirsizliğe Tahammülsüzlük Ölçeği (BTÖ-12) Kullanım İzni



sultan taş

1 Tem (13 gün önce)



Sayın Hakan Sarıçam,

hastalara bakım veren bireylere(18-65 yaş arası sağlıklı bireyler) yönelik yapmak istediğim çalışmada BTÖ-12 ölçeğini kullanmak istiyorum. Bu konuda izninizi rica ediyorum.

Arş. Gör. Sultan TAŞ
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Antalya



Alıcı: bana

3 Tem (11 gün önce)



Sultan hanım merhaba,
Ölçek maddeleri ektedir.
Memnuniyetle kullanabilirsiniz.
Çalışmanızda kolaylıklar dilerim

1 Temmuz 2017 18:30 tarihinde sultan taş ,azdı:

Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kullanım İzni



sultan taş

12 Tem (2 gün önce)



Sayın Bülent Baki TELEF,

hastalara bakım veren bireylere(18-65 yaş arası sağlıklı bireyler) yönelik yapmak istediğim çalışmada Psikolojik İyi Oluş Ölçeğini kullanmak istiyorum. Bu konuda izninizi rica ediyorum.

Arş. Gör. Sultan TAŞ
Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Antalya



12 Tem (2 gün önce)



Alıcı: bana

Ekte ölçeği geçerliliğini ve güvenilirlik çalışmasını gönderiyorum. İyi çalışmalar

----- Orijinal mesaj-----

Kimden: sultan taş

Tarih: Car. 12 Tem 2017 10:13

Kim:

Konu: Psikolojik İyi Oluş Ölçeği Kullanımı

Stresle Başa Çıkma Tarzları Ölçeği Kullanım İzni

Sayın Taş,

Stresle Başetme Ölçeği'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil, size gönderdiğim kopyasını, puanlama anahtarını ve ölçeğin ilk sayfasındaki kaynakçayı da kullanmanızdır. Ekte, söz konusu ölçekle ilgili yayını da gönderiyorum. Çalışmanızda başarılar dilerim.

17 Temmuz 2017 18:31 tarihinde Nesrin Hisli Sahi

Sent from my iPad

Begin forwarded message:

From: sultan taş <sultantas9@gmail.com>

Date: 17 July 2017 at 10:34:25 GMT-4

To: Nesrin Hisli Sahi

Subject: Ölçek izni

ÖZGEÇMİŞ



Yayınlar ve Bildiriler:

Taş Bora S., Buldukoğlu K., "Using the Uncertainty in Illness Theory to provide care for the caregiver: A case report", Journal Of Psychiatric Nursing, vol.11, no.11, pp.70-77, 2020

Taş S., Buldukoğlu K., "Şizofreni hastalarının taburculuk sonrası erken dönemde öz-bakım gücü ve bakım gereksinimleri", Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, vol.9, pp.11-22, 2018

Taş S., Buldukoğlu K., "Mental disorders in siblings: experiences and problems", Psychiatry and Clinical Psychopharmacology, vol.28, pp.81-81, 2018

Taş Bora S., Buldukoğlu K., "Öğrenci Hemşirelere Göre Klinik Hemşirelerin Eğitime Katkısı", 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, Burdur, Türkiye, 2-5 Mayıs 2018, pp.430-431

Keser İ., Karakaya D., Taş Bora S., Çakır C., "Hemşirelik Öğrencilerinin Madde Bağımlılığı Tedavisi Gören Bireye Bakım Vermeye İlişkin Düşünce Ve Deneyimleri/The Thoughts And Experiences Of Nursing Students About Giving Care To People Treated With Substance Addiction", V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 20-23 Kasım 2018, pp.1947-1950

Taş Bora S., Buldukoğlu K., "Mental disorders in siblings: experiences and problems", 10. Uluslararası Psikofarmakoloji Kongresi & 6. Uluslararası Çocuk ve Ergen Psikofarmakolojisi Sempozyumu, Antalya, Türkiye, 25-29 Nisan 2018, vol.28, no.S1, pp.81-81

Taş Bora S., Buldukoğlu K., "Hastalıkta Belirsizlik Kuramına Göre Bakım Verene Bakım Verme: Olgu Örneği/Providing Care For The Caregiver Based On The Theory Of Uncertainty In Illness: Case Report", V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Antalya, Türkiye, 20-23 Kasım 2018, pp.1910-1913

Taş S., "Şizofreni Hastalarının Taburculuk Sonrası Erken Dönemde Öz-Bakım Gücü ve Bakım Gereksinimleri", IV. Uluslararası ve VIII. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, Manisa, Türkiye, 6-9 Kasım 2016, pp.123-124

Taş S., "Şizofreni: Taburculuk ve Toplumda Yaşamak", 21. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi, Çanakkale, Türkiye, 10-13 Eylül 2015, ss.1-1