T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ROY ADAPTASYON MODELİ TEMELLİ MOBİL PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERDE HASTALIK HAKKINDA BİLGİ, DUYGU DIŞAVURUMU VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ

Hasan SEVİNİK

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Neslihan LÖK

KONYA-2021

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ROY ADAPTASYON MODELİ TEMELLİ MOBİL PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERDE HASTALIK HAKKINDA BİLGİ, DUYGU DIŞAVURUMU VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ

Hasan SEVİNİK

DOKTORA TEZİ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

Danışman
Doç. Dr. Neslihan LÖK

Bu araştırma Selçuk Üniversitesi Öğretim Üyesi Yetiştirme Koordinatörlüğü tarafından 2017 ÖYP- 020 proje numarası ile desteklenmiştir.

KONYA-2021

ÖNSÖZ

Bilgi, deneyim, görüş ve önerileri ile doktora eğitimim ve tez çalışmam sürecinde beni destekleyen ve yol gösteren Danışman hocam Sayın Doç. Dr. Neslihan LÖK'e,

Bu süreçte desteklerini esirgemeyen tüm hocalarım ve çalışma arkadaşlarıma,

Tez çalışmamın veri toplama aşamasına yardımcı olan Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'nde çalışan doktor, hemşire ve sekreterlere,

Tez çalışmama gönüllü olarak katılıp destek veren tüm hasta yakınlarına,

En yoğun ve sıkıntılı dönemlerde bile desteğini her zaman yanımda hissettiğim değerli eşim Nezaket SEVİNİK'e ve hayatım boyunca manevi destekleri ile tüm başarılarımın mimarı olan AİLEME,

Saygı, sevgi ve teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Hasan SEVİNİK

İÇİNDEKİLER

TABLOLAR DİZİNİ ..... **v**
ŞEKİLLER DİZİNİ ..... **vi**
SİMGELER VE KISALTMALAR ..... **vii**
ÖZET ..... **viii**
SUMMARY ..... **ix**
1.GİRİŞ **1**
1.1.Şizofreni 4
1.1.1.Şizofreninin Epidemiyolojisi 5
1.1.2.Şizofreninin Etiyolojisi 5
1.1.3.Şizofreninin Belirtileri 7
1.1.4.Şizofreninin Gidiş ve Sonlanışı 8
1.1.5.Şizofreninin Tedavisi 8
1.2.Şizofreni Hastasına Bakım Verenler 8
1.2.1.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Şizofreni Hakkında Bilgi 8
1.2.2.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Duygu Dışavurumu 9
1.2.3.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Bakım Yükü 11
1.2.4.Bakım Verenler için Mobil Teknolojinin Önemi 13
1.3.Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi 14
1.3.1.Roy Adaptasyon Modeli (RAM) 14
2.GEREÇ VE YÖNTEM **27**
2.1.Araştırmanın Türü 27
2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri 27
2.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi 27
2.4.Çalışma Grubu Seçim Kriterleri 27
2.5.Araştırmanın Değişkenleri 28
2.6.Randomizasyon 29
2.7.RAM Temelli Mobil Psikoeğitim Programı ve Araştırma Uygulama Basamakları 31
2.7.1.RAM Temelli Mobil Psikoeğitim Programı 31
2.7.2.RAM Temelli Mobil Psikoeğitim Programının Araştırma Uygulama Basamakları 32
2.8.Veri Toplama Araçları 33
2.8.1.Kişisel Bilgi Formu 33
2.8.2.Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği 34
2.8.3.Duygu Dışavurumu Ölçeği 34
2.8.4.Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği 34
2.9.Verilerin Toplanması 35
2.10.Verilerin Analizi 35

2.11.Etki Büyüklüğü ve Güç 36
2.12.Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu 36
2.13.Araştırmanın Sınırlılıkları....37
2.14.Araştırma Sürecinin Akış Şeması 37
3. BULGULAR....38
3.1.Bakım Verenler ve Hastalara ait Sosyo-demografik Bulgular 39
3.2.Bakım Verenlerin Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği Puan Ortalamalarına ait Bulgular....41
3.3.Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Ölçeği Puan Ortalamalarına ait Bulgular....42
3.4.Bakım Verenlerin Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarına ait Bulgular 43
4.TARTIŞMA....44
4.1.Bakım Verenlerin Hastalık Hakkında Bilgi Düzeylerinin Tartışılması 44
4.2.Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Düzeylerinin Tartışılması 47
4.3.Bakım Verenlerin Bakım Yükü Düzeylerinin Tartışılması....49
5. SONUÇ VE ÖNERİLER 52
5.1.Sonuçlar....52
5.2.Öneriler....53
6.KAYNAKLAR....55
7. EKLER....61
Ek-A: Kişisel Bilgi Formu 61
Ek-B: RAM Temelli Mobil Psikoeğitim Programı....62
Ek-C:Randomizasyon İşlemi....83
Ek-D: Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği 84
Ek-E: Duygu Dışavurumu Ölçeği....86
Ek-F: Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği 88
Ek-H: SÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni....90
Ek-I: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu) 91
Ek-J: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu) 92
Ek-K: Ölçek Kullanım İzinleri 93
Ek-L: Turnitin Raporu....94

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Mobil psikoeğitim programı içeriği……..….31

Tablo 2.2. Etki büyüklüğü ve güç analizi sonuçları……36

Tablo 3.1. Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımlarının karşılaştırılması……..…….39

Tablo 3.2. Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımlarının karşılaştırılması……..……40

Tablo 3.3. Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin Şizofreni Hakkında Bilgi puan ortalamalarının ön test-son test ölçümlerine göre dağılımı……41

Tablo 3.4. Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin Duygu Dışavurumu puan ortalamalarının ön test-son test ölçümlerine göre dağılımı…….42

Tablo 3.5. Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin Bakım Yükü puan ortalamalarının ön test-son test ölçümlerine göre dağılımı…….43

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Araştırmanın kavramsal-teorik-deneysel çerçevesi……26

Şekil 2.1. Randomizasyonun belirlenmesi……..29

Şekil 2.2. Consort şeması……30

Şekil 2.3. Veri toplama şeması……...…35

Şekil 2.4. Araştırmanın akış şeması……...….37

SİMGELER VE KISALTMALAR

AD: Anabilim Dalı

DSM V: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V

KBF: Kişisel Bilgi Formu

RAM: Roy Adaptasyon Modeli

SÜ: Selçuk Üniversitesi

ÖZET

TC
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

Roy Adaptasyon Modeli Temelli Mobil Psikoeğitimin Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Hastalık Hakkında Bilgi, Duygu Dışavurumu ve Bakım Yüküne Etkisi

Hasan SEVİNİK

Hemşirelik Anabilim Dalı

DOKTORA TEZİ/KONYA-2021

Bu çalışmanın amacı şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan Roy Adaptasyon Modeli temelli mobil psikoeğitimin "hastalık hakkında bilgi", "duygu dışavurumu" ve "bakım yükü" üzerine etkisini incelemektir.

Çalışmanın evrenini Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine son bir yıl içinde başvuran şizofreni hastalarının bakım verenleri oluşturmuştur. Çalışma grubunu deney (17) ve kontrol grubu (20) olmak üzere 37 kişi oluşmuştur. Araştırmada randomize kontrollü girişimsel araştırma deseni kullanılmıştır. Araştırmanın verileri Kişisel Bilgi Formu, Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği, Duygu Dışavurumu Ölçeği ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği aracılığı ile toplanmıştır. Deney grubundaki katılımcılara RAM temelli mobil psikoeğitim uygulanmıştır. Verilerin analizinde bağımlı ve bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır.

RAM temelli mobil psikoeğitim sonunda deney grubunun şizofreni hakkında bilgi düzeyinin anlamlı düzeyde arttığı, duygu dışavurumu ve bakım yükü düzeylerinin ise anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır ($p<0.05$).

Deney ve kontrol grubunun son test ölçümlerinde şizofreni hakkında bilgi düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık olduğu saptanırken ($p<0.05$); duygu dışavurumu ve bakım yükü puan ortalamaları arasında ise farklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Sonuç olarak RAM temelli mobil psikoeğitimin bakım verenlerin bilgi düzeyleri üzerinde etkili sonuçlar verdiği ancak yapılacak başka çalışmalar ile daha fazla kanıt sağlanması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Bakım yükü; Duygu dışavurumu; Mobil uygulama; Roy Adaptasyon Modeli; Şizofreni hakkında bilgi.

SUMMARY

REBUPLIC OF TURKEY
SELCUK UNIVERSITY
HEALTH SCIENCES INSTITUTE

The Effect of Roy Adaptation Model Based Mobile Psychoeducation on Knowledge about Schizophrenia, Expressed Emotion and Care Burden in Caregivers of Patients with Schizophrenia

Hasan SEVİNİK

Department of Nursing

PhD THESIS / KONYA-2021

The aim of this study is to analyze the effect of Roy Adaptation Model based mobile psychoeducation applied to the caregivers of patients with schizophrenia on the "knowledge about the disease", "expression emotion" and "care burden".

The population of the study consisted of the caregivers of patients with schizophrenia who applied to the Psychiatry Polyclinic of Selcuk University Medical Faculty Hospital in the last year. The study group consists of 37 people, the experimental group (17) and the control group (20). In the stıdy randomize controlled interventional research design was used. The data of the study was collected by the Personal Information Form, the Knowledge about Schizophrenia Scale, the Expressed Emotion Scale and the Zarit Caregiver Burden Scale. RAM-based mobile psychoeducation was applied to the participants in the experiment group. In the analysis of the data independent samples t test and paired samples t test were used.

At the end of RAM-based mobile psychoeducation, it was found that the level of knowledge about schizophrenia of the experiment group increased significantly, and the level of expressed emotion and care burden decreased significantly ($p < 0.05$).

While there was a statistically significant difference between the level of knowledge about schizophrenia in the posttest measurements of the experiment and control group ($p < 0.05$); there was no difference between the mean scores of expressed emotion and care burden ($p > 0.05$).

As a result, it is thought that RAM-based mobile psychoeducation gives effective results on the level of knowledge about schizophrenia of the caregivers, but further studies should provide more evidence.

Key Words: Care burden; Expressed emotion; Knowledge about schizophrenia; Mobile application; Roy Adaptation Model.

1.GİRİŞ

Şizofreni pozitif ve negatif belirtiler, dezorganize davranışlar (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018) ve sosyal işlevsellikte bozulmalara (Bansal ve ark 2017) neden olan kronik bir psikiyatrik bozukluktur. Dünyada her yüz kişiden birini etkileyen şizofreni her türlü toplum ve sosyoekonomik düzeyde görülmektedir. Hastalık genel olarak pozitif belirtiler (halüsinasyonlar, yanılsamalar, dağınık düşünceler, ajitasyon), negatif belirtiler (isteksizlik, inisiyatif kullanamama, duygusal tepki verememe, heyecan duyamama, sosyal etkileşim kuramama), affektif belirtiler (depresyon, anksiyete, yalnızlık, intihar düşünceleri) ve bilişsel belirtiler (konsantrasyon ve hatırlamada zorluklar) ile karakterize bir tablodur (Çam ve Engin 2014).

Günümüzde şizofreni hastalarının ihtiyaçlarını karşılamak için resmi destek sistemlerinin yetersiz kalması ve toplum temelli bakıma geçilmesi sonucu hastaların hastanede kalış süresinin kısalması ve yatan hasta yataklarının sayısının azaltılması ile birlikte (Adeosun 2013) aileler hastaların bakımından sorumlu hale gelmiştir (Caqueo-Urizar ve ark 2014, Annisa 2016, Bansal ve ark 2017, Das ve ark 2019). Bu nedenle şizofreni sadece hastalar için değil aynı zamanda aileler üzerinde de olumsuz etkileri olan bir hastalıktır (Caqueo-Urizar ve ark 2014, Chen ve ark 2019, Das ve ark 2019). Toplum temelli bakım hastaların tekrarlı hastane yatışları ile toplumdan uzaklaşmalarının önlenmesi, işlevselliklerinin korunması ve tedavilerinde sürekliliğin sağlanması amacıyla temel ihtiyaçlarını karşılama, sorunlarla başa çıkma becerilerini geliştirme ve destek sistemlerini kullanabilme noktasında toplum içinde kendi ortamında tedavi olmasını hedefler (Çiçekoğlu ve Duran 2018). Dünyada ve ülkemizde şizofreni hastalarının çoğu aileleri ile birlikte evde yaşamaktadırlar (Chan 2011, Attepe Ozden ve Tuncay 2018). Evde bir şizofreni hastası ile ilgilenmek sürekli enerji, bilgi, ekonomik güç gerektirip bakım verenin günlük yaşamını büyük ölçüde etkiler. Bakım veren bu duruma uyum sağlamak için iş, aile yaşamı ve hasta bakımı arasında bir denge kurmaya çalışır (Yazici ve ark 2016).

Şizofreninin nedenleri hakkındaki yanlış inanışlar ve bilgi eksikliği nedeni ile toplumda bu hastalara karşı olumsuz tutum ve önyargılar bulunmaktadır (Eker ve ark 2010). Hastalık hakkındaki bilgi düzeyi hastaya karşı olan tutum ve davranışları etkileyebilir (Leiderman ve ark 2011, Koschorke ve ark 2017). Bakım verenlerin

hastalık hakkındaki bilgi düzeylerinin az olması hastalık belirtileri ile başa çıkmalarını zorlaştırıken algıladıkları bakım yükünün de artmasına neden olur (Annisa 2016).

Aile üyelerinden birinin şizofreni hastası olduğunu öğrenen bireyler kızgınlık, umutsuzluk ve endişe gibi duygular yaşarlar. Yaşanan bu duygular hastaya karşı davranış ve tutum değişikliklerini beraberinde getirmektedir. Bu tutumlar hastaya karşı eleştirel, düşmancıl veya aşırı ilgi gösterme şeklinde olup "duygu dışavurumu" olarak adlandırılmaktadır (Şenkal Ertürk ve Kömürcü 2017). Bakım verenlerin hastalığın nedenleri, tedavisi, alevlenmesi ve rehabilitasyon ile ilgili faktörler hakkında bilgi eksikliği duygu dışavurumuna yol açan faktörler olarak kabul edilmektedir (Jaikumar ve ark 2018). Evde duygu dışavurumunun yüksek olması ruhsal hastalığı olan bireylerde prognozu kötüleştirebilen bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Hooley 2007, Bharti 2015, Batra ve ark 2016, Gurak ve Weisman de Mamani 2017). Yüksek duygu dışavurumu eleştirel olma, düşmanlık, sinirlilik, bilinçsizlik, suçlama, aşırı koruma, kendini feda etme veya aşırı müdahaleci davranışları içerir. Bu davranışlar ev içinde hastada alevlenmeleri tetikleyebilecek risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Srikhachin ve ark 2016). Şizofreni hastalarının bakım verenleri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %41'inin (von Polier ve ark 2014); başka bir çalışmada ise %48,51'inin (Sadiq ve ark 2017) yüksek duygu dışavurumuna sahip olduğu belirlenmiştir (Caqueo-Urizar ve ark 2014).

Sağlık profesyonellerinin bakım verenleri desteklemesi, bilgi birikimlerini artırmaları, problem çözme ve iletişim becerisi kazanmalarına yardımcı olmaları bakım verenin kaliteli bir bakım sağlaması ve hastalığın yönetimine katkıda bulunması açısından önemlidir (Batra ve ark 2016). Şizofreni tedavisinde uygulanan ilaç tedavileri ve psikoterapötik girişimlerin yanı sıra bakım verenler için psikoeğitim programlarının geliştirilmesi ile hastalığın gidişatında etkili olan duygu dışavurumu üzerinde önemli etkiler sağlanabilir (Bulut ve ark 2019).

Hasta olan aile üyesinin fiziksel, duygusal ve mali ihtiyaçlarını karşılama sürecinde ortaya çıkan bakım verme rolü (Annisa 2016) ise sosyoekonomik, psikolojik durum gibi bireyin yaşam kalitesinin belirleyici alanlarını etkileyerek bakım veren yükünü ortaya çıkarır (Atagün ve ark 2011). Üzerindeki bu yük ve

yetersiz destek nedeni ile bakım verenler, bakım rollerini yerine getirmede güçlük yaşayabilirler. Rollerini yerine getirmede yaşanan güçlük; stres, fiziksel rahatsızlıklar, rahatsızlık veren rutin alışkanlıklar, gerginlik, şiddet, kronik keder, damgalanma, rol değişimleri, sosyal geri çekilme, destek ve kaynak eksikliğinden doğan mali zorlukları beraberinde getirebilir (Chen ve ark 2019). Bakım yükünün azaltılması için bakım planlarına bakım verenler de dâhil edilmeli, aile ve bakım verenlere yönelik yeterli bilgi ve destek sağlanmalıdır (Bansal ve ark 2017). Bu tür yüklerin farkında olmak ve etkili müdahale geliştirmek sağlık hizmetlerinin sunumu açısından önemlidir (Chen ve ark 2019).

Roy Adaptasyon Modeli (RAM), hemşirenin yaptığı girişim ve amaçların odak noktası olarak "adaptasyon" kavramını kullanır (Barış ve Gülseven Karabacak 2015). Adaptasyon bireyin çevre ile bütünleşme sağlamak için kendi seçimleri ile elde ettiği süreç ve sonuçtur. Modelde fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık olmak üzere dört adaptasyon alanı tanımlanmıştır. Adaptasyon düzeyi, bireyin uyaranlara adaptif yanıtlar verebilme yeteneğidir (Karadağ ve ark 2017). Modelde mükemmel, dengeleyici ve uzlaşmacı adaptasyon düzeyleri tanımlanmıştır (Fawcett 2005). Bireyin adaptasyonu düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal baş etme olmak üzere iki büyük sistemle açıklanır (Alligood 2013).

RAM'a göre hayat sürekli olarak değişmekte olup insanlar için yeni zorluklar sunar. Hemşirenin sağlık ve hastalık anlarında kişi ile bir bütün olarak ilgilenmesi sosyal açıdan önemli bir faaliyettir (Fawcett 2005). Hemşireliğin sosyal görevi ortaya çıkan sağlık ihtiyaçları ile ilgili bilgiye dayalı uygulama ile toplumun iyiliğine katkıda bulunmaktır. RAM hemşireliğin amacını sağlığa, yaşam kalitesine katkı ve saygın bir ölüm sunmak olarak belirtir (Roy 2011a). Psikiyatri hemşireliği ise birey, aile ve toplumun ruh sağlığının geliştirilmesi, ruhsal hastalık ve acı çekmeyi önleme ya da hastalıkla baş etmede bir hemşirenin yardım ettiği kişilerarası süreçtir (Yılmaz ve Özcan 2016). Psikiyatri hemşiresi hastaların ve ailelerinin birlikte yaşamalarına yardımcı olmak için bilimsel bilgiyi eleştirel düşünme ve klinik muhakeme becerileriyle birleştirir. Bunu yaparken psikoeğitim, danışmanlık, evde sağlık bakımı gibi hizmetler sağlar (Kertchok 2014). Bu hizmetlerin yanı sıra psikiyatri hemşiresi destek sistemlerini kullanmak üzere aileyi yönlendirir; stresle baş etme, damgalanma, kişiler arası ilişkiler, farkındalık ve girişkenliği artırma, problem çözme becerisi,

sosyal beceri gibi konularda psikoeğitim programlarını planlar ve uygular. Ayrıca, hasta ve ailesine ilaçların etki ve yan etkileri konusunda gerekli eğitimleri planlar, uygular ve eğitimin etkinliğini değerlendirir (Resmi Gazete 19.04.2011).

RAM'a göre hemşirelik bakımına gereksinim duyan bireyler olarak tanımlanan bakım verenlerin iyilik hallerinin korunması için özel müdahaleler geliştirilmelidir (Diaz ve Cruz 2017). Bir sağlık profesyoneli olarak hemşire, bakım verme sorumluluğu nedeni ile adaptasyonu risk altında olan bakım verenin sağlık ve hastalık durumunu tanımlayabilmeli, gerekli hemşirelik girişimlerini planlayarak bunları uygulayabilmelidir (Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak 2014).

Araştırmanın Amacı

Bu çalışma şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan Roy Adaptasyon Modeli (RAM) temelli mobil psikoeğitimin "hastalık hakkında bilgi", "duygu dışavurumu" ve "bakım yükü" üzerine etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.

Araştırmanın Hipotezleri

$H1_1$: RAM temelli mobil psikoeğitim uygulanan müdahale grubunun hastalık hakkında bilgi düzeyi kontrol grubundan daha yüksektir.
$H1_2$: RAM temelli mobil psikoeğitim uygulanan müdahale grubunun duygu dışavurumu kontrol grubundan daha düşüktür.
$H1_3$: RAM temelli mobil psikoeğitim uygulanan müdahale grubunun bakım yükü kontrol grubundan daha düşüktür.

1.1.Şizofreni

Şizofreni, bünyesinde psikotik belirtileri de barındıran ancak yalnızca bu belirtilerden ibaret olmayan, birçok beyin işlev bozukluğunu içeren, vücudun diğer bölümlerinde de kendini gösteren nörogelişimsel bir bozukluktur (Esen Danacı ve ark 2018). Gençlik yıllarında başlayıp insanı kişiler arası ilişkilerden uzaklaştırarak iç dünyasında yaşamaya yöneltip duyuş, düşünüş ve davranışlarda bozulmalara yol açar (Öztürk ve Uluşahin 2011). Hastalığın belirti ve bulguları değişken olup algılama, duygu, biliş, düşünme ve davranıştaki değişimleri içerir. Bu belirtiler hastalar arasında ve zaman içinde değişiklikler gösterse de hastalığın etkisi daima

şiddetlidir ve genellikle uzun sürer (Sadock ve ark 2015). Genellikle 15- 25 yaşlarında başlayan şizofreni (Esen Danacı ve ark 2018) tüm sosyal sınıflardan bireyleri etkiler ve yaşam boyu devam eder (Sadock ve ark 2015).

Şizofreni en yaygın ruhsal bozukluklardan biri olmasına rağmen hastalığın doğası netleştirilebilmiş değildir. Bu nedenle sendrom veya şizofreni spektrumu olarak adlandırılmaktadır. Hastalığın günümüzde yaygın olarak bilinen semptomları tarih boyunca tanımlanmıştır. Ancak 19. yüzyıla kadar şizofreni tedaviye ve çalışmaya değer bir durum olarak kabul görmemiştir (Sadock ve ark 2015).

1.1.1.Şizofreninin Epidemiyolojisi

Tedaviye başvurmama, uzun zaman boyunca tanı kriterlerinde bulunan farklılıklar, tedavi yöntemlerinin değişmesi gibi nedenlerden dolayı şizofreni yaygınlığı ile ilgili veriler değişiklik gösterebilmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011). Hastalığın sıklığı her toplumda aynı olmayıp geniş bir aralıkta dağılım gösterir (Esen Danacı ve ark 2018). Ortalama %1 olarak kabul edilen yaygınlık oranı şizofreni yelpazesindeki başka hastalıklar da dâhil edilirse %5' e kadar çıkmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2011). Cinsiyetler arasında hastalığın sıklığı ve yaygınlığı bakımından bir fark görülmemekle beraber (Öztürk ve Uluşahin 2011) başlangıç yaşı kadınlarda daha geç olup erkeklere göre genellikle daha iyi seyir gösterir (Öztürk ve Uluşahin 2011, Esen Danacı ve ark 2018). Şizofreni hastalarının yaşam süresi genel toplumdan %20 oranında daha kısadır. Şizofrenide öz kıyım dışı nedenlerle erken ölümlerin en önemli kaynağı kalp ve damar hastalıklarıdır. Bu durumun sağlık olanaklarından yararlanma oranlarının düşüklüğü ve ilaç ve önerilere daha az uyum sağlama ile ilgili olduğu sanılmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2011).

1.1.2.Şizofreninin Etiyolojisi

Şizofreninin ortaya çıkmasında farklı nedenler rol oynamaktadır:

Genetik nedenler: Şizofreni etiyolojisinde genetik önemli bir yere sahiptir (Mete 2003, Öztürk ve Uluşahin 2011, Esen Danacı ve ark 2018). Şizofreninin neredeyse tüm formlarında genetiğin katkısı vardır. Şizofreni ve şizofreni ile ilgili bozukluklar şizofreni hastalarının biyolojik yakınlarında artmış bir oranda görülür. Hastaların birinci derece akrabaları şizofreniye yakalanma açısından genel nüfustan on kat fazla

risk altındadırlar. Bir kişinin şizofreni hastalığına yakalanma ihtimali şizofreni olan bir kişiye olan akrabalık derecesi ile ilişkilidir (Sadock ve ark 2015). Hastalığın toplumda görülme oranı %1 iken şizofreni hastasının kardeşlerinde bu oran %6,7-8,2 olarak bulunmuştur. Çocukta görülme olasılığı; ebeveynlerden birinde hastalık varsa %12,5-13,8; her iki ebeveynde varsa %35-46; tek yumurta ikizlerinden birinde varsa diğerinde %31-78 oranındadır (Öztürk ve Uluşahin 2011).

Beyin anomalileri ile ilgili nedenler: Hastaların beyin tomografisi ve manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarında beynin bazı bölgelerinde değişiklikler gözlense de bu bulguların şizofreniye özgü olmadığı bilinmektedir (Çam ve Engin 2021). Beyinde yan ventriküllerde ve üçüncü karıncıkta genişleme, orta temporal lob ve üst temporal girus oylumunda azalmalar saptanmıştır (Öztürk ve Uluşahin 2011). Ölen hastalar ile yapılan çalışmalarda beyinde doku değişikliklerine rastlanmıştır. Ancak bu değişiklikler ile hastalık arasında neden sonuç ilişkisi olup olmadığı bilinmemektedir (Çam ve Engin 2014).

Gebelik süreci ile ilgili nedenler: Şizofreni hastalarında sağlıklı bireylere oranla daha fazla doğum öncesi/sırası komplikasyonlar bildirilmiştir. Gebelik yaşına oranla düşük tartılı bebek ve baş çevresinin küçük olması ile fetal büyümenin geri olması, bireyin hayatının ilerleyen yıllarında şizofreni gelişmesi ile ilişkili bulunmaktadır. Son zamanlarda kortikal, subkortikal gri cevher ve hipokampus oylumundaki küçülmenin doğum esnasındaki hipoksi ve genetik yatkınlık arasındaki etkileşimden kaynaklandığı düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011).

Biyolojik nedenler: Beyindeki beş *dopamin* yolağından biri olan mezolimbik dopamin yolağının pozitif belirtileri de içeren duygusal değişimlerden sorumlu olduğu, bu yolaktaki azalmanın bilişsel işlevlerde bozulma ve negatif belirtilerle ilişkili olduğu belirtilmektedir. *Serotoninin* 5-HT1 reseptörlerinin bilişsel alandaki değişimlerden sorumlu olduğu, bu reseptörlerin depresyon ve intihar ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Ayrıca nörepinefrin, asetilkolin, gamma amino bütirik asit gibi nörotransmitterlerdeki ve prostaglandinler ve endorfin gibi nöroregülatörlerdeki anomalilerin şizofrenide yatkınlığa neden olduğu ileri sürülmektedir (Townsend 2016). Hastalık belirtilerinin ve ilaç etkinliğinin hastadan hastaya değişiklik göstermesi nörotransmitterlerin de kişiden kişiye değişiklik gösterdiğini düşündürmektedir (Çam ve Engin 2014).

Psikososyal nedenler: Şizofreninin nedenleri ile ilgili kesin organik nedenler bildirilememesi, hastalığın başlangıç şekli, hastadaki sanrı ve varsanıların yaşam olayları ile bağlantılı olması hastalığın etiyolojisinde psikososyal etkenlerin rol oynadığını desteklemektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011).

Sosyokültürel nedenler: Şizofreninin yüksek sosyoekonomik gruplara oranla düşük sosyoekonomik gruplarda daha fazla görüldüğü belirtilmektedir. Kalabalık ev ortamı, yetersiz beslenme, prenatal bakımın olmaması ve stresle baş etmede kaynak yetersizliği bu kapsamda değerlendirilmektedir. Şizofreni hastalarının kazanç elde edebileceği bir işi sürdürememesi sonucu sosyoekonomik durumunun düştüğünü belirten alternatif görüş de bulunmaktadır (Townsend 2016).

1.1.3.Şizofreninin Belirtileri

Şizofreni belirtileri pozitif belirtiler ve negatif belirtiler olmak üzere iki grupta ele alınmaktadır:

Pozitif belirtiler: Düşünce, algı, duygulanım, hareket ve davranıştaki birtakım belirtileri kapsar.

Düşünce bozukları yapısal düşünce bozuklukları (kelime salatası, blokaj, neolojizm, mutizm, düşünce akışında retardasyon, fikir uçuşması vb), düşünce içeriğindeki bozukluklar (sanrılar) ve düşüncede retardasyon (soyut ifade kullanamama, eğitim düzeyine paralel bir atasözünü açıklayamama) olmak üzere üç grupta sınıflandırılır. *Algı bozuklukları* halüsinasyon (varsanı), yanılsama (illüzyon), depersonalizasyon, derealizasyon belirtilerini içerir. *Duygulanımda* uygunsuz duygulanım, künt duygulanım, kısıtlı duygulanım, labil duygulanım görülebilir. *Hareket ve davranış bozuklukları* katatoni, katalepsi, negativizm, katapleksi, narkolepsi, stereotipi, hipoaktivite, agresyon, eksitasyon, ekopraksi, hiperaktivite, akatizi, manyerizm belirtilerini içerir.

Negatif belirtiler: Avolisyon, alogi, anhedoni ve özbakımda eksiklik durumlarını kapsar (Gürhan 2016).

1.1.4.Şizofreninin Gidiş ve Sonlanışı

Hastalığın gidişi hem aynı hastanın hastalık süreci hem de hastalar arasında değişkenlik gösterir. Hastaların önemli bir kısmı dönem dönem yatışmalar ile giden çok sayıda psikotik atak geçirir. Hastalığın gidişatı en çok ilk beş yıllık süreçte değişkenlik gösterip ardından plato yapma eğilimindedir (Esen Danacı ve ark 2018). Hastaların %30-40'ının orta ve iyi derece iyileştiği; iş, aile ve sosyal uyumlarının iyi olduğu belirtilmektedir (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018).

1.1.5.Şizofreninin Tedavisi

Şizofreninin tedavisinde farmakolojik ve psikososyal tedaviler birlikte uygulanmaktadır (Öztürk ve Uluşahin 2011). Tedavide amaç sadece belirtileri azaltmak ya da ortadan kaldırmak değil aynı zamanda hastanın yaşam kalitesi ve sosyalleşmesini artırmak ve hastalığın yıkıcı etkilerini azaltmaktır (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018).

İlaçların kesin bir iyileşme sağlayamamaları, yan etkileri nedeni ile hastaların ilaç almaya karşı olumsuz tutumları, düzenli tedaviye rağmen hastalığın tekrarlaması farmakolojik tedavinin yanında psikososyal desteğin de gerekli olduğunu göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin 2011). Ayrıca, Elektro konvülsif terapi de şizofrenide kullanılan diğer bir tedavi yöntemidir (Çam ve Engin 2014)

1.2.Şizofreni Hastasına Bakım Verenler

1.2.1.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Şizofreni Hakkında Bilgi

Şizofreninin semptomları nedeni ile günlük yaşamlarında çaresizlik yaşayan bakım verenlerin çoğu hastalardaki davranışsal değişiklikleri hastalık olarak algılamamaktadır. Tıp dışı tedavi yöntemlerine başvurarak çare arayan bakım verenlerin yanlış inanışları bilgi eksiklikleri ile birleştiğinde zor durumlarda kalmaktadırlar (Jaikumar ve ark 2018). Hastalık ile ilgili bilgileri yeterli olmayan bireylerin hastalıkla başa çıkmada etkisiz kaldıkları ve hastalarına karşı olumsuz tutum ve davranışlarda bulundukları belirtilmektedir (Yıldırım ve ark 2014). Şizofreni hastaları için bakım verenlerin en büyük ihtiyaçları bilgi edinme ve hastalıkla baş etmede pratik beceriler kazanmaktır. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin hastalık hakkında bilgileri ile genel sağlık durumları arasında ilişki olduğu

belirlenmiştir (Rezaei ve ark 2018). Hastalık hakkında bilgi edinen bakım verenlerin sorunlarını yönetmede daha iyi baş etme stratejileri geliştirdiği (Rezaei ve ark 2018) ve özyeterliliklerin arttığı belirtilmektedir (Sin ve ark 2019).

Nedenini doğaüstü güçlere bağlama, tedavide hocaya götürme, muska yazdırma gibi uygulamaların yer aldığı şizofrenide hastalığa ve hastalara yönelik tutumların, yanlış inanışların ve önyargıların değişmesi toplumun eğitilmesi ile mümkündür (Eker ve ark 2010). Aile müdahaleleri hasta ve ailenin hastalık hakkındaki bilgisini artırmayı, beklenen uyumsuz davranışları değiştirmeyi, semptomlarla nasıl baş edileceği konusunda bilgi aktarmayı sağlar (Hasan ve ark 2014). Yapılan çalışmalarda eğitimlerin hastalık hakkında bilgi edinmede (Amaresha ve ark 2018, Donde ve ark 2019) ve baş etme stratejilerini geliştirmede (Sin ve ark 2014) etkili oldukları gösterilmiştir.

1.2.2.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Duygu Dışavurumu

Nüfusun ortalama yüzde birini etkilediği kabul edilen şizofreni hastalığının gelişimi beynin hem yapısı hem de fonksiyonu ile ilgili güçlü nörobiyolojik temellere sahiptir (Summakoğlu ve Ertuğrul 2018). Bununla birlikte aile faktörünün hastalığın seyri ile ilişkili olduğu bilinmektedir (Kageyama ve Solomon 2018). Şizofreni hastalığının seyri ile hastanın aile ortamı arasında karmaşık ilişkiler bulunmaktadır. Otuz yıldan fazla süre önce aile üyelerinin ifade ettiği duyguların karakteri ve yoğunluğu tanımlanmıştır. Daha sonra aile içinde ifade edilen duyguların bir göstergesi olarak "duygu dışavurumu" kavramı geliştirilmiş ve hastalığın seyri ile olan bağlantısı gösterilmiştir (Cechnicki ve ark 2013).

Duygu dışavurumu, şizofreni ve diğer psikiyatrik bozukluğu olan bireyler ve bakım veren aileleri arasında aile ilişkilerinin niteliği ve etkileşimini içeren olumsuz aile ortamına dikkat çeker (Batra ve ark 2016). Ev ortamının termometresi olarak kabul edilip günlük etkileşimde şizofreni hastasına karşı aile üyelerinin genel tavırlarını ifade eder (Roseliza-Murni ve ark 2014). Duygu dışavurumu "Evde birisi hakkında eleştirilerde bulunulması, hastaya karsı düşmanlığın olup olmaması ve bunun derecesi, doyumsuzluk, hastaya karşı yakınlığın/sıcaklığın değerlendirilmesi, akrabaların hastayla ilişkilerinde aşırı fedakâr ve müdahaleci olmaları ve kendi iç

dünyalarını hastanınkinden ayıramamaları" şeklinde ifade edilebilmektedir (Özdemir ve İşler 2019).

Duygu dışavurumu düşük ve yüksek duygu dışavurum olmak üzere iki farklı şekilde görülür. Düşük duygu dışavurumu olan aileler hoşgörülü, müdahaleci olmayan, (şizofreni) hastasının ihtiyaçlarına karşı duyarlı iken; yüksek duygu dışavurumuna sahip olanlar hastalarının problemlerine karşı hoşgörüsüz, müdahaleci ve davranışlarından kaynaklanan zorluklarla başa çıkmada uygunsuz ve esnek olmayan stratejiler kullanmaya eğilimlidir (Kageyama ve Solomon 2018).

Hastaya karşı **eleştirel olma, düşmanlık ve duygusal aşırı katılım** yüksek duygu dışavurumunun bileşenleridir (Kageyama ve Solomon 2018). **Eleştirel tutumlar** düşmanca ve duygusal aşırı katılım davranışlarının birleşimidir (Bharti 2015). Bireyin davranışını beğenmeme veya onaylamama ile karakterize bir durumdur (Öksüz ve ark 2017). Hastalığın tamamen hastanın kontrolünde olmadığı açık olmasına rağmen yine de olumsuz eleştiri vardır. Hasta ve bakım verenler arasındaki doğrudan iletişime bakıldığında eleştirel olan bakım verenlerin önleyemedikleri ya da uzaklaşamadıkları hasta ile tartışmalar yaşadıkları görülür. Bu tartışmalar fiziksel şiddete yol açabilir. Sabah kalkamayan, düzenli yıkanmayan, ev işlerine katılmayan hastalar tembel ve bencil olarak eleştirilir. Bakım verenler hastaya artan ses tonları ile onları hayal kırklığına uğrattıklarını, bilerek problemler çıkardıklarını ifade edebilir (Bharti 2015). **Düşmanca tutumlar** hastanın genel kişiliğinin göz ardı edilmesi veya hastalığa bağlı davranışların aşırı genellenmesi ile oluşur (Sadiq ve ark 2017). Ailede hastalığın kontrol edilebilir olduğu ancak hastanın iyileşmemeyi seçtiği düşüncesini içerir ve aile içi sorunlarda hasta suçlanır. Aile, aile içindeki çoğu problemin kaynağının (olsun ya da olmasın) hastanın ruhsal hastalığı olduğuna inanır. Düşmanlık, hastayı reddeden genel eleştiri ve tutumlarla ifade edilir (Bharti 2015). **Duygusal aşırı katılım** ise aile üyelerinin hastaya karşı gereğinden fazla müdahaleci ve koruyucu davranmasıdır (Şenkal Ertürk ve Kömürcü 2017). Hasta ve hastalık için çok endişelidirler. Düşmanca davranışın tersi gibi olsa da hasta üzerinde aynı negatif etkiye sahiptir. Çünkü uzun süreli aşırı koruma davranışı hastanın bağımlı hale gelmesine neden olur, iyileşmeyi engeller (Bharti 2015).

Yüksek duygu dışavurumuna sahip aileler ile yaşayan hastalarda hastalığın alevlenmesi düşük duygu dışavurumu olan aileler ile yaşayan hastalara göre daha

yüksek olmaktadır (Şenkal Ertürk ve Kömürcü 2017). Yapılan bir çalışmada yüksek duygu dışavurumuna sahip aileleri olan şizofreni hastalarında hastalığın alevlenme oranı oranı %72 iken düşük duygu dışavurumu olan ailelerle yaşayan hastalarda bu oran %36 olarak belirlenmiş ve yüksek duygu dışavurumu ile alevlenmeler arasında ilişki olduğu saptanmıştır (Sadiq ve ark 2017). Aile ortamındaki bu negatif tutumlar alevlenme oranını artırabilen (Gandhi ve ark 2016) güçlü bir çevresel risk faktörü olarak kabul edilebilir (Gurak ve Weisman de Mamani 2017). Bu nedenle alevlenme oranlarını azaltmak ve aile içi ilişkileri iyileştirmek amacı ile ailelere, hastalara karşı olan tutumlarına yönelik girişimler uygulanması önerilmekte olup (Şenkal Ertürk ve Kömürcü 2017) literatürde bakım veren bireylere uygulanan psikoeğitim programları ile duygu dışavurum düzeylerinde azalmalar sağlandığını gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Arslantaş ve ark 2009, Özkan ve ark 2013, Öksüz ve ark 2017).

1.2.3.Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerde Bakım Yükü

Türk Dil Kurumu'na göre "bakım": bakma işi; bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek; birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi olarak tanımlanmaktadır (TDK 2020). Bakım veren ise kendisine bağlı olan kişinin fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayan kişidir (Bansal ve ark 2017). Bakım işinin büyük bölümünü üstlenen; hastaya fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik yönden destek sağlayan kişi "bakım veren" olarak tanımlanmaktadır (Martin-Carrasco ve ark 2016).

Ruhsal hastalıklar bir veya daha fazla temel yaşam aktivitesine büyük ölçüde etki eden ciddi fonksiyonel bozukluklara neden olur. Şizofreni bu bozukluklar arasında yüksek depreşme ve tedavi ücretleri olan, semptomların zamanla kötüleştiği bir bozukluktur (Ghannam ve ark 2017). Şizofreni bir bireye bakım sunmak, bakım veren yüküne yol açması kaçınılmaz bir bakım veren deneyimi olarak nitelendirilmiştir (Hsiao ve Tsai 2014).

"Bakım veren yükü" bağımlı akraba veya arkadaşa yardım sağlama ile ilgili bakım verenin yetenekleri ve talepleri arasında dengesizlik ile sonuçlanan aktivitelerin olumsuz çağrışımlarını ifade eder (Hsiao ve Tsai 2014). Duygusal, psikososyal, fiziksel ve ekonomik etkilerinin yanı sıra utanç, suçluluk hissi, kendini suçlama gibi kavramları da içerir (Arslantaş ve Adana 2011). Özellikle şizofreni hasta yakınlarının algıladıkları yük diğer psikiyatrik hastalıklara göre daha

olumsuzdur (Hsiao ve Tsai 2014). Hasta yakınları kayıp ve kederden suçluluk ve öfkeye kadar varan bir dizi duygu yaşarlar. Hasta gibi onlar da izole ve damgalanmış hissederler. Mevcut aile rollerine bakım veren rolünün de eklenmesi hem psikolojik hem de ekonomik olarak stres yaşamalarına neden olur. Bunun sonucunda yaşam kalitesi, başa çıkma stratejileri ve duygu dışavurumları etkilenerek yükleri artar (Batra ve ark 2016).

Bakım veren yükü nesnel yük ve öznel yük olmak üzere iki boyuttan oluşmaktadır (Kumar ve ark 2015, Inogbo ve ark 2017, Ribe ve ark 2018). Nesnel yük hastanın semptomları, davranışları (Stanley ve ark 2017), hastalığın finansal maliyeti, aile rutinlerinin bozulması, hastanın günlük yaşam aktiviteleri ve ekonomik destek için aileye bağımlılığı gibi ölçülebilir taleplerdir (Geriani ve ark 2015, Inogbo ve ark 2017). Öznel yük ise bakım verenin bakım verme rolüne verdiği duygusal tepkilerdir. Bakım verenin kayıp, suçluluk, utanç ve öfke gibi durumlara yönelik olumsuz değerlendirmelerini içerir (Ribe ve ark 2018).

Şizofreni hastasına bakım veren bireylerin sahip olduğu bakım yükü fiziksel rahatsızlık, rahatsızlık veren günlük rutinler, gerginlik, kronik üzüntü, damgalanma, rol değişiklikleri, sosyal geri çekilme ve ekonomik zorlukları kapsamaktadır (Chen ve ark 2019). Ayrıca bu bireylerde depresyon, anksiyete, yas ve somatik yakınmaları içeren olumsuz etkiler saptanmıştır (Arslantaş ve Adana 2011). Öte yandan şizofreni hakkında bilgi eksikliği ailenin karşı karşıya kaldığı yükü artırmakla beraber aile üyesini yönetmede de bakım verenler arasında anksiyete ve korkuya neden olmaktadır (Batra ve ark 2016). Bakım veren üzerindeki ağır yük ve destek eksikliği hastalarına bakma sorumluluklarını yerine getirememelerine neden olabilir (Chen ve ark 2019).

Şizofreni hastalarına bakım verenlerin gittikçe artan şekilde stres ve bakım yükü ile karşılaşmaları muhtemeldir (Geriani ve ark 2015). Bakım verenler hastalarının fiziksel, psikolojik ve sosyal refahları için sorumluluk üstlenirken aynı zamanda yükümlülüklerini yerine getirebilmek için destek sistemlerine ihtiyaç duyarlar (Ghannam ve ark 2017). Yükü hafifletmek ve alevlenmeleri önlemek için bakım veren rolündeki bireylerin problemlerine yönelik müdahalelerin özelleştirilmesi gerekmektedir (Geriani ve ark 2015). Hasta ile beraber yaşayan ve bakımını üstlenen bireyler tedavi planına dâhil edilmeli, bu bireylere yönelik

müdahale programları geliştirilmelidir (Bademli ve Çetinkaya Duman 2013). Şizofreni hastalarına bakım veren bireylere uygulanan psikoeğitim programları ile bakım verme yükünde önemli derecede azalmalar olduğu belirtilmektedir ve psikoeğitimin bakım veren rolü üzerinde etkilerinin belirlendiği birçok araştırma mevcuttur (Caqueo-Urízar ve Gutiérrez-Maldonado 2006, Fallahi Khoshknab ve ark 2014, Bulut ve ark 2016). Müdahaleler bilgilendirme (Orak ve Sezgin 2015), baş etme stratejilerini geliştirme, sosyal destek/aile desteği sağlama ve hastaya karşı tutum konularında rehberlik eder. Bu da bakım verenin ruhsal sağlığı üzerinde, dolaylı olarak da hasta üzerinde iyi sonuçlar sağlayabilir (Yu ve ark 2019).

1.2.4.Bakım Verenler için Mobil Teknolojinin Önemi

Günümüzde cep telefonları artık mini bilgisayarlar şeklinde olup pek çok bilginin yüklenmesine olanak sağlar niteliktedir ve akıllı telefon kullanımı da dünyada giderek artmaktadır (Önder ve Narin 2013). Mobil teknolojilerin gün geçtikçe kullanımının artması ve ucuz hale gelmesi değişik sektörler için imkânlar sunmuştur. Bu sektörlerden biri de sağlık hizmetleridir. Toplumun bilinçlendirilmesi, hastalıklar hakkında bilgilendirme ve yönlendirme amacıyla mobil sağlığın sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yer edineceği düşünülmektedir (Ardahan ve Akdeniz 2018).

Mobil teknolojinin tanı, tedavi, bireyin kendi sağlığını sürdürebilmesi, koruyucu sağlık uygulamalarında artış, kronik hastalıkların takibinde artış, sağlık çalışanları için zamandan tasarruf, hastane yatışlarında azalma ve maliyette azalma gibi avantajları bulunmaktadır (Ardahan ve Akdeniz 2018). Ayrıca bu sayede hastanın yaşam kalitesi ve sağlık bakım hizmet kalitesinin artırılabileceği öngörülmektedir (Orhan ve Bahçecik 2018). Günlük yaşamın ayrılmaz parçası hâline gelmeye başlayan mobil teknoloji sayesinde bilgi edinme, e posta okuma, kitap okuma gibi birçok alanda bireyler işlerini istedikleri zaman ve yerde gerçekleştirebilmektedirler (Güler 2015). Özellikle nüfusun az olduğu kırsal kesimlerde sağlık profesyonellerine ulaşmakta güçlükler yaşanırken bu alanda yaşanan eksikliklerin mobil teknoloji ile ortadan kaldırılabileceği düşünülmektedir (Ardahan ve Akdeniz 2018).

Avrupa ülkeleri arasında ruh sağlığı hizmetlerinde toplam psikiyatri uzmanı, psikiyatri yatağı ve psikiyatri hemşiresi (100.000 nüfusa düşen) sayılarında Türkiye, ortalamaların çok altındadır (Songur ve ark 2017). Bu nedenle ruh sağlığı alanında sağlık çalışanlarının tüm hastalara ulaşması ve hizmet vermesinde eksiklikler kaçınılmaz olurken hasta ve hasta yakınları da istedikleri zaman ruh sağlığı hizmetlerine ulaşamayabilirler. Mobil teknolojilerin kullanılması ile beraber hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetlerine daha kolay ulaşabilecekleri ve sağlık çalışanlarının iş yüklerinin azalabileceği düşünülmektedir.

1.3.Araştırmanın Kavramsal Çerçevesi

1.3.1.Roy Adaptasyon Modeli (RAM)

RAM karşılıklı etkileşime dayalı bir dünya görüşü yansıtır. Modelin temel odağı insanın adaptasyon sistemi ve çevrede meydana gelen değişimlerdir. Adaptasyon, modelin en temel özelliği ve kavramıdır (Fawcett 2005). RAM'a göre bir sistem olarak insan; girdi (uyaranlar ve adaptasyon düzeyi), kontrol süreçleri (düzenleyici ve bilişsel/duyuşsal baş etme süreçleri), adaptif alanlar (fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı, karşılıklı bağlılık alanı) ve çıktıdan (uyumlu ya da uyumsuz yanıtlar) oluşur (Meleis 2011). İnsan adaptasyon sistemi, sistemin bütünlüğünü bozacak iç ve dış çevreden gelen uyaranlara cevap veremediğinde ya da bunlarla baş edemediğinde uyum sorunları ortaya çıkar (Fawcett 2005).

Modelin Gelişimi

RAM, hemşire teorisyen Sister Callista Roy' un bireysel deneyimleri, mesleki ve akademik geçmişine dayanmaktadır (Fawcett 2005). Hemşire olan annesinin kazandırdığı değerler ve hastane tecrübeleri Roy' un bireysel gelişiminde etkili olmuştur (Karadağ ve ark 2017). Roy' un pediatri kliniğinde çalışması ise insan bedeni ve ruhunun sağlığını çabuk toparlama yeteneği olduğuna dair deneyim kazandırmıştır. Bu süreçte çocukların çabuk iyileşebildiğini; fiziksel ve psikolojik değişikliklere kolay adapte olabildiklerini fark etmesi (Patton 2004, Velioğlu 2012) Roy' a, adaptasyonun bir hemşirelik teorisi oluşturmak için yararlı bir kavramsal alt yapı olabileceği fikrini vermiştir (Patton 2004). Adaptasyon kavramı RAM' ın temelini oluşturmuştur (Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak 2014).

Roy, RAM konusundaki çalışmalarına California Üniversitesi' nde 1964 yılında yüksek lisans öğrencisi iken Doroty E. Johnson ile geliştirmeye başlamış (Fawcett 2005, Karadağ ve ark 2017, Marudhar ve Bashir 2019), modeli oluştururken farklı kaynaklardan yararlanmıştır. Adaptasyon kavramını açıklarken Roy, Ludwig von Bertalanffy' nin genel sistem teorisi tanımını kullanmıştır. Rapaport' un tanımladığı sistem kavramını kullanmış, ancak sistem olarak tanımladığı insanı kendisini oluşturan parçalar toplamının daha fazlası olarak tanımlamıştır (Karadağ ve ark 2017). Harry Helson' un adaptasyon kuramı ve psikofizik çalışmaları adaptasyonun değeri bakımından Roy' u büyük ölçüde etkilemiş (Patton 2004, Velioğlu 2012), Helson' un geliştirdiği odak, durumsal ve olası uyaran kavramlarını modeli ile ilişkilendirmiştir (Patton 2004, Barış ve Gülseven Karabacak 2015). Hemşirelik ile hümanistik yaklaşımı birleştirmiş; bunu yaparken bireysel inanç ve değerler açısından Maslow' un kavramlarından yararlanmış (Velioğlu 2012, Barış ve Gülseven Karabacak 2015), bireyin kullandığı savunma mekanizmaları ile iyilik halini artıracağını belirtmiştir (Velioğlu 2012, Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak 2014). Adaptif sistem ve baş etmeyi açıklarken ise Roy; Harry Helson, Susan Folkman, Richard S. Lazarus, Bruce P. Dohrenwend, N. Malaznik, D. Mechanic' in tanım ve açıklamalarından yararlanmıştır (Karadağ ve ark 2017).

RAM literatürde ilk olarak 1970 yılında Nursing Outlook dergisinde yayınlanan "Adaptation: A Conceptual Framework for Nursing" başlıklı bir makalede yayımlanmıştır (Barış ve Gülseven Karabacak 2015, Marudhar ve Bashir 2019) . Teorisyen tarafından sürekli olarak güncellenen model (Barone ve ark 2008, Lee ve ark 2011) 1984, 1986 ve son olarak 2009 yılında revize edilmiştir (Karadağ ve ark 2017, Yoldaş ve ark 2019).

Modelin Temel Kavramları

Adaptasyon: Düşünen ve hisseden insanın çevre ile bütünlük sağlamak için bilinçli farkındalık ve seçimler kullandığı süreç ve sonuçtur (Roy 2011b, Alligood 2013). Adaptasyon insan sisteminin sadece bütünlüğünü sağlamak amacıyla çevredeki uyaranlara yanıt vermek için çabalaması anlamına gelmez; aynı zamanda her insanın evrende amacının olduğu, bu nedenle insanı çevresinden ayrı düşünmenin imkânsız

olduğu anlamını da taşır (Alligood 2013, Karadağ ve ark 2017). En iyi düzeyde sağlık, iyilik hali, yaşam kalitesi ve saygın bir ölüm sağlar (Karadağ ve ark 2017).

Adaptasyon düzeyi: Her insanın ya da grubun bilinen baş etme mekanizmalarını kullanarak ulaştığı adaptasyon miktarı olarak tanımlanabilir. Bu düzey bireyin adaptif yanıt verebilme yeteneğini belirler. Bireyin adaptasyon düzeyi yaşam süresince değişebilmektedir (Karadağ ve ark 2017). Adaptasyon düzeyi üç boyuttan oluşur:

Mükemmel uyum düzeyi: Bir yaşam sürecinin yapı ve işlevlerinin insanın ihtiyaçlarını karşılamak için bir bütün halinde çalıştığı uyum düzeyidir (Fawcett 2005). Süreç olumludur ve gereksinimler karşılanabilecek düzeydedir (Karadağ ve ark 2017).

Dengeleyici uyum düzeyi: Mükemmel uyum düzeyine geçebilmek için düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal sistemlerin devreye girdiği uyum düzeyidir (Fawcett 2005). Süreç olumludur ancak gereksinimi karşılamamaktadır (Karadağ ve ark 2017).

Uzlaşmacı uyum düzeyi: Diğer uyum düzeylerinin yetersiz kaldığı uyum düzeyidir (Fawcett 2005). Süreç olumsuzdur ve gereksinimleri karşılayamamaktadır (Karadağ ve ark 2017).

Mükemmel, dengeleyici ve uzlaşmacı uyum düzeyleri hiyerarşik tanımlamalardır. Mükemmel uyum düzeyi, uyumu yeniden sağlama girişimlerini çağrıştıran dengeleyici uyum düzeyine dönüşebilir. Dengeleyici uyum düzeyi yeterli değilse ortaya uzlaşmacı uyum düzeyi çıkar (Fawcett 2005).

Baş etme süreçleri: Değişen çevre ile etkileşime girmenin doğuştan gelen ya da sonradan kazanılmış yollardır (Alligood 2013). Doğuştan gelen baş etme süreçleri genetik olarak belirlenir, türler için ortaktır ve genellikle otomatik olarak işler. Birey, bunları yaparken düşünmek zorunda kalmaz. Sonradan kazanılan baş etme süreçleri ise öğrenme gibi stratejilerle geliştirilir. Yaşam boyu karşılaşılan deneyimler belirli uyaranlara verilen alışılagelmiş yanıtları ortaya çıkarır (Fawcett 2005). Baş etme mekanizmaları düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal alt sistem olmak üzere 2 büyük sistemle açıklanır (Velioğlu 2012).

Düzenleyici baş etme: Nöral, kimyasal ve endokrin sistemleri içeren önemli bir başa çıkma sürecidir (Alligood 2013). Gelen bilgiye karşı otomatik, bilinçsiz cevaplar üretilir. Doğum yapan bir anne bu sisteme bir örnek olarak verilebilir. Doğum sürecinde kimyasal ve nöral iç uyaranlar serviksin açılması ve uterusun kasılması gibi fizyolojik cevapları oluşturmak için endokrin ve merkezi sinir sistemi aktivitelerini başlatırlar. Dışarıdan verilen ilaçlar ise dış uyaranlardır (Velioğlu 2012).

Bilişsel-duyuşsal baş etme: Bireyler için dört bilişsel-duyuşsal kanalı içeren baş etme süreçleridir. Bu kanallar algılama ve bilgi süreci, öğrenme, karar verme ve duyguları içerir (Alligood 2013). Algılama ve bilgi süreci seçici dikkat, kodlama ve hafıza aktivitelerini içerir. Öğrenme taklit, pekiştirme ve anlamayı içerir. Karar verme süreci problem çözme ve karar vermeyi kapsar. Duygular aracılığı ile duygusal değerlendirmeler yapılır ve anksiyeteden kurtulmak için savunmalar üretilir (Fawcett 2005).

Uyaran: Kişinin adaptasyon düzeyi sürekli değişen durumlara uyum sağlamada kendi standartlarını temsil eden bir durumdur (Alligood 2013, Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak 2014). Birey iç ve dış değişikliklere uyum sağlama becerisine sahiptir. Ancak önceki deneyimleri algılama tarzı, çevresel değişikliklerin derecesi ve baş edebilme düzeyi gibi nedenlerden dolayı adaptasyon yeteneği bazen sınırlanabilir (Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak 2014). Bireyin adaptasyon düzeyini belirleyen faktörlere **"uyaran"** denir. Modelde 3 tip uyaran tanımlanmıştır (Pektekin 2013):

Odak uyaran: İnsan sistemi ile en çok karşılaşan iç ya da dış uyarandır (Alligood 2013). Yatan hastaya hiçbir şey söylemeden etrafına hızla bir paravan yerleştirilmesi bir odak uyarandır (Pektekin 2013).

Durumsal uyaran: Mevcut durumda odak uyaranın etkisine katkıda bulunan tüm diğer uyaranlardır. Yani kişiye içeriden veya dışarından etki eden ancak kişinin dikkati veya enerjisinin merkezinde bulunmayan tüm çevresel uyaranlardır (Alligood 2013). Yatağının etrafına hızla paravan çekilen hastanın paravanın arkasından duyduğu makine sesleri, konuşmalar durumsal uyaranlardır (Pektekin 2013).

Olası uyaran: Mevcut durumda etkisi belirsiz olan, iç veya dış kaynaklı çevresel faktörlerdir (Alligood 2013). Bireyin davranışlarını etkilemesine rağmen dikkate alınmazlar. Önceki hastane deneyiminde böyle bir durum yaşandığında (paravan örneği) yan taraftaki yatağa acil bir hasta yatırıldığını hatırlayan hasta bunu hatırlayarak rahatlamaya çalışır (Pektekin 2013).

Adaptif alanlar: İnsanın iç ve dış çevreden gelen uyaranlara karşı gösterdiği davranışlar dört adaptasyon alanı ile kendini gösterir. Bunlar fizyolojik alan, benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanıdır (Fawcett 2005, Alligood 2013, Karadağ ve ark 2017). Bu alanlar farklı başlıklar altında tanımlansa bile birbiri ile yakın ve karmaşık bir ilişki içindedirler. Bu nedenle birbiri içine geçmiş bir bütünün parçaları olarak değerlendirilebilir (Karadağ ve ark 2017).

Fizyolojik alan: Canlı organizmanın işlev ve faaliyetlerinde yer alan fiziksel ve kimyasal süreçlerle ilgilidir (Alligood 2013). Fizyolojik bütünlük için beş temel ihtiyaç tanımlanır: oksijenlenme, beslenme, eliminasyon, aktivite-dinlenme ve korunma. Ayrıca duyular, sıvı-elektrolit-asit-baz dengesi, nörolojik fonksiyon ve endokrin fonksiyonlar fizyolojik adaptasyona katkıda bulunur. Bu alanda altta yatan temel ihtiyaç fizyolojik bütünlüktür (Alligood 2013, Karadağ ve ark 2017).

Benlik kavramı alanı: Özelikle insan sisteminin psikolojik ve manevi yönlerine odaklanır. Bu alanda altta yatan temel ihtiyaç psişik ve manevi bütünlük ya da kim olduğunu bilme ihtiyacıdır. Bu sayede birey evrende birlik, anlam ve amaç duygusu ile var olabilir. Benlik kavramı alanı belirli bir zamanda kendine ilişkin inanç ve duyguların bileşimi olarak tanımlanır ve içsel algılar ve başkalarının algılarından oluşur. **Fiziksel benlik** (beden algısı ve beden imajı) ve **kişisel benlik** (öz tutarlılık, umut, ideal ve ahlaki-etik-manevi benlik) olmak üzere iki bileşeni bulunur (Fawcett 2005, Alligood 2013).

"Fiziksel benlik" kişinin fiziksel özellikleri, işlevselliği, cinsellik, sağlık ve hastalık durumu ve görünümünü içeren fiziksel varlığını değerlendirir. Beden algısı (kişinin kendini fiziksel olarak nasıl hissettiği) ve beden imajını (kişinin kendini fiziksel olarak nasıl gördüğü ve kişisel görünüşü hakkındaki görüşleri) kapsar (Fawcett 2005, Alligood 2013). *"Kişisel benlik"* ise kişinin kendi özellikleri, beklentileri ve değerlerini değerlendirmesinden oluşur. Öz tutarlılık (kendini

organize etme), öz ideal (ne olmak istediği, yapabilecekleri), ahlaki-etik-manevi benlik (inanç sistemleri ve evren ile olan ilişkiler) kavramlarını kapsar (Fawcett 2005).

Ayrıca benlik kavramı alanında **Grup kimliği** kavramı tanımlanmaktadır. Grup kimliği, gruplardaki insanların çevresel geribildirimlere dayalı olarak kendilerini nasıl algıladıklarını yansıtır. Bu kimlik kişilerarası ilişkiler, grup imajı, sosyal çevre ve kültürden oluşur. Altta yatan temel ihtiyaç kimlik bütünlüğüdür (Fawcett 2005, Alligood 2013).

Rol fonksiyon alanı: Kişinin toplumda üstlendiği rollere odaklanır (Alligood 2013, Pektekin 2013). Toplumun işleyen birimi olarak bir rol, bir pozisyonu işgal eden bir kişinin başka bir pozisyonu işgal eden bir kişiye nasıl davrandığına dair bir dizi beklentidir. Bu alanda altta yatan temel ihtiyaç, sosyal bütünlük olarak tanımlanmıştır (Alligood 2013).

Rol fonksiyonu alanında kişiler birincil, ikincil ve tersiyer roller üstlenirler: *"Birincil roller"* kişinin belirli bir yaşam evresinde uğraştığı davranışların çoğudur (Alligood 2013). Erkek olma ya da kadın olma gibi cinsiyet rolleri birincil rollere örnektir (Pektekin 2013). *"İkincil roller"* başkaları ile olan ilişkiler ile kazanılan ve kalıcı hale gelmiş olan rollerdir (Karadağ ve ark 2017). Anne, baba, öğretmenlik rolleri ikincil rollere örnektir (Pektekin 2013). *"Tersiyer roller"* herhangi bir yerde belirli bir süre için geçerli olan rollerdir. Özgürce seçilirler ve geçicidirler (Karadağ ve ark 2017). Bir yerde dernek başkanlığı yapmak tersiyer role örnektir (Pektekin 2013).

Roller, bir ağacın oluşumu gibi özetlenebilir. Gelişim düzeyini gösteren gövde birincil rolleri temsil eder (yetişkin üretken bir kadın gibi). İkincil roller gövdeden ayrılır (eş, anne, öğretmen olma gibi). Son olarak tersiyer roller ikincil rollerden ayrılarak ortaya çıkarlar (anne rolü, belli bir süre için veli- öğretmen derneği başkanı olma) (Alligood 2013).

Karşılıklı bağlılık alanı: İnsanlar arasında yakın karşılıklı ilişkilere dayanan davranışlarla ilgilidir. Bu alanda altta yatan temel gereksinim ilişkilerin korunmasını sağlamaktır. Birey, ilişkilerinde saygı, sevgi, güven gibi gereksinimleri karşılamayı ister. Aynı zamanda karşıdaki birey de aynı beklentiler içindedir (Karadağ ve ark

2017). Karşılıklı bağlılık davranışlarının iki ana alanı tanımlanmıştır: alıcı davranış ve katkıda bulunan davranış. Bu davranışlar sırasıyla "birbirine bağlı ilişkilerde sevgi, saygı, değer alma ve verme" şeklindedir (Alligood 2013).

Karşılıklı bağlılık alanında ilişkilerin bütünlüğünü ve korunmasını sağlamak için iki süreç vardır: **Etkileme yeterliliği** ve **gelişimsel yeterlilik** süreci. Etkileme yeterliliği sevgi, saygı, değer verme ve almayı içerirken gelişimsel yeterlilik süreci ilişkilerin öğrenilmesi ve olgunlaştırılmasını içerir (Karadağ ve ark 2017).

Bu alanın birey için iki boyutu vardır: **Birey ile değer verdiği kişiler arasındaki ilişki** ve **birey ile destek sistemleri arasındaki ilişki** (Fawcett 2005, Karadağ ve ark 2017). Bireyin değer verdiği kişiler anne, baba, çocuklar olabildiği gibi ailenin diğer üyeleri, arkadaşlar, tanrı da olabilir. Birey ile değer verdiği kişiler arasında sevgi, saygı ve güven alışverişinin yanı sıra bunları sağlayan bilgi, beceri, bakım, ilgi, bağlılık, zaman ve olanakların alışverişi de söz konusudur. Bu kişiler ile olan ilişkilerde yaşam boyu birliktelik görülür (Karadağ ve ark 2017). Destek sistemleri ise bireyin duygusal, gelişimsel ve kaynak gereksinimlerini karşılamak için birlikte çalıştığı kişi, grup ve kuruluşlardır (Fawcett 2005). Destek sistemleri ile olan ilişkiler daha geçici olup bu ilişkilerin derinliği daha azdır (Karadağ ve ark 2017).

Bu alanın grup kimliği için üç boyutu bulunur: **İçerik, altyapı ve kaynaklar**. İçerik, ilişkilerdeki iç (misyon, vizyon, değerler, prensipler, hedefler, planlar) ve dış (ekonomik, politik, kültürel, inanç, aile sistemleri) etkenlerden oluşur. Altyapı, ilişkilerdeki duygusal, kaynaksal ve gelişimsel süreçleri içerir. Kaynaklar yiyecek, giyecek, barınak, toplantı yerleri, organizasyonlar için tesisler, ekipman, teknoloji ve finansmanı içerir (Fawcett 2005).

Karşılıklı bağlılık alanında uyum sorununa neden olan durumlar agresyon, düşmanlık, yalnızlık, dışlanma, yabancılaşma, topluma uyum sağlamama, rekabet, teşhircilik, baskı ve hâkimiyet olarak özetlenebilir (Pektekin 2013).

Modelin Metaparadigmaları

RAM en çok geliştirilen ve geniş şekilde kullanılan modellerden biridir. Modelin metaparadigmaları insan, çevre, sağlık ve hemşireliktir (Velioğlu 2012).

İnsan: İnsan, bir amaç için işlev gören parçalardan oluşan ancak bu parçalar toplamının fazlası olan adaptif bir sistemdir. Çevredeki değişikliklere uyum sağlama ve çevresini etkilemeyi sağlayan düşünme ve hissetme kapasitesine sahiptir (Fawcett 2005). Bu sistem bireyleri, aileleri, kuruluşları ve bir bütün olarak toplumu içerir (Alligood 2013).

Çevre: Kişilerin veya grupların gelişimini ve davranışını çevreleyen ve etkileyen tüm koşullar ve etkilerdir. Kişiyi uyumlu yanıtlar vermesi için uyaran ortamdır. Çevre hem iç hem de dış faktörleri içeren "girdi" rolü ile insana etki eder (Alligood 2013, Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak 2014). Herhangi bir çevresel değişiklik durumunda bireyin uyumunu sağlamak için enerji harcar. Çevrede kişiyi etkileyen faktörler odak, durumsal ve olası uyaranlar olarak tanımlanır (Alligood 2013).

Sağlık: Kişinin çevre ile etkileşiminin yansımasıdır. Sağlık; ölüm, hastalık, mutsuzluk ve stresin kaçınılmazlığı değil, onlarla etkili bir şekilde başa çıkma yeteneğidir (Alligood 2013). Hastalık ve sağlık yaşamın bir parçası olarak bir aradadır. Birey, uygun adaptif yanıtlar verirse daha sağlıklı olur (Karadağ ve ark 2017). İnsan ile çevre arasındaki karşılıklı ilişki sağlığı belirler (Alligood 2013, Karadağ ve ark 2017). Bu nedenle insan sağlığı çevreye bağlıdır (Karadağ ve ark 2017).

Hemşirelik: İnsan yaşamının süreçlerine odaklanan ve bireyler, aileler, gruplar ve tüm toplum için sağlığın gelişimini vurgulayan sağlık bakımıdır. RAM hemşirelik girişimlerini davranışın değerlendirilmesi ve adaptasyonu etkileyen uyaranlar olarak tanımlar. Hemşirelik kararları bu değerlendirmeye dayanır ve uyaranları yönetmek için müdahaleler planlanır. RAM bir bilim olarak hemşireliği, bir pratik disiplini olan hemşirelikten ayırır. Hemşirelik bilimi kişilerin sağlık durumunu olumlu yönde etkileyen gözlem, sınıflandırma ve ilişki kurucu süreçler hakkında gelişen bir bilgi sürecidir. Bir pratik disiplin olarak ise insanlara temel bir hizmet sunmak için kullanılan bilimsel bilgi birikimidir (Alligood 2013). Hemşirelik kişinin çevre ile iletişimini artırmak (adaptasyonu sağlamak) için hareket eder. Hemşireliğin hedefi dört uyum alanında birey ve gruplar için adaptasyonu teşvik etmek; sağlığa, yaşam kalitesine ve saygın bir ölüme katkıda bulunmaktır (Alligood 2013, Karadağ ve ark 2017).

Modelde Hemşirelik Süreci

RAM'a göre hemşireliğin amacı uyumlu yanıtları geliştirmektir. Bu süreç de altı aşamalı hemşirelik süreci ile mümkündür: Davranışın değerlendirilmesi, uyaranların değerlendirilmesi, hemşirelik tanısı, hedef belirleme, girişim ve değerlendirme. Hemşirelik girişimleri çevresel uyaranları değiştirerek, artırarak, azaltarak, kaldırarak ya da koruyarak yönetmeye odaklanır (Alligood 2013). RAM'a göre hemşirelik müdahalesi etkili olup etkili davranış örüntüsü geliştirildi ise problem ortadan kaldırılmıştır. Ancak uyum sorunu devam ediyorsa hemşire neyin yanlış olduğunu belirlemelidir. Bu durumda hemşire durumu daha iyi anlamak ve uyumsuz davranışları daha yakından incelemek için davranışları değerlendirme aşamasına geri döner (Fawcett 2005).

Araştırmada kullanımı: RAM'ın hemşirelik araştırmalarında kullanılabileceği belirtilmektedir. Modele dayanılarak çevresel uyaranlara hasta yanıtlarını gösteren tanımlayıcı araştırmalar, fizyolojik ve psikososyal alanlarda uyumu değerlendirmek için odak ve durumsal uyaranların ilişkisini gösteren karşılaştırmalı araştırmalar ve deneysel araştırmalar yapılmıştır (Çatal ve Dicle 2014). 1999 yılında Roy ve arkadaşları 1970-1994 yılları arasında modelin kullanıldığı 163 araştırmanın sonuçlarını incelemişlerdir (51 doktora tezi, 25 yüksek lisans tezi, 87 yayımlanmış araştırma makalesi). İnceleme sonucunda bu çalışmaların 116'sının modelin önerilerini test etmeye yönelik olduğu belirlenmiştir (Fawcett 2005). Ardından Roy 2003' de 1995-2001 yılları arasında yayımlanan ve RAM'ın kullanıldığı 54 çalışmayı gözden geçirerek sonuçları paylaşmıştır (28 dergi makalesi, 25 doktora tezi, 1 yüksek lisans tezi). Bu çalışmaların 22 tanesinin uyum alanları ve süreçlerine; 5 tanesinin uyaranlara, 5 tanesinin uygulamaların etkinliğine odaklandığı belirlenmiştir (Fawcett 2005, Çatal ve Dicle 2014). Sonuç olarak RAM' ın hem nicel hem de nitel araştırma yöntemlerinde ve araştırma sürecinin tüm aşamalarında kullanılabileceği belirtilmektedir (Çatal ve Dicle 2014).

Uygulamada kullanımı: RAM'ın çevreden kaynaklanan üç tip uyarandan etkilenen adaptif sistem yaklaşımı bütüncül bir yaklaşımdır. Bu yaklaşım birey ve bakımı hakkında bütüncül düşünmeyi geliştirir, bakımın amacını anlaşılır hale getirir. Hemşirelere uyumu sağlamak amacı ile ilgilenecekleri konularda rehberlik eder. Modeldeki dört adaptasyon alanı ve üç adaptasyon düzeyi hemşirelere hemşirelik

sürecinin tanılama aşamasında birey ve gruplar için neyi gözlemleyeceklerine ve uygulama için planlama yapılmasında temel oluşturur. Ayrıca sağlık bakım sisteminin merkezine bireyi yerleştirerek bakımın organize edilmesi ve bakım sonuçlarının geliştirilmesini sağlar. Bunların yanı sıra hemşirenin rolünü de belirgin hale getirir (Karadağ ve ark 2017). Modelin hem sağlıklı hem de hasta bireyi psikolojik ve sosyal yönleri ile ele almasının ve bireyi bütüncül olarak tanıma yöntemini kullanmasının hemşirelik uygulamalarını kolaylaştırdığı belirtilmektedir (Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak 2014).

RAM ve Bakım Veren Bireyler

RAM hasta bireylerin yanı sıra bakım verenlere umut ve güven aşılamayı, kronik hastalıklara fizyolojik ve bilişsel uyumlarını güçlendirmeyi amaçlayan invazif ve farmakolojik olmayan uygun maliyetli bir yöntemdir. Modele dayalı sağlık programlarıyla uyumsuz davranışlar hafifletilip uyum artırılabilir (Hatami ve Hojjati 2019). Model, kişinin başa çıkma becerilerini öğrenerek zorluklara olumlu bir şekilde uyum sağlayabileceğini varsayar. Uyum kişinin iç ve dış uyaranları anlaması ile gerçekleşir (Holliday 2003).

Kronik hastalığı bulunan bireylere bakım verenler tedavi kararlarına katılır, bakım ve hizmetleri koordine eder, yiyecek, barınma, giyinme, ilaç tedavisi, finansal sorunlar gibi günlük işlerde yardımcı olur. Tüm bunlar bakım verenleri hemşirelik bakımına gereksinim duyan incinebilir bireyler yapar. Bu durum özellikle bakım verme sorumluluğunda zorlanan bakım verenlerin iyilik hallerinin sağlanması için özel müdahalelerin geliştirilmesi noktasındaki önemi vurgular (Diaz ve Cruz 2017).

Şizofreni hastasına bakım vermek; bakım veren üzerinde utanç, suçluluk, çaresizlik, gelecek endişesi, ekonomik sıkıntılar gibi zorluklara neden olur. Bakım verenlerin hastanın sorun oluşturan davranışları, belirtilerde kötüleşme, hastane yatışları, ilaç tedavisinin takibi, hasta için sosyal destek bulma, kendi sosyal yaşamlarının kısıtlanması, duygusal ve aile içi çatışmalarla başa çıkmak zorunda kalmaları yük yaşamalarına neden olur (Esen Danacı ve ark 2018). İç ve dış uyaranlardan kaynaklı stresli bir durum haline gelen bakım verme sorumluluğu bireyi dört adaptif alanda etkileyebilir. Bu nedenle bakım verenlerin bu alanlardan bazılarına ya da hepsine uyum sağlamaları gerekir (Mkpelanga 2018). Hemşire

adaptif bir sistem olarak bireyin sağlık ve hastalık durumunu tanımlayabilmeli, gerekli hemşirelik girişimlerini planlayarak bunları uygulayabilmelidir (Kacaroğlu Vicdan ve Gülseven Karabacak 2014).

Araştırmalar ve bakıma rehberlik edecek kabul gören birçok model ve teori vardır. Ancak kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlere yönelik uygulama geliştirmeye yönelik az sayıda çalışma bulunmaktadır. RAM, kronik hastalığı bulunan kişilere bakım verenlerde müdahale çalışmalarına rehberlik eder ve bakım verenin adaptasyonunu değerlendirmede faydalıdır. Ayrıca bakım veren grubunun iyi oluşunu destekleyen hemşirelik girişimlerini test etmeyi amaçlayan hemşirelik araştırmaları için yol göstericidir (Diaz ve Cruz 2017).

RAM'a göre, farklı uyaranlar, düzenleyici ve bilişsel-duyuşsal başa çıkma sistemlerini tetikler ve bakım verenin rolüne uyum seviyesini tanımlayacak davranışları ortaya çıkarır (Diaz ve Cruz 2017). Hem çevredeki değişiklikler hem de bakım verendeki davranışsal değişiklikler hasta ile başa çıkma noktasında olumlu sonuçlar doğuracaktır (Mkpelanga 2018).

Bu doktora tez projesinde bir orta düzey teori olarak görülen RAM'ın kullanılmasına karar verilmiştir. Şizofreni hastasına bakım veren bireylere yönelik psikoeğitimin RAM' a göre kavramsal çerçevesi aşağıda sunulmuştur:

Davranışın Değerlendirilmesi

RAM'a göre bakım veren davranışları dört adaptif alanda değerlendirilmelidir.

Fizyolojik alanda davranışın değerlendirilmesi: Bu çalışmada fizyolojik alana doğrudan bir müdahalede bulunulmadığı için bu alanda bir davranış değişikliği öngörülmemiştir.

Benlik kavramı alanında davranışın değerlendirilmesi: Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde depresif belirtiler, anksiyete, duygusal stres, somatizasyon, düşük benlik saygısı, sürekli endişe, belirsizlik hissi, öfke, suçluluk, kızgınlık, üzüntü, hayal kırıklığı, kendi yaşamı üzerinde kontrol kaybı hissi görülebilir (Diaz ve Cruz 2017). Şizofreni hastasına bakım verenlerde ise fiziksel ve

kişisel benliğin olumsuz algılanması, aile dayanışmasının az olması, aile değerlerinin eksikliği görülebilir (Mkpelanga 2018).

Rol fonksiyon alanında davranışın değerlendirilmesi: Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde rol çatışması ve bakım verme rolünde memnuniyetsizlik görülebilir (Diaz ve Cruz 2017). Şizofreni hastasına bakım verenlerde ise düşük sosyal bütünlük, aile içinde rol değişimlerine uyum sağlama sorunları, çalışma programında değişiklikler, iş veriminde azalma ya da değişim görülebilir (Mkpelanga 2018).

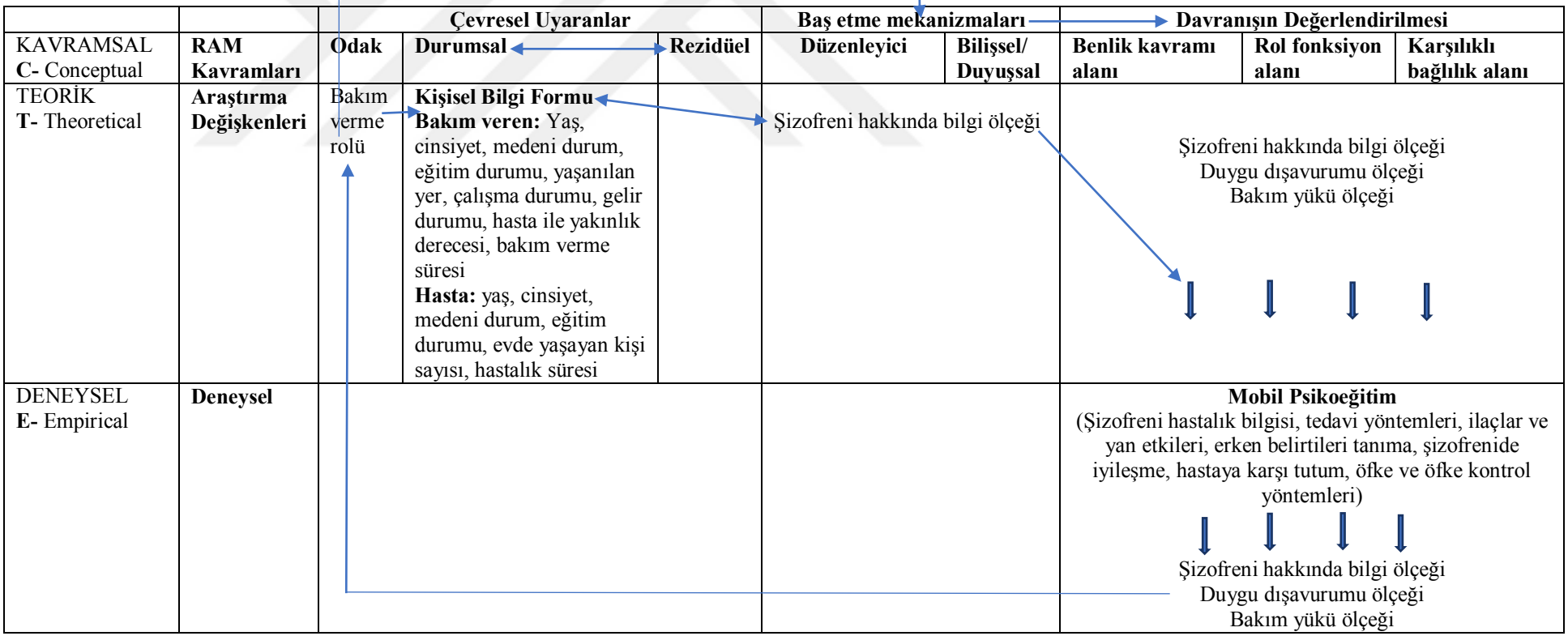
Karşılıklı bağlılık alanında davranışın değerlendirilmesi: Kronik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde yaşam memnuniyetsizliği, aile çatışmaları ve izolasyon görülebilir (Diaz ve Cruz 2017). Şizofreni hastasına bakım verenlerde ise bakım verenin komşuları, topluluk grupları, sosyal gruplar ve önemli diğerleri ile ilişkileri olumsuz etkilenebilir (Mkpelanga 2018).

Uyaranların Değerlendirilmesi

Odak uyaran: Bakım verenlerde odak uyaran kronik hastalığı bulunan hastalara bakım verme sorumluluğudur. Odak uyaran bakım verenlerin bu sorumlulukları ile başa çıkmak için fiziksel ve psikolojik kaynak aramaları için mevcut başa çıkma mekanizmalarının etkinleştirilmesinden sorumludur (Diaz ve Cruz 2017).

Durumsal uyaran: Odak uyaranın etkisini artıran durumsal uyaranlar cinsiyet, ırk, akrabalık, ilişki (yakınlık), bakım talepleri, bakım kaynaklı stresli yaşam olayları ve sosyal destek gibi faktörlerdir (Diaz ve Cruz 2017).

Olası uyaran: Mevcut durum üzerinde etkisi belirsiz olan çevresel faktörlerdir. Bu uyaranlar insan adaptif sisteminin davranışı üzerinde belirsiz bir etkiye sahiptir (Fawcett 2005).



Şekil 1.1. Araştırmanın kavramsal-teorik-deneysel çerçevesi (Lök ve ark 2020).

2.GEREÇ VE YÖNTEM

2.1.Araştırmanın Türü

Araştırma deneysel tipte, ön test- son test düzeninde tasarlanmış randomize kontrollü bir çalışmadır.

2.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Selçuk Üniversitesi (SÜ) Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri polikliniklerine 2019 Şubat- 2020 Şubat tarihleri arasında (son 1 yıl) başvuran hastaların bakım verenleri ile gerçekleştirildi. Psikiyatri Polikliniği E blok zemin katta bulunmaktadır. İçerisinde 4 ana polikliniğin yanı sıra duygudurum bozuklukları polikliniği ve uyku polikliniği olmak üzere özelleşmiş poliklinikler de bulunmaktadır. Poliklinikler günlük ortalama 80-100 hastaya hizmet vermektedir. Polikliniklerde altı öğretim üyesi, on beş araştırma görevlisi hekim, iki psikolog, bir hemşire, bir yardımcı personel ve iki sekreter görev yapmakta olup; hasta muayeneleri 08.30-17.00 saatlerinde yapılmaktadır.

2.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini SÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine son bir yıl içinde başvuran, mental bozuklukların tanısal ve istatistiksel el kitabına (DSM-V) göre şizofreni tanısı alan hastaların bakım verenleri oluşturmuştur.

Araştırmada örneklem büyüklüğü hesaplanmamış olup belirtilen tarihlerde hastaneye başvuran 198 şizofreni hastası evren olarak kabul edilmiştir. Çalışmanın dâhil etme kriterlerine uymayan 96, ulaşılamayan 28 ve çalışmaya katılmayı reddeden 37 birey olduğu belirlenmiştir. Sonuç olarak araştırmanın örneklemini deney grubunda 17 ve kontrol grubunda 20 olmak üzere toplam 37 bakım veren oluşturmuştur.

2.4.Çalışma Grubu Seçim Kriterleri

Araştırmaya alınma kriterleri: Katılımcının; 18 yaş ve üzeri olması, **e**n az okuryazar olması**,** en az 1 yıldır şizofreni hastası ile birlikte yaşıyor olması**,** android işletim sistemine sahip cep telefonu kullanıyor olması**.**

Araştırmadan dışlama kriterleri: Katılımcının; eşlik eden benzer bir programa katılıyor olması, herhangi bir kronik ruhsal hastalığa sahip olması, işitme-anlama-konuşma problemi olması.

Araştırmadan çıkarılma kriterleri: Katılımcının; program devam ederken ruhsal hastalık tanısı alması**,** bakım verdiği hastanın kaybını yaşaması**,** bakım veren rolünü kaybetmesi.

Araştırmaya alınma ve araştırmadan dışlama kriterlerine uygun 37 bakım veren çalışma grubunu oluşturmuştur (Bkz. Şekil 2.2).

2.5.Araştırmanın Değişkenleri

2.5.1.Kontrol Değişkenleri

- ✓ Kişisel Bilgi Formu (KBF) (Bkz. Ek-A): **(**Bakım verene ait özellikler: Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yerleşim yeri, çalışma durumu, algılanan gelir durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi. Hastaya ait özellikler: Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, hastalık süresi, hastanın yaşadığı evde yaşayan kişi sayısı).

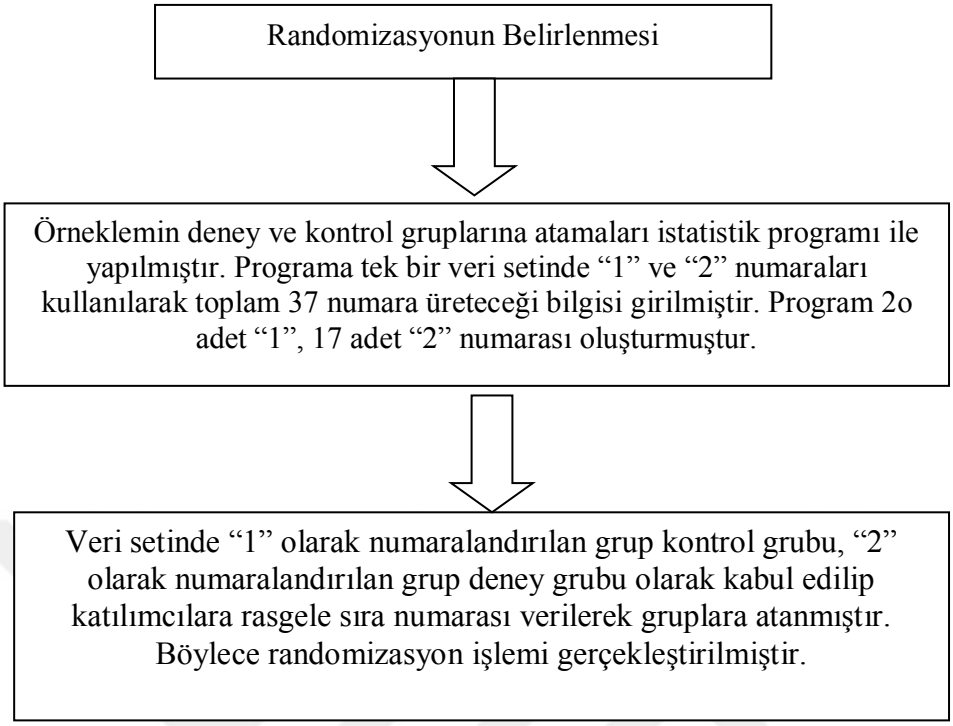
2.5.2.Bağımsız değişkenler

- ✓ RAM' a Temellendirilmiş Mobil Psikoeğitim Programı (Bkz. Ek-B)

2.5.3.Bağımlı değişkenler:

- ✓ Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçek Puan Ortalaması
- ✓ Duygu Dışavurumu Ölçek Puan Ortalaması
- ✓ Zarit Bakıcı Yükü Ölçek Puan Ortalaması

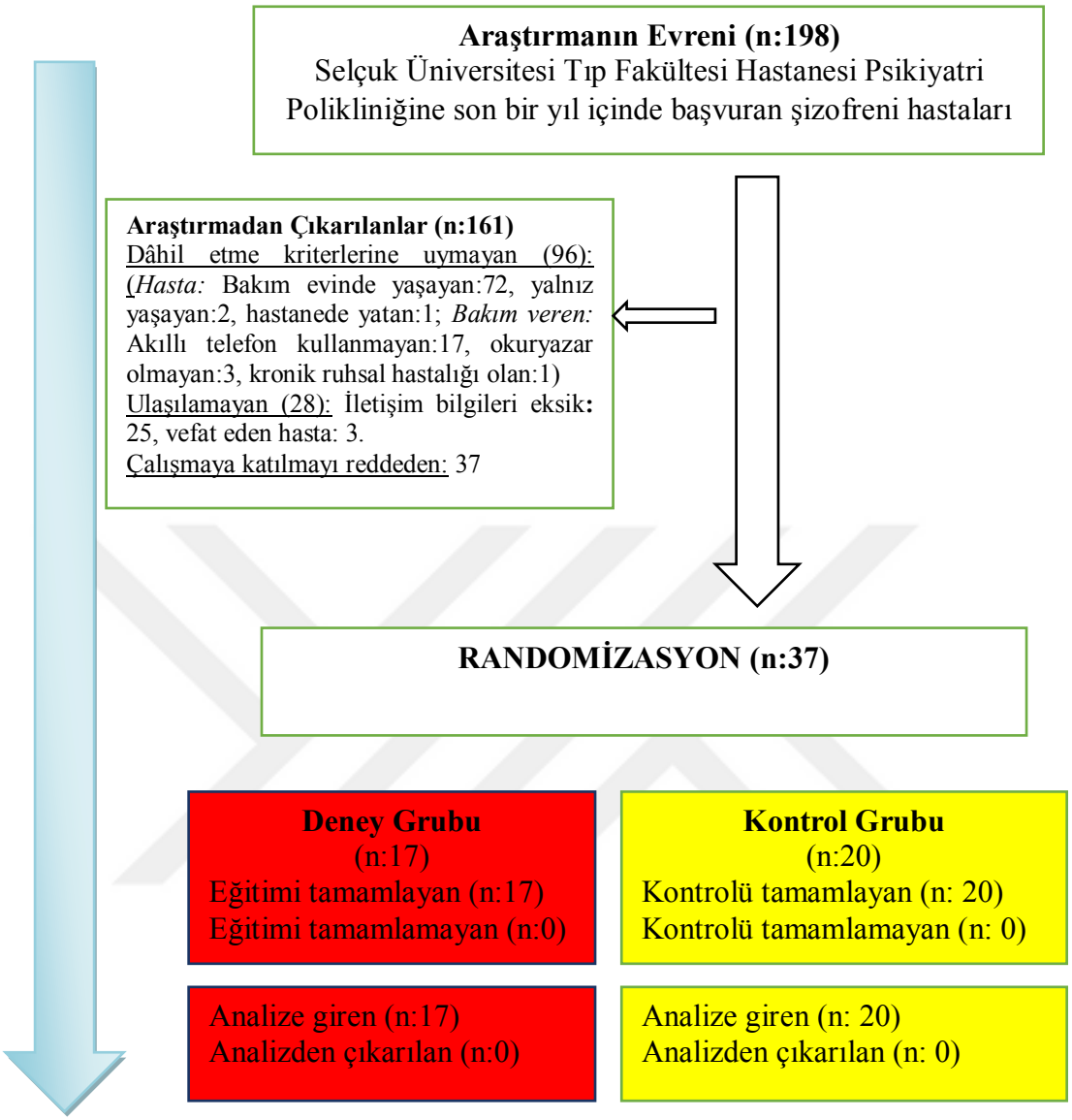
2.6.Randomizasyon



Şekil.2.1. Randomizasyonun belirlenmesi.

Çalışmanın randomizasyon işlemi Şekil 2.1' de verilmiştir. Katılımcılar deney ve kontrol gruplarına basit randomizasyon yöntemi ile atanmıştır (http://www.randomizer.org). Tek bir veri setinde 1 ve 2 numaraları kullanılmış; "1" kontrol grubu, "2" deney grubu kabul edilip katılımcılara rasgele sıra numarası verilerek gruplara atanmıştır (Bkz. Ek-C).

Hastane kayıtları incelenerek araştırmanın evreni (n:198) belirlendikten sonra bakım verenlere hastane ortamında ve hastanedeki kayıt bilgilerinden telefon numaraları elde edilerek ulaşılmış; bakım verenlerle görüşülerek araştırmaya alınma ve araştırmadan dışlanma kriterleri açısından değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmede 72 hastanın bakım evinde kaldığı, 2'sinin yalnız yaşadığı, 1'inin hastanede yattığı; 17 bakım verenin mobil uygulamayı destekleyen akıllı telefona sahip olmadığı, 3'ünün okuryazar olmadığı, 1'inin kronik ruhsal hastalığa sahip olduğu belirlendi. Ayrıca 25 bakım verene iletişim bilgileri eksik olduğu için ulaşılamazken 3 hastanın vefat ettiği belirlenmiş, 37 bakım veren de araştırmaya katılmayı reddetmiş; sonuç olarak araştırmanın çalışma grubu 37 olarak belirlenmiştir (Şekil 2.2).



Şekil 2.2. Consort şeması.

2.7.RAM Temelli Mobil Psikoeğitim Programı ve Araştırma Uygulama Basamakları

2.7.1.RAM Temelli Mobil Psikoeğitim Programı

RAM'a temellendirilmiş mobil psikoeğitim programının içeriği Tablo 2.1.'de verilmiştir.

Tablo 2.1.Mobil psikoeğitim programı içeriği.

Hafta	Konu Başlığı	Eğitim İçeriği	RAM Alanları
1.Hafta	Konu 1: Hastalık bilgisi	-Şizofreni nedir -Görülme sıklığı, nedenleri, belirtiler, seyir, tanı	Benlik Kavramı Rol Fonksiyon Karşılıklı Bağlılık
2.Hafta	Konu 2: Şizofrenide kullanılan tedavi yöntemleri	-İlaçlar -Elektro Konvülsif Tedavi -Psikososyal tedaviler	Benlik Kavramı Rol Fonksiyon Karşılıklı Bağlılık
3.Hafta	Konu 3: İlaçlar ve yan etkileri	-Antipsikotiklerin etki mekanizması -Düzenli ilaç kullanmanın önemi -Antipsikotiklerin yan etkileri	Benlik Kavramı Rol Fonksiyon Karşılıklı Bağlılık
4.Hafta	Konu 4: Erken belirtileri tanıma	-Erken belirtileri tanımanın önemi -Şizofrenide erken belirtileri tanımlama	Benlik Kavramı Rol Fonksiyon Karşılıklı Bağlılık
5.Hafta	Konu 5: İyileşme	-İyileşmenin tanımı -İyileşmeyi olumlu etkileyen faktörler -İyileşmeyi olumsuz etkileyen faktörler	Benlik Kavramı Rol Fonksiyon Karşılıklı Bağlılık
6.Hafta	Konu 6: Hastaya karşı tutum ve duygu dışavurumu	-Duygu dışavurumunun tanımı, türleri -Yüksek duygu dışavurumunun etkileri -Hastaya karşı tutum	Benlik Kavramı Rol Fonksiyon Karşılıklı Bağlılık
7.Hafta	Konu 7: Öfke ve öfke kontrol yöntemleri	-Öfkenin özellikleri, nedenleri -Öfkenin olumlu ve olumsuz işlevleri -Öfke yönetimi	Benlik Kavramı Rol Fonksiyon Karşılıklı Bağlılık
8.Hafta	Konu 8: Değerlendirme	-Değerlendirme bölümü önceki haftaların eğitim içeriklerinin özeti şeklindedir. Önceki konuların temel bilgileri verilerek katılımcıların öğrendiklerini düşünmesi; bu sayede anlamadıkları ve eksik kaldıkları konuların farkına varmaları amaçlandı.	Benlik Kavramı Rol Fonksiyon Karşılıklı Bağlılık

2.7.2.RAM Temelli Mobil Psikoeğitim Programının Araştırma Uygulama Basamakları

Hazırlık aşaması: Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Özkan 2011, Çabuk 2014, Yiğit 2015, Amaresha ve ark 2018, Prabhu ve ark 2019) bakım verenleri şizofreni hakkında bilgilendirmek, bu sayede bakım verme rolüne bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuz etkileri ortadan kaldırmak amacı ile oluşturuldu. RAM'ın adaptif alanları olan benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağılılık alanlarında bakım verenleri güçlendirmeyi amaçlayan programın içeriği Tablo 2.1' de verilmiştir. Her bir eğitim 7-15 dakika sürmektedir. Eğitim içeriğinin kapsam geçerliliğini sağlamak için Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı (AD) (4), RAM hakkında deneyim sahibi olan Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği AD (1) ve İç Hastalıkları Hemşireliği AD (1)' den olmak üzere toplam altı uzmanın görüşleri alınmıştır.

Eğitim içeriği, araştırmacı tarafından powerpointe dönüştürülüp powerpointteki içerikler bir seslendirme sanatçısı tarafından seslendirilmiştir. Powerpointler hazırlanırken tek slaytta 5-6 satırı geçmemeye dikkat edilmiş, yazıların net okunabilmesi için arka plan rengi ile metin renginde karşıt renkler (beyaz-siyah) kullanılmıştır. Powerpoint sunumu ile seslendirmenin birleştirilmesi ile içerik, video dosyası haline getirilmiştir. Bu sayede katılımcıların eğitimi hem izleyebilmeleri hem de dinleyebilmeleri sağlanarak anlamayı kolaylaştırmanın yanı sıra eğitim etkisinin artırılması amaçlanmıştır. Eğitim yöntemi olarak mobil uygulamanın seçilme nedeni ise zaman ve mekân kısıtlamasını ortadan kaldırması, maliyet etkin bir yöntem olması ve iş yükünü azaltma potansiyeli olmasıdır.

Mobil programın, android işletim sistemi ile uyumlu telefonlarda kullanılabilir olduğu ve programın çalışabilirliğini değerlendirebilmek amacı ile çalışmaya başlamadan önce android işletim sistemi destekli 10 farklı model telefonda ön uygulama yapılmıştır. Programın kullanılabilir ve çalışır durumda olduğu belirlenmiştir.

Eğitimin içeriği oluşturulurken RAM temel alınarak bakım verenlerin adaptif alanlarda güçlendirilmeleri hedeflenmiştir. Modelde dört adaptif alanın iç içe olduğu ve bir alandaki değişimin diğer alanları da etkilediği belirtilmektedir. Mobil

psikoeğitimin; benlik kavramı alanı, rol fonksiyon alanı ve karşılıklı bağlılık alanlarına direkt; fizyolojik alana ise dolaylı olarak katkı sağlayabileceği düşünülmektedir.

Uygulama aşaması: Bu aşamada deney ve kontrol gruplarına veri toplama formları hastane ortamında elden, whatsapp, e-mail ve kargo olmak üzere çeşitli yollarla ulaştırılmıştır. Katılımcıların formları doldurup araştırmacıya hastane ortamında elden, whatsapp ve e-mail yolu ile teslim etmesi ile ön test verileri toplanmıştır. Ardından deney grubundaki katılımcıların telefonlarına mobil uygulamayı yükleyebilecekleri link whatsapp aracılığı ile gönderilmiş ve deney grubundaki tüm katılımcılar uygulamayı telefonlarına yüklemiştir. Mobil uygulamayı, telefonu destekleyen herkes indirebiliyor ve kullanmak için herhangi bir ücret ödemek, kullanıcı adı oluşturmak vb. gerekmiyordu.

Deney grubundaki katılımcıların uygulamayı telefonlarına indirdirmesini takip eden 8 hafta boyunca araştırmacı tarafından mobil uygulamaya haftada bir kez pazartesi günleri eğitim içeriği yüklenmiştir. Her bir eğitim yüklendikten sonra uygulama aracılığı ile katılımcıların telefonlarına bildirim gönderilerek eğitimin yüklendiğinden haberdar olmaları sağlanmıştır. Ayrıca, araştırmacı, çalışma süresi boyunca katılımcılar ile whatsapp aracılığı ile iletişim halinde kalarak her hafta eğitimi izlemelerini sağlamıştır.

Mobil psikoeğitimin uygulama aşamasından sonra (8. hafta sonunda ilk pazartesi günü) son test verileri whatsapp ve e-mail aracılığı ile toplanmıştır.

2.8.Veri Toplama Araçları

2.8.1.Kişisel Bilgi Formu (KBF): Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda geliştirilen (Annisa 2016, Batra ve ark 2016, Srikhachin ve ark 2016, Algönül 2017) KBF iki bölümden oluşmaktadır. **Birinci bölüm,** bakım verene ait özellikleri sorgulayan (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, yaşanılan yerleşim yeri, herhangi bir işte çalışma durumu, algılanan gelir durumu, hasta ile yakınlık derecesi, bakım verme süresi) dokuz sorudan oluşmaktadır. **İkinci bölüm** ise, bakım alan hastaya ait özellikleri sorgulayan (cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim durumu, hastalık süresi, hastanın yaşadığı evde yaşayan kişi sayısı) altı sorudan oluşmaktadır.

2.8.2.Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği (Bkz. Ek-D): Yüksel tarafından 2008 yılında geliştirilmiştir. Ölçek hastalığın etiyolojisi, semptomları, prognoz ve seyirde ailenin rolü, hastalığın gidişatı, psikososyal ve medikal tedaviler ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ölçekte toplam 41 soru bulunmaktadır. İlk 40 soru "Doğru" ve "Yanlış" olarak iki şıktan oluşmakta olup "Doğru" olarak işaretlenen her soru için 1 puan alınmaktadır. 41. soru ise katılımcılara şizofreni hakkındaki bilgilerini değerlendirmeyi amaçlayan 7'li Likert tipi bir soru olup bu soru puanlamaya dâhil edilmemektedir. Ölçekten en az 0 en yüksek 40 puan alınabilir. Ölçeğin kesme puanı yoktur. Ölçekten alınan puanın artması bilgi düzeyinin arttığını gösterir. Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa 0,81 olarak hesaplanmıştır (Yüksel 2008). Bu çalışmada ise Cronbach alpha değeri 0,91 olarak hesaplanmıştır.

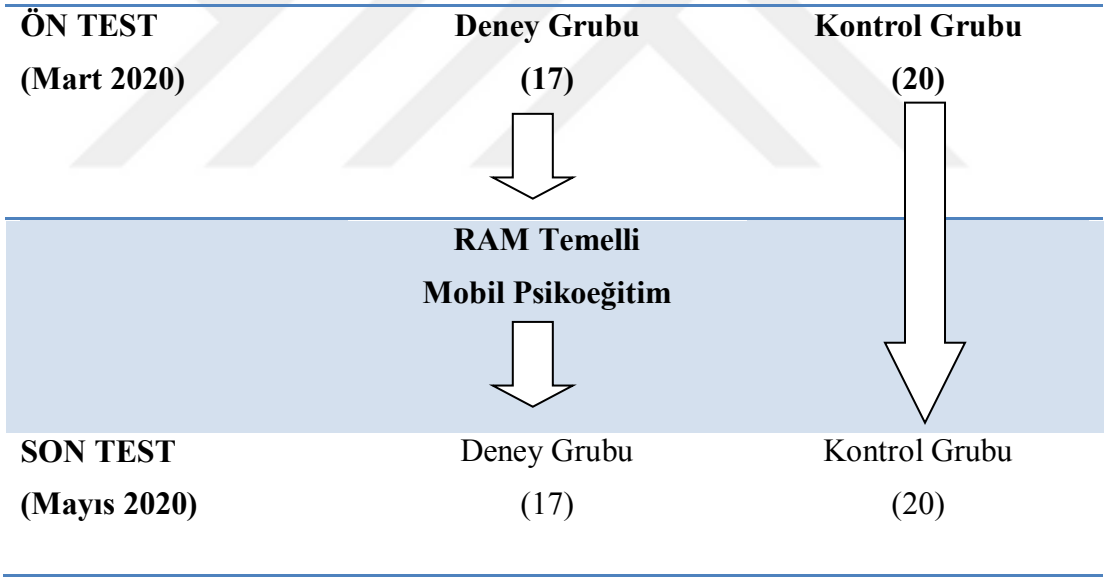
2.8.3.Duygu Dışavurumu Ölçeği (Bkz. Ek-E): Ölçek 1988 yılında Cole ve Kazarian tarafından geliştirilmiştir (Cole ve Kazarian 1988). Türkçe geçerlik ve güvenirliği ise Berksun (1992) tarafından yapılmıştır. Ölçek hasta yakınlarının kişilerarası ilişkilerinde kendini ve hastasını algılayışına dayanıp ilişkilerde etkileşime eşlik eden duygusal tonu ölçmek için geliştirilmiştir. Toplam 41 sorudan oluşan ölçeğin düşmancıl/eleştirel olma (29 madde) ve aşırı ilgili/koruyucu/kollayıcı/müdahaleci oluş (12 madde) olmak üzere 2 alt boyutu bulunmaktadır. Ölçekteki sorular "doğru" (D) ve "yanlış" (Y) şeklinde şıklara sahip olup "D" olarak işaretlenen her sorudan 1 puan; "Y" olarak işaretlenen her sorudan ise 0 puan alınmaktadır. 3, 8, 14, 28, 30, 36, 38,39, 41. sorular ise ters puanlanmaktadır (Berksun 1992). Ölçeğin tümünden en fazla 41, en düşük 0 puan alınabilir. Ölçekte kesme puanı olmayıp ölçekten alınan puan arttıkça bakım verenin duygu dışavurumunun arttığı belirtilmektedir. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığı Kuder Richardson-20 formülü ile araştırılmış güvenirlik katsayısı 0,89 olarak bulunmuştur (Algönül 2017). Bu çalışmada ise Cronbach alpha değeri 0,80 olarak hesaplanmıştır.

2.8.4.Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği (Bkz. Ek-F): Ölçeğin orjinali Zarit ve arkadaşları tarafından 1980 yılında Alzheimer hastalarına bakım veren bireylerle geliştirilmiş olup, 29 maddeden oluşmaktadır. Ölçek; bakıcının sağlığı, psikolojik iyilik hali, mali durum, sosyal yaşam ve bakıcı ile engelliler arasındaki ilişki gibi sorunları kapsamaktadır (Zarit ve ark 1980). Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliği ise İnci ve Müyesser tarafından (2008) yapılmış olup 22 maddeden oluşur. Ölçek Likert tipi bir

ölçek olup sorular "asla, bazen, nadiren, sık sık ya da hemen her zaman" şeklinde cevaplardan oluşmaktadır. Her soruda alınabilecek puanlar 0-4 arasında olup toplamda 0-88 arası puan alınabilmektedir. Ölçekte kesme puanı olmayıp ölçekten alınan puanın artması bakım yükünün arttığını göstermektedir. Uyarlama çalışmasında ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri 0,95 olarak bulunmuştur. (İnci ve Müyesser 2008). Bu çalışmada ise Cronbach alpha değeri 0,89 olarak hesaplanmıştır.

2.9.Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan veri toplama formları bakım verenlere hastane ortamında elden, whatsapp, e-mail ve kargo yolu ile ulaştırılmıştır. Bakım verenler kendilerine verilen/gönderilen formları doldurduktan sonra elden, whatsapp ve e-mail yolu ile araştırmacıya ulaştırmıştır. Araştırmanın ön test verileri Mart 2020; son test verileri ise Mayıs 2020'de toplanmıştır (Bkz. Şekil 2.3).



Şekil 2.3. Veri toplama şeması.

2.10.Verilerin Analizi

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS 20 (Statistical Package for the Social Sciences 20) paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı analizlerde sayı, yüzde, ortalama ve standart sapma değerlerinden yararlanılmıştır. Normal dağılıma uygunluk Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiştir. Verilerin normal dağılıma uygun olduğu belirlendiği için parametrik testler kullanılmıştır. Deney ve kontrol

grubundaki bakım verenler ve hastalarının sosyo-demografik özellikler açısından benzer olup olmadıklarını belirlemek için bağımsız gruplarda t testi ve ki kare kullanılmıştır. Grupların ön test- son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda t testi, gruplar arası ön test- son test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Anlamlılık $p<0,05$ olarak değerlendirilmiştir.

Etki büyüklükleri ve güç analizleri GPower 3.1.9.2 programı kullanılarak hesaplanmıştır.

2.11.Etki Büyüklüğü ve Güç

Etki büyüklüğünün hesaplanmasında bu çalışmada kullanılan üç ölçeğin puan ortalamaları ve standart sapmaları ile bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır. Bu çalışmada kullanılan ölçüm araçlarında en yüksek etki büyüklüğü "Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği"nde (Cohen d): 0,79 olarak hesaplanmış ve büyük etkili olarak değerlendirilmiştir (Cl:0,673-0,841) (Cohen 1988). Arıca, her ölçek için ayrı ayrı etki büyüklüğü ve güç analizi yapılmıştır (Bkz. Tablo 2.2).

Tablo 2.2.Etki büyüklüğü ve güç analizi sonuçları.

Ölçekler	Etki büyüklüğü	Güç Analizi Sonuçları
Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği	0,79	0.76
Duygu Dışavurumu Ölçeği	0.35	0.27
Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği	0.43	0.36

Etki büyüklükleri ve güç analizleri GPower 3.1.9.2 programı kullanılarak hesaplanmıştır.

2.12.Araştırmanın Etik ve Yasal Boyutu

Çalışmanın yapılabilmesi için SÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan Etik Kurul izni (Tarih: 25.09.2019, Toplantı no: 11, Karar no: 1224) (Bkz. Ek-G), SÜ Tıp Fakültesi Hastanesinden kurum izni (Tarih: 08.01.2020, Sayı: E.2503) (Bkz. Ek-H), hasta yakınlarından yazılı izin (Bkz. Ek-I ve Ek-J) ve ölçeklerin kullanımı için ölçek yazarlarından mail yolu ile izin (Bkz. Ek-K) alınmıştır. Ayrıca araştırma tamamlandıktan sonra "RAM temelli mobil psikoeğitim" uygulaması kontrol grubundaki katılımcılar ile paylaşılmıştır.

2.13.Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu çalışmanın bulguları, çalışmaya katılan 37 hasta yakını ile sınırlıdır, genellenemez. Çalışmamızda RAM temelli mobil psikoeğitim aracılığı ile bakım verenlerin "fizyolojik alan"da uyumlarını artırmaya yönelik bir girişim yapılmamıştır. Ayrıca, android işletim sistemini desteklemeyen akıllı telefon kullanan bireylerin çalışmaya dâhil edilmemesi ve her hastanın tek bir bakım vereninin çalışmaya alınmasının örneklemi sınırlandırmış olabileceği düşünülmektedir (Özkan ve Kaya 2015).

2.14.Araştırma Sürecinin Akış Şeması

Araştırma sürecine ait akış şeması Şekil 2.4' de verilmiştir.

Süreç/Tarih	**Temmuz 2019**	**Eylül 2019**	**Aralık 2019**	**Ocak 2020**	**Şubat 2020**	**Mart 2020**	**Nisan 2020**	**Mayıs 2020**	**Haziran 2020**	**Temmuz 2020**	**Aralık 2020**	**Hazran 2021**
Tez önerisi												
Tez izleme raporları												
Etik kurul izni												
Eğitim içeriğini oluşturma												
Mobil uygulama geliştirme												
Veri toplama												
Verilerin analizi												
Tez savunması												

Şekil 2.4. Araştırmanın akış şeması.

3. BULGULAR

Bu bölümde araştırma bulguları dört başlık altında ele alınmıştır:

3.1.Bakım Verenler ve Hastalara ait Sosyo-demografik Bulgular

3.2.Bakım Verenlerin Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği Puan Ortalamalarına ait Bulgular

3.3. Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Ölçeği Puan Ortalamalarına ait Bulgular

3.4. Bakım Verenlerin Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarına ait Bulgular

3.1.Bakım Verenler ve Hastalara ait Sosyo-demografik Bulgular

Tablo 3.1.Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	**Deney (n: 17)**		**Kontrol (n: 20)**			
	Ort. ± SS		**Ort. ± SS**		**t**	**p**
Yaş	49,47 ± 13,57		50,35 ± 14,93		-0,19	0,86*
Bakım süresi	12,65 ± 8,70		13,55 ± 9,02		-0,31	0,83*
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**X^2**	**p**
Cinsiyet					0,23	0,63**
Erkek	9	52,9	9	45		
Kadın	8	47,1	11	55		
Medeni durum						0,10***
Bekâr	1	5,9	6	30		
Evli	16	94,1	14	70		
Eğitim durumu					1,30	0,25**
Ortaokul ve altı	10	58,8	8	40		
Lise ve üzeri	7	41,2	12	60		
En uzun süre yaşanılan yer					0,06	0,82**
İl	10	58,8	11	55		
İlçe*köy-kaza	7	41,2	9	45		
Çalışma durumu					0,06	0,82**
Çalışmıyor	10	58,8	11	55		
Çalışıyor	7	41,2	9	45		
Gelir durumu						1,00***
Kötü- Orta	14	82,4	17	85		
İyi	3	17,6	3	15		
Akrabalık durumu					0,45	0,80**
Eş	6	35,3	6	30		
Anne-baba	6	35,3	6	30		
Kardeş, diğer	5	29,4	8	40		

*Bağımsız gruplarda t testi, ** ki kare, *** fisher's exact

Bakım verenlerin sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular Tablo 3.1'de verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki bireylerin **yaş, bakım süresi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, en uzun süre yaşanılan yer, çalışma durumu, gelir durumu, akrabalık durumuna** göre dağılımları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

Tablo 3.2.Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin hastalarının tanımlayıcı özelliklerine göre dağılımlarının karşılaştırılması.

Değişkenler	**Deney (n: 17)**		**Kontrol (n: 20)**			
	Ort. + SS		**Ort. + SS**		**t**	**p**
Yaş	42,82 ± 15,75		45,40 ± 14,20		-0,52	0,60*
Hastalık süresi	18,18 ± 13,66		16,70 ± 9,84		0,38	0,71*
	Sayı	**Yüzde**	**Sayı**	**Yüzde**	**X^2**	**p**
Cinsiyet					0,29	0,59**
Erkek	7	41,2	10	50		
Kadın	10	58,8	10	50		
Medeni durum						0,94***
Bekâr- dul	10	58,8	12	60		
Evli	7	41,2	8	40		
Eğitim durumu					0,03	0,86**
Ortaokul ve altı	8	47,1	10	50		
Lise ve üzeri	9	52,9	10	50		
Evde kaç kişi yaşıyor					1,96	0,16**
1-3	8	47,1	5	25		
4 ve üzeri	9	52,9	15	75		

*Bağımsız gruplarda t testi, ** ki kare, *** fisher's exact

Bakım verilen hastaların sosyo-demografik özelliklerine ait bulgular Tablo 3.2' de verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin hastalarının **yaş, hastalık süresi, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu ve evde yaşayan kişi sayısına** göre dağılımları karşılaştırıldığında, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0,05).

3.2.Bakım Verenlerin Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği Puan Ortalamalarına ait Bulgular

Tablo 3.3.Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin Şizofreni Hakkında Bilgi puan ortalamalarının ön test-son test ölçümlerine göre dağılımı.

Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test ve p değeri
Ön test (Ort+SS)	29,82 ±2,43	29,50 ± 3,28	t: 0,34 p: 0,74**
Son test (Ort+SS)	32,12 ± 3,31	29,75 ± 3,06	t: 2,26 **p:0,03****
Test ve p değeri	**t: 2,33 p: 0,01***	t: 1,754 p: 0,70*	

*Bağımlı gruplarda t testi, **Bağımsız gruplarda t testi

Bakım verenlerin Şizofreni hakkında bilgi ölçeği ön test-son test puanlarının dağılımına ait bulgular Tablo 3.3' de verilmiştir.

Katılımcıların şizofreni hakkında bilgi ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunun RAM temelli mobil psikoeğitim sonrası ölçek puan ortalamalarının arttığı ve farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunun ise RAM temelli mobil psikoeğitim sonrası ölçek puan ortalamalarının anlamlı düzeyde değişmediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Gruplar arası puan dağılımlarına bakıldığında ise deney ve kontrol grubunun ön test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı ($p>0,05$), son test puan ortalamaları arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0,05$).

3.3.Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Ölçeği Puan Ortalamalarına ait Bulgular

Tablo 3.4.Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin Duygu Dışavurumu puan ortalamalarının ön test-son test ölçümlerine göre dağılımı.

Duygu Dışavurumu Ölçeği		Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test ve p değeri
Düşmancıl/eleştirel olma	Ön test (Ort+SS)	8,16 ± 5.49	8,08 ± 5,87	t:0,05 p:0,96**
	Son test (Ort+SS)	7,20 ± 4.74	6,57 ± 4,89	t:0,40 p:0,70**
Test ve p değeri		t: 1,22 p:0,24*	t: 1,94 p:0,67*	
Aşırı ilgili/koruyucu/ kollayıcı/müdahaleci oluş	Ön test (Ort+SS)	7,28 ± 2,78	7,90 ± 2,33	t:-0,74 p:0,47**
	Son test (Ort+SS)	6,12 ± 2,98	7,40 ± 2,37	t:-1,46 p:0,15**
Test ve p değeri		t: 1,96 p:0,07*	t: 1,93 p:0,69*	
Toplam Puan	Ön test (Ort+SS)	15,44 ± 6,28	15,97 ± 6,32	t:-0,26 p:0,80**
	Son test (Ort+SS)	13,32 ± 5,97	13,97 ± 5,64	t:-0,34 p:0,73**
Test ve p değeri		**t:2,26 p:0,04***	**t:1,23 p: 0,03***	

*Bağımlı gruplarda t testi, **Bağımsız gruplarda t testi

Bakım verenlerin Duygu Dışavurumu ölçeği ve alt boyutları ön test-son test puanlarının dağılımına ait bulgular Tablo 3.4' de verilmiştir.

Katılımcıların duygu dışavurumu ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunun RAM temelli mobil psikoeğitim sonrası ölçek alt boyutları için puan ortalamalarının değişmediği ($p>0.05$), toplam ölçek puan ortalamalarının ise azaldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Kontrol grubunun da benzer şekilde ölçek alt boyutları için puan ortalamalarının değişmediği ($p>0.05$), toplam ölçek puan ortalamalarının ise azaldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Gruplar arası puan dağılımlarına bakıldığında ise deney ve kontrol grubunun hem alt boyutlar hem de toplam ön test- son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

3.4.Bakım Verenlerin Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarına ait Bulgular

Tablo 3.5.Deney ve kontrol grubundaki bakım verenlerin Bakım Yükü puan ortalamalarının ön test-son test ölçümlerine göre dağılımı.

Bakım Yükü Ölçeği	Deney Grubu	Kontrol Grubu	Test ve p değeri
Ön test (Ort+SS)	31,36 ± 14,93	31,61 ± 15,85	t:-0,05 p:0,96**
Son test (Ort+SS)	25,18 ± 13,89	29,55 ± 16,35	t:-0,87 p:0,39**
Test ve p değeri	**t:2,84 p:0,01***	t:0,96 p:0,35*	

*Bağımlı gruplarda t testi, **Bağımsız gruplarda t testi

Bakım verenlerin Bakım Yükü ölçeği ön test-son test puanlarının dağılımına ait bulgular Tablo 3.5' de verilmiştir.

Katılımcıların bakım yükü ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde, deney grubunun RAM temelli mobil psikoeğitim sonrası ölçek puan ortalamalarının azaldığı ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubunun ise RAM temelli mobil psikoeğitim sonrası ölçek puan ortalamalarının anlamlı düzeyde değişmediği belirlenmiştir ($p>0,05$).

Gruplar arası puan dağılımlarına bakıldığında ise deney ve kontrol grubunun ön test- son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir faklılık olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

4.TARTIŞMA

Bu çalışmada ruhsal hastalıklarda yaygın olarak kullanılan yüz yüze bireysel veya grup psikoeğitimlerden farklı olarak RAM' a temellendirilmiş psikoeğitim, akıllı telefon uygulaması aracılığı ile verilmiştir. RAM temelli mobil psikoeğitim öncesi ve sonrasında değerlendirmeler yapılarak şizofreni hastalarının bakım verenlerinde hastalık hakkında bilgi düzeyinde artış; duygu dışavurumu ve bakım yükünde azalma sağlanması hedeflenmiştir.

Bu bölümde RAM temelli mobil psikoeğitim alan deney grubu ile eğitimi almayan kontrol grubundaki bireylerin "Hastalık Hakkında Bilgi", "Duygu Dışavurumu" ve "Bakım Yükü" puanlarının karşılaştırılmasından elde edilen bulgular;

4.1.Bakım Verenlerin Hastalık Hakkında Bilgi Düzeylerinin Tartışılması
4.2.Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Düzeylerinin Tartışılması
4.3.Bakım Verenlerin Bakım Yükü Düzeylerinin Tartışılması olmak üzere üç başlık altında sunulmuştur.

4.1.Bakım Verenlerin Hastalık Hakkında Bilgi Düzeylerinin Tartışılması

Bu çalışmada şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan RAM temelli mobil psikoeğitim sonrası deney grubunun şizofreni hakkında bilgi düzeylerinin anlamlı düzeyde arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Bu sonuç $\mathbf{H1_1}$: "RAM temelli mobil psikoeğitim uygulanan müdahale grubunun hastalık hakkında bilgi düzeyi kontrol grubundan daha yüksektir" hipotezini doğrulamaktadır.

RAM'a göre baş etme mekanizmaları düzenleyici baş etme ve bilişsel-duyuşsal baş etme sistemlerinden oluşur (Alligood 2013). Bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmaları özellikle bilgi edinme ve öğrenme gibi gibi stratejilerle geliştirilir (Fawcett 2005). Bu stratejiler bireyin uyum geliştirmesine katkı sağladığında uyumlu davranışlar ortaya çıkar (Baksi Şimşek ve Sarikaya 2015). Şizofreni hastalarına bakım verenlere verilen eğitimlerle beraber eğitim gereksinimlerinin karşılanması ile uyumsuz davranışların değiştirilebileceği, hastalık yönetimi ile baş etme konusunda yardımcı olunabileceği belirtilmektedir (Hasan ve ark 2014). Bu çalışmada deney grubundaki bireylerin benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarında adaptasyon düzeylerini artırmak amacı ile "hastalık bilgisi, şizofrenide kullanılan

tedavi yöntemleri, ilaçlar ve yan etkileri, erken belirtileri tanıma ve şizofrenide iyileşme" konularında eğitimler verilmiş; sonuç çıktılarını değerlendirmek için "Şizofreni hakkında bilgi ölçeği" kullanılmıştır. Sonuç olarak, deney grubunun bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmalarının güçlendirilmesi ile adaptasyon düzeylerinin arttığı söylenebilir. Bulgularımız konu ile ilgili literatürdeki diğer çalışmaların sonuçları ile uyumludur. RAM kullanılarak yapılan çalışmalarda hem farklı hasta gruplarının (Menekli ve Eyi 2017, Burucu 2019) hem de bakım verenlerin (Eren ve İskender 2019, Suassuna ve ark 2020) hastalık ve tedavi süreçlerine ilişkin bilgilerinin artırılarak adaptasyon düzeylerinin artırılabileceği gösterilmiştir. Literatür, RAM' ın bilgiyi geliştirmede önemli bir araç olarak kullanılabileceğini ve faydalı olduğunu göstermektedir.

Bu çalışmada eğitim verme aracı olarak kullanılan mobil uygulamaların kullanımdaki seyrekliğinin aksine, cep telefonu uygulamaları kullanılmadan verilen psikoeğitimlerin bilgi düzeyini geliştirmede etkililiğini gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Şizofreni hastalarının kardeşleri ile yapılan bir çalışmada girişim grubundaki katılımcılara ihtiyaç temelli kısa psikoeğitim uygulanmıştır. Çalışma sonucunda psikoeğitim uygulanan girişim grubunun şizofreni hakkında bilgi düzeyleri psikoeğitim uygulanmayan gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Çalışmada eğitimin hastalığın alevlenmesi, ilaç uyumu gibi konularda bilgiyi geliştirebileceği; hastalığın prodromal semptomlarını tanımada bakım verenin erken girişimde bulunmasını sağlayabileceği vurgulanmıştır (Amaresha ve ark 2018). Şizofreni hasta aileleri ile yapılan başka bir çalışmada psikoeğitim sonrası bireylerde hastalığın tanısı, nedenleri, gidişatı, tedavisi hakkında bilgi düzeylerinin anlamlı şekilde artığı saptanmıştır. Farklı büyüklükte ve sürelerde oturumların yapıldığı bu çalışmada daha az sayıda oturum yapılmasına rağmen küçük gruplarla yapılan eğitim daha etkili olarak bulunmuştur (Sota ve ark 2008). Şizofreni hastası bakım verenleri ile yapılan başka bir çalışmada eğitim öncesi hem deney hem de kontrol grubunun bilgi düzeyi yetersiz düzeyde iken eğitim sonrası sadece deney grubunda bilgi düzeyinin yeterli düzeye geldiği belirlenmiştir (Thimmajja ve Lazarus Rathinasamy 2019). Hasta ve bakım veren bireyler ile yapılan bir nitel çalışmada çalışma gurubuna eğitim kitapçıkları verilmiş, okuduklarını teyit etmek amacı ile telefon izlemleri yapılmıştır. Bakım verenler erken belirtileri tanıma veya gidişatın hastaneye yatışa doğru ilerlemesini önlemek için uygun eylemlerde bulunma

yeteneklerinde artma bildirmişlerdir. Ayrıca, akrabalarının sorunlarını ve stresi tetikleyen durumları yeniden tanımlayabildiklerini, esnek ve olumlu başa çıkma biçimlerini uyarlamalarını sağladıklarını belirtmişlerdir (Al-HadiHasan ve ark 2017).

Ancak, etkili olduklarını destekleyen kanıtlar bulunmasına rağmen hastaların yüzde 10' undan azı kanıta dayalı psikososyal girişimlere ulaşabilmektedir. Maliyet, coğrafi engeller ve damgalanma bu durumun nedenleri arasında sayılabilir (Alvarez-Jimenez ve ark 2012). Özellikle yüz yüze grup formatında sunulan psikoeğitimler bakım verme deneyimini, refahı ve sağlık sonuçlarını iyileştirmek için yerleşik bir kanıt temeli olmasına rağmen, geniş ölçekli uygulama ve erişim sınırlı kalmaktadır. Daha fazla esneklik ve daha geniş erişim için bu tür bir hizmetin internet üzerinden yapılması için bir talep olduğu belirtilmektedir (Sin ve ark 2019). Hindistan' da ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenleri ile yapılan bir çalışmada katılımcıların ruhsal hastalıklar hakkında yeterince bilgiye sahip olmadıklarını düşündükleri, akıllı telefonlar aracılığı ile bilgiye ulaşmaktan memnun olacaklarını bildirdikleri belirtilmiştir (Sinha Deb ve ark 2018). Şizofreni tanısı aldıktan sonra iş bulma ve sürdürme, sosyalleşme, belirsiz sosyal durumlarda tepki verme gibi davranışların terapi almasına rağmen üstesinden gelemeyen bir hasta bu konularda yardıma ihtiyacı olduğu için akıllı telefon uygulamalarından yararlanmaya başlamıştır. Hasta, bu uygulamalar aracılığı ile hastalığı hakkında bilgi edinmiş, semptomlarını izleyebilmiş; ayrıca bilişsel davranış becerileri, nefes alma ve gevşeme teknikleri, duyguları tanımayı öğrenmiştir. Çalışmada mekân sınırlaması olmadan eğitimlere ulaşılabildiği, gerekçeleri açıklamadan saniyeler içinde uygulamaların yüklenip kaldırılabildiği; bu sayede birden fazla uygulamanın denenebildiği, kullanımın eğlenceli bulunduğu, ayrıca damgalanma korkusu olmadan akıllı telefon ile ruh sağlığı hizmetlerine erişmenin güvenli ve rahat hissettirdiği belirtilmiştir (Sandoval ve ark 2017). Başka bir çalışmada, şizofreni hastalarında hastalık yönetimi için akıllı telefon müdahalesinin uygulanabilir ve kabul edilebilir olduğu ve sistemin klinik olarak yardımcı olabileceği belirtilmiştir. Ayrıca katılımcılar, yüksek düzeyde memnuniyet ve gelecekte akıllı telefon sistemini kullanmaya devam etmeye ilgi duyduklarını bildirmişlerdir (Ben-Zeev ve ark 2014).

Diğer uzun süreli hastalıklarda (demans, diyabet) daha iyi bir ivme yakalamış olan online metodların ruhsal hastalıklarda kullanımının henüz gelişme aşamasında

olduğu söylenebilir (Sin ve Norman 2013). Yardım istemeye yönelik bariyerleri azaltan ve ruhsal hastalıklarda desteği daha ulaşılabilir kılan ruh sağlığı mobil uygulamaları, ruhsal hastalıklarda bakım için gelecekte önemli bir rol oynama potansiyeline sahiptir. Ruh sağlığı sorunlarının öz yönetimine yönelik yenilikçi çözümler özellikle değerlidir, çünkü ruh hali veya kaygı sorunlarından muzdarip insanların sadece küçük bir kısmı profesyonel yardım istemektedir. İnsanlar sorunlarının farkında olsa ve yardım almaya açık olsalar bile, desteğe her zaman kolay -coğrafi, finansal veya sosyal olarak- erişemeyebilirler (Bakker ve ark 2016). Cep telefonlarının özellikleri -popülerlik, yaygın kullanım, düşük maliyet, taşınabilirlik, her zaman açık, gelişmiş multimedya yetenekleri- ruh sağlığı profesyonellerinin tedavideki potansiyellerini kullanmaları için birçok yol olduğu anlamına gelir. Bu önemli potansiyele rağmen, sadece az sayıda çalışma, ruhsal sağlık bakımının cep telefonu tabanlı müdahalelerle desteklenmesinin daha iyi kullanıcı sonuçlarına yol açıp açmadığını test etmiştir (Furber ve ark 2014).

4.2.Bakım Verenlerin Duygu Dışavurumu Düzeylerinin Tartışılması

Bu çalışmada RAM temelli mobil psikoeğitim sonucu hem deney grubu hem de kontrol grubunun duygu dışavurumu ölçeğinin düşmancıl/eleştirel olma ve aşırı ilgili/ koruyucu/kollayıcı/müdahaleci oluş alt boyutlarında ön test ve son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). Toplam puanın ise her iki grupta da istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde azaldığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Gruplar arası puan dağılımlarına bakıldığında ise deney ve kontrol grubunun hem alt boyutlar hem de toplam ön test- son test puan ortalamaları arasında anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Bu bulgu "**$H1_2$**: RAM temelli mobil psikoeğitim uygulanan müdahale grubunun duygu dışavurumu kontrol grubundan daha düşüktür" hipotezini desteklememektedir.

RAM temelli mobil psikoeğitim ile benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanlarında davranış değişiklikleri sağlanarak duygu dışavurumunun azaltılmasının amaçlandığı bu çalışmada duygu dışavurumu hem deney hem de kontrol grubunda anlamlı olarak azalırken gruplar arasında bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Ancak bu sonuca dayanarak RAM temelli mobil psikoeğitimin bakım verenlerde etkili olmadığı söylenemez. Eğitimin verildiği dönemde tüm dünyada etkisini gösteren koronavirüs pandemisi nedeni ile sokağa çıkma yasağı, iş yerlerinin

kapanması ve hastane kontrollerini erteleme gibi olağandışı sosyal olaylar yaşanmıştır. Yaşamın akışında meydana gelen bu ani ve radikal değişimler sonucu bireylerin tüm adaptif alanlarının etkilendiği, evde geçirilen zamanın artması nedeni ile eğitimler aracılığıyla geliştirilebileceği düşünülen hastaya karşı olan iletişim ve ilişkilerde pozitif değişimlerin sağlanamadığı düşünülmektedir. Her iki grubun duygu dışavurumlarının anlamlı düzeyde azalmasının nedeni ise pandeminin getirdiği yaşam değişikliklerine bağlı olarak bakım verenlerin odak noktalarının hastadan kayarak başka alanlara yönelmesi olabilir.

RAM'a göre birey, çevreden gelen uyaranlara karşı fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık alanları olmak üzere dört adaptasyon alanında davranışlar gösterir (Velioğlu 2012, Alligood 2013). Fizyolojik alan; oksijenasyon, beslenme, eliminasyon, aktivite ve dinlenme gibi temel fizyolojik ihtiyaçları sürdürmeyi amaçlar. Benlik kavramı, kişinin kendini nasıl algıladığına odaklanır, psikolojik ve ruhsal bütünlüğü vurgular. Rol fonksiyon, kişinin toplumdaki konumuna bağlı olarak birincil, sekonder ve tersiyer rollerinin gelişimi ve performansı anlamına gelir. Karşılıklı bağlılık ise, sosyal bütünlüğün korunmasına odaklanır ve önemli kişilerle tatmin edici ilişkilerin geliştirilmesi ve sürdürülmesinin altında yatan davranışları vurgular. RAM, insan ve çevre arasındaki etkileşimlerin karşılıklı olduğunu ve her ikisinde de değişikliklerin olabileceğini varsayar. Kişiye dışarıdan ve kişinin içinden gelen uyaranların, kişi ve çevre arasında bir etkileşim noktası olarak bir tepkiyi tetiklediğini öne sürer (Alkrisat ve Dee 2014). Pandemi ile beraber gelen yaşam tarzı değişiklikleri bireylerde tüm adaptif alanları etkilemiştir. Fizyolojik alanda aktivite ve dinlenme gibi ihtiyaçları gidermede kısıtlanma, benlik kavramı alanında koronavirüse yakalanma anksiyetesi veya ölüm korkusu gibi psikososyal sorunlar; rol fonksiyonu alanında özellikle sekonder ve tersiyer rolleri yerine getirememe; karşılıklı bağlılık alanında sosyal ilişkilerde meydana gelen değişimler nedeni ile katılımcıların adaptasyonları bozulmuş olabilir. Zira RAM' a göre çevresel koşullarda meydana gelen değişiklikler bireylerin davranışları ve gelişimini etkileyerek adaptif tepkilerini etkileyebilir (Ünsal 2017).

Yaptığımız literatür taraması sonucu RAM temelli mobil uygulama kullanılarak şizofreni hastalarının bakım verenlerine yönelik psikoeğitim çalışmasına rastlamadık. Ancak, konu ile ilgili çalışmalar incelendiğinde psikoeğitimlerin

etkinliğini değerlendirmede bulgularımızı destekleyen çalışmalar olmasına rağmen (Arslantaş ve ark 2009, Shiraishi ve ark 2019) literatürde çoğunlukla psikoeğitimin duygu dışavurumunu azalttığı yönünde sonuçlara rastlanmaktadır. Şizofreni hastalarına bakım veren bireylere psikoeğitimin uygulandığı bir çalışmada psikoeğitim sonrası bakım verenlerin duygu dışavurumunun azaldığı, herhangi bir müdahalede bulunulmayan kontrol grubundaki bakım verenlerin duygu dışavurumu puanlarının arttığı bulunmuştur (Bulut ve ark 2019). Hedef grubun şizofreni hastalarının bakım verenleri olduğu başka çalışmalarda da verilen psikoeğitim sonucu duygu dışavurumu puanlarında anlamlı düzeyde azalma meydana geldiği saptanmıştır (Moxon ve Ronan 2008, Prabhu ve ark 2019). İlk ataklarını geçiren şizofreni hastalarının aile üyelerine hastalık ve hasta hakkında bilgi verilen bir çalışmada eleştiri ve düşmanlık davranışının azaldığı saptanmıştır (Öksüz ve ark 2017). Diğer bir çalışmada psikoeğitim öncesi kontrol grubundan daha yüksek olan çalışma grubunun duygu dışavurumu puanlarının eğitim ve telefon görüşmeleri sonrasında anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır (Özkan ve ark 2013). Ancak bu çalışmaların çalışmamızdan farklı olarak pandemi döneminde yapılmadığı, RAM temelli olmadığı ve akıllı telefon uygulamaları aracılığı ile verilmediğini belirtmek gerekir. Sonuç olarak, web tabanlı müdahalelerin psikoz hastalarına bakım veren bireylerdeki potansiyel faydalarını belirlemek için klinik ve araştırma alanlarında çalışmaların yetersiz olduğunu söyleyebiliriz (Onwumere ve ark 2018) Ayrıca, literatür taramamızda RAM temelli mobil psikoeğitim uygulanarak bakım verenlerde duygu dışavurumunun değerlendirildiği çalışmaya da rastlamadık. Bu nedenle şizofreni hastalarına bakım veren bireylerde duygu dışavurumunu azaltmada RAM temelli ve mobil psikoeğitimlerin etkililiğini belirlemek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

4.3.Bakım Verenlerin Bakım Yükü Düzeylerinin Tartışılması

Bu çalışmada RAM' a temellendirilmiş mobil psikoeğitim sonucu deney ve kontrol gruplarının Bakım Yükü ön test- son test puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p>0,05$). Bu sonuçla "**$H1_3$**: RAM temelli mobil psikoeğitim uygulanan müdahale grubunun bakım yükü kontrol grubundan daha düşüktür" hipotezi doğrulanmamaktadır. Ancak deney gurubunda

eğitim sonrası bakım yükünün anlamlı olarak azaldığı ($p<0,05$); kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$).

RAM' a göre hemşire, müdahale programları aracılığı ile algıların değişmesi, bilginin oluşturulması, becerilerin geliştirilmesi ve problem çözme stratejilerinin kullanılmasını teşvik ederek uyuma yardımcı olur. Odak uyaran, ihtiyaçlarını karşılamak için kısmen veya tamamen bakım verenlere bağlı olan kronik hastalığı olan aile üyelerine bakım verme sorumluluğudur. Odak uyaran, bakım verenlerin bu sorumlulukla başa çıkabilmek için fiziksel ve psikolojik kaynakları aramak için mevcut baş etme mekanizmalarını harekete geçirmekten sorumludur (Diaz ve Cruz 2017). RAM temelli mobil psikoeğitimin kullanıldığı bu çalışmada hastalık bilgisi, şizofrenide kullanılan tedavi yöntemleri, ilaçlar ve yan etkileri, erken belirtileri tanıma, iyileşme, hastaya karşı tutum ve duygu dışavurumu, öfke ve öfke kontrol yöntemleri olmak üzere verilen eğitimlerde Fizyolojik alan hariç diğer tüm alanlarda (benlik Kavramı, rol fonksiyon ve karşılıklı bağlılık) güçlendirmeler sağlanarak bakım veren yükünün azaltılması hedeflendi. Sonuç çıktılarının değerlendirilmesinde "Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği" kullanıldı ve RAM temelli mobil psikoeğitimin şizofreni hastasına bakım veren bireylerde bakım yükünü azaltmada etkili bir yöntem olduğu saptandı. Ancak yapılan literatür taramasında sadece yurt dışında yapılan bir çalışmada RAM temelli eğitimin bakım yükü üzerine etkisinin incelendiği saptanmıştır. Kemoterapi alan kanser hastası çocukların annelerine RAM' ın bakım yüküne etkisini incelediği bu örnekte uyum eğitimi; kronik hastalıklarda ve bakım veren bireylerde fiziksel ve psikolojik sorunları kontrol etmek için noninvazif, nonfarmakolojik ve maliyet etkin bir yöntem olarak önerilmiştir. Pratik bir hemşirelik müdahalesi olarak tanımlanan modelin bakım yükünü azaltmakta etkili olduğu ve hastanın hastalığına uyumunu artırdığı bildirilmiştir (Hatami ve Hojjati 2019).

RAM ve akıllı telefon uygulamaları kullanılmamasına rağmen bakım yükünü azaltmada etkili olan çok fazla müdahale çalışması bulunmaktadır (Cheng ve Chan 2005, Gutierrez-Maldonado ve Caqueo-Urizar 2007, Sharif ve ark 2012, Tanriverdi ve Ekinci 2012, Tomas ve ark 2012, Fallahi Khoshknab ve ark 2014, Yıldırım ve ark 2014, Hasan ve ark 2015, Palli ve ark 2015, Bulut ve ark 2016, Martin-Carrasco ve ark 2016, Kumar ve ark 2020). Hemşireliğin önemli modellerinden biri olan RAM

kullanılarak hemşirelik bilgi birikimine katkı sağlanması ve hasta bakımında kuramsal yaklaşımın benimsenmesi önemlidir. Ayrıca, "teknoloji çağı" olarak adlandırılan günümüzde, bakım veren yükünü azaltmada, kullanımının gün geçtikçe arttığı mobil telefonların kullanılabileceği düşünülmekte olup bu alanda yapılan çalışmalar çok azdır. Ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenleri ile yapılan bir çalışmada bakım verenler, hastaların ilaca ve günlük kişisel bakım görevlerine uyumunu izlemeye yardımcı olacak telefon uygulamalarının üzerlerindeki yükü azaltabileceğini belirtmiştir. Bazı bakım verenler, ev işlerini tamamlarken hastaları dâhil etmek için cep telefonu kullandıklarını bildirmişlerdir. Aynı çalışmada hastayı mobil oyunlara dâhil etmenin sıklıkla hastalardaki saldırganlığı ve stresi azalttığı ve müziğin genellikle hastaların rahatlamasına yardımcı olduğu belirtilmiştir. Ayrıca katılımcıların çoğu, hastanın yanı sıra bakım veren için de mobil uygulamaların sağlanmasını istemiştir. Çalışmada bazı katılımcılar internette bilgiler bulunduğunu ancak belirli durumlarda hastaları nasıl idare edebileceklerine dair bilgi aramak için zaman harcamasına rağmen herhangi bir veriye ulaşmakta güçlük çektiklerini belirtmiştir (Sinha Deb ve ark 2018). Şizofreni spektrumu olan gençlerde yapılan bir çalışmada motivasyon ve yaşam kalitesini artırmak için geliştirilen bir mobil uygulama ile ruh hali ve motivasyonu artırmada mobil uygulamanın uygulanabilir ve etkili bir müdahale olduğu saptanmıştır. Bu yöntem ile her yerde kullanılabilecek olan teknoloji sayesinde bakımın daha erişilebilir hale geldiği ve geleneksel bakım hizmetlerinin dışına çıkılabildiği belirtilmiştir (Schlosser ve ark 2018).

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

5.1.Sonuçlar

RAM temelli mobil psikoeğitimin şizofreni hastalarına bakım verenlerde hastalık hakkında bilgi, duygu dışavurumu ve bakım yüküne etkisini belirlemek amacı ile ön test-son test deseninde, kontrol gruplu olarak gerçekleştirilen bu müdahale çalışmasında şu sonuçlar elde edilmiştir:

- ✓ RAM temelli mobil psikoeğitim sonrası deney grubunun şizofreni hakkındaki bilgi düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde artmıştır.
- ✓ RAM temelli mobil psikoeğitim sonrası deney grubu ile kontrol gubunun duygu dışavurumu arasında anlamlı bir fark yoktur.
- ✓ RAM temelli mobil psikoeğitim sonrası deney grubu ile kontrol grubunun bakım yükü arasında bir fark olmasa da, deney grubunun bakım yükü anlamlı düzeyde azalmıştır.

5.2.Öneriler

Çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda yapılan öneriler eğitimcilere, araştırmacılara ve uygulayıcılara yönelik olmak üzere üç başlıkta verilmiştir.

Eğitimcilere yönelik öneriler:

- ✓ Hemşirelik lisans, yüksek lisans ve doktora programlarında hemşirelik modellerine ilişkin derslerin müfredatlara dâhil edilmesi,
- ✓ Psikiyatri klinikleri ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde çalışan hemşirelere RAM ve mobil psikoeğitimler hakkında eğitim verilmesi,
- ✓ Bakım verenlerin hastalığa uyumlarını artırmak için RAM temelli eğitim içeriklerinin oluşturulması önerilmektedir.

Araştırmacılara yönelik öneriler:

- ✓ Hemşirelik çalışmalarında, hemşirelik bilgi birikimine katkı sağlayan RAM'ın kullanılması,
- ✓ Daha büyük örneklem gruplarında ve farklı bölge/kültürlerde, bakım verenlere yönelik eğitimlerde RAM temelli mobil teknolojinin etkinliğini araştıran deneysel ya da yarı deneysel araştırmalar yapılması,
- ✓ Daha uzun soluklu mobil eğitimlerin verildiği çalışmalar yapılması,
- ✓ Mobil temelli eğitimler verilirken farklı işletim sistemlerini destekleyen mobil uygulamalar oluşturulması,
- ✓ RAM temelli mobil psikoeğitim ile yüz yüze veya grup eğitimlerinin karşılaştırıldığı çalışmalar yapılması,
- ✓ Bakım verenlerin fizyolojik alanda adaptasyonlarını artırmaya yönelik RAM temelli mobil psikoeğitim çalışmaları yapılması,
- ✓ Bakım verenlere yönelik farklı hemşirelik modelleri kullanılarak girişimler yapılması ve sonuçların karşılaştırılması önerilmektedir.

Uygulayıcılara yönelik öneriler:

- ✓ Ruh sağlığı alanında bakım verenlere yönelik yer ve zaman kısıtlamasını ortadan kaldıran mobil psikoeğitim uygulamalarının yaygınlaştırılması,

- ✓ Şizofreni hastalarına bakım verenlerin soru sorabileceği, sorunlarını paylaşabileceği ve yardım talebinde bulunabileceği mobil uygulamalar geliştirilmesi; elde edilen veriler doğrultusunda eğitim gereksinimlerinin belirlenerek bilgi eksikliklerinin giderilmesi,
- ✓ Ruh sağlığı alanında hasta ve bakım verenler için mobil sağlık hizmetlerinin hastane rutinlerine eklenmesi önerilmektedir.

6.KAYNAKLAR

Adeosun II, 2013. Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Lagos, Nigeria. Schizophrenia Research and Treatment, 2013, 353809.

Al-HadiHasan A, Callaghan P, Lymn JS, 2017. Qualitative process evaluation of a psycho-educational intervention targeted at people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan. BMC Psychiatry, 17, 1, 68.

Algönül Ö, 2017. Şizofreni tanılı hastalara birincil bakım veren bireylerin duygu dışavurumu açısından değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Alkrisat M, Dee V, 2014. The validation of the coping and adaptation processing scale based on the Roy adaptation model. Journal of Nursing Measurement, 22, 3, 368-80.

Alligood MR, 2013. Nursing theorists and their work, Mosby Elsevier, p. 303-331.

Alvarez-Jimenez M, Gleeson JF, Bendall S, Lederman R, Wadley G, Killackey E, McGorry PD, 2012. Internet-based interventions for psychosis: a sneak-peek into the future. Psychiatr Clin North Am, 35, 3, 735-47.

Amaresha AC, Kalmady SV, Joseph B, Agarwal SM, Narayanaswamy JC, Venkatasubramanian G, Muralidhar D, Subbakrishna DK, 2018. Short term effects of brief need based psychoeducation on knowledge, self-stigma, and burden among siblings of persons with schizophrenia: A prospective controlled trial. Asian Journal of Psychiatry, 32, 59-66.

Annisa F, 2016. Burden of family caregiver. Belitung Nursing Journal, 2, 1, 10-8.

Ardahan M, Akdeniz C, 2018. Mobil sağlık ve hemşirelik. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 27, 6, 427-33.

Arslantaş H, Adana F, 2011. Şizofreninin bakım verenlere yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3, 2, 251-77.

Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F, 2009. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 10, 2, 3-10.

Atagün Mİ, Balaban ÖD, Atagün Z, Elagöz M, Özpolat AY, 2011. Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3, 3, 513-52.

Attepe Ozden S, Tuncay T, 2018. The experiences of Turkish families caring for individuals with Schizophrenia: A qualitative inquiry. Int J Soc Psychiatry, 64, 5, 497-505.

Bademli K, Çetinkaya Duman Z, 2013. Şizofreni hastalarının bakım verenleri. Psikiyatride güncel yaklaşımlar, 5, 4, 461-78.

Bakker D, Kazantzis N, Rickwood D, Rickard N, 2016. Mental health smartphone apps: review and evidence-based recommendations for future developments. JMIR Ment Health, 3, 1, e7.

Baksi Şimşek A, Sarikaya A, 2015. Nursing model and care: Evaluation with the Roy adaptation model of patients with primary brain tumor. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 12, 3, 224-32.

Bansal S, Arora R, Garg PD, 2017. Caregiver burden among people caring for patients with schizophrenia. Journal of Evidence Based Medicine and Healthcare, 4, 32, 1905-9.

Barış N, Gülseven Karabacak B, 2015. Roy adaptasyon modeline göre bir hemşirelik bakım planı. Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, 31, 2, 130-9.

Barone SH, Roy CL, Frederickson KC, 2008. Instruments used in Roy adaptation model-based research: Review, critique and future directions. Nursing Science Quarterly, 21, 4, 353-62.

Batra MBS, Ghildiyal R, Saoji AM, 2016. Expressed emotions among caregivers of patients with mental illness: A descriptive study. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences, 15, 7, 59-68.

Ben-Zeev D, Brenner CJ, Begale M, Duffecy J, Mohr DC, Mueser KT, 2014. Feasibility, acceptability, and preliminary efficacy of a smartphone intervention for schizophrenia. Schizophr Bull, 40, 6, 1244-53.

Berksun O, 1992. Şizofreni'de aile faktörü: Expressed emotion ölçek geliştirme ve uyarlama denemesi, Uzmanlık Tezi, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Bharti J, 2015. Expressed emotion among caregivers of person with schizophrenia and obsessive compulsive disorder: a comparative study. The International Journal of Indian Psychology, 3, 1, 189-200.

Bulut M, Arslantas H, Ferhan Dereboy I, 2016. Effects of psychoeducation given to caregivers of people with a diagnosis of schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing, 37, 11, 800-10.

Bulut M, Arslantaş H, Dereboy İF, 2019. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine uygulanan psikoeğitimin bakım vericilerin duygu dışavurumlarına ve hastaların pozitif ve negatif sendrom ölçeği puanlarına olan etkisi. Klinik Psikiyatri Dergisi, 22, 3, 286-97.

Burucu R, 2019. Giving nursing care with using Roy adaptation model to a patient who has late diagnosed systemic lupus erythemotosis; a case report. Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5, 3, 163-72.

Caqueo-Urízar A, Gutiérrez-Maldonado J, 2006. Burden of care in families of patients with schizophrenia. Quality of Life Research, 15, 4, 719-24.

Caqueo-Urizar A, Miranda-Castillo C, Lemos Giraldez S, Lee Maturana SL, Ramirez Perez M, Mascayano Tapia F, 2014. An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. Psicothema, 26, 2, 235-43.

Cechnicki A, Bielańska A, Hanuszkiewicz I, Daren A, 2013. The predictive validity of expressed emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. Journal of Psychiatric Research, 47, 208-14.

Chan SW, 2011. Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing, 25, 5, 339-49.

Chen L, Zhao Y, Tang J, Jin G, Liu Y, Zhao X, Chen C, Lu X, 2019. The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study. BMC Psychiatry, 19, 1, 75.

Cheng LY, Chan S, 2005. Psychoeducation program for Chinese family carers of members with schizophrenia. Western Journal of Nursing Research, 27, 5, 583-99.

Cohen J, 1988. Statistical power analysis for the behavioral sciences Hillsdale, NJ, Lawrence Earlbaum Associates, p.

Cole JD, Kazarian SS, 1988. The level of expressed emotion scale: a new measure of expressed emotion. Journal of Clinical Psychology, 44, 3, 392-7.

Çabuk M, 2014. Psikoeğitimin şizofreni ailelerinin yük algılarına olan etkisi, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Çam O, Engin E, 2014. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, p. 411-46.

Çam O, Engin E, 2021. Ruh sağlığı ve hastalıkları psikiyatri hemşireliği bakım sanatı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevleri, p. 392-422.

Çatal E, Dicle A, 2014. Teori-araştırma bileşeni: Roy'un uyum modeli örneği. Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi, 7, 1, 33-45.

Çiçekoğlu P, Duran S, 2018. Dünyada ve Türkiye'de toplum temelli koruyucu ruh sağlığı hizmetleri. In: Toplum ruh sağlığı hemşireliği. Eds: Ünsal Barlas G, 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri, p. 8-14.

Das K, Washdev W, Kazi AN, Jat MI, Siddiqi MN, ur Rehman R, 2019. Living with schizophrenia: A cross-sectional study to measure family care burden. Isra Medical Journal, 11, 1, 20-3.

Diaz L, Cruz D, 2017. Adaptation model in a controlled clinical trial involving family care givers of chronic patients. Texto Contexto Enferm, 26, 4, e0970017.

Donde C, Senn M, Eche J, Kallel L, Saoud M, Brunelin J, 2019. Well-informed but not aware: The P.A.C.T. Psychoeducation program for schizophrenia improves knowledge about, but not insight into, the illness. Asian Journal of Psychiatry, 46, 15-8.

Eker F, Öner Ö, Şahin S, 2010. Din görevlilerinin şizofreniye ilişkin bilgi ve tutumları (Düzce örneği). Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 1, 2, 63-70.

Eren H, İskender MD, 2019. Kemoterapi alan mide kanserli Bir vakanın Roy adaptasyon modeli'ne göre hemşirelik bakımı. Selcuk Medical Journal, 35, 1, 58-62.

Esen Danacı A, Böke Ö, Can Saka M, Erol A, Ulusoy Kaymak S, 2018. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar temel kitap, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları, p.

Fallahi Khoshknab M, Sheikhona M, Rahgouy A, Rahgozar M, Sodagari F, 2014. The effects of group psychoeducational programme on family burden in caregivers of Iranian patients with schizophrenia. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21, 5, 438-46.

Fawcett J, 2005. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories, Philedelphia, FA Davis Company, p. 364-437.

Furber G, Jones GM, Healey D, Bidargaddi N, 2014. A comparison between phone-based psychotherapy with and without text messaging support in between sessions for crisis patients. Journal of Medical Internet Research, 16, 10, e219.

Gandhi S, Pavalur R, Thirthalli J, Phillip M, 2016. Perception of family emotional climate by family members of persons with schizophrenia. International Journal of Social Psychiatry, 62, 5, 455-61.

Geriani D, Savithry KSB, Shivakumar S, Kanchan T, 2015. Burden of care on caregivers of schizophrenia patients: a correlation to personality and coping. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 9, 3, VC01-VC4.

Ghannam BM, Hamdan- Mansour AM, Al Abeiat DD, 2017. Psychological correlates of burden among jordanian caregivers of patients with serious mental illness. Perspectives in Psychiatric Care, 53, 299-306.

Gurak K, Weisman de Mamani A, 2017. Caregiver expressed emotion and psychiatric symptoms in African- Americans with schizophrenia: an attempt to understand the paradoxical relationship. Family Process, 56, 2, 476-86.

Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, 2007. Effectiveness of a psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. Quality of Life Research, 16, 5, 739-47.

Güler E, 2015. Mobil sağlık hizmetlerinde oyunlaştırma. Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi, 1, 2, 82-101.

Gürhan N, 2016. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, p.

Hasan AA, Callaghan P, Lymn JS, 2014. Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention on knowledge levels and psychological outcomes for people diagnosed with Schizophrenia and their caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 14, 1, 17-.

Hasan AA, Callaghan P, Lymn JS, 2015. Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan: a randomized controlled trial. BMC Psychiatry, 15, 1, 1-10.

Hatami F, Hojjati H, 2019. Effect of Roy's adaptation model on the care burden of mothers of children under chemotherapy in Gorgan in 2018: a quasi-experimental study. Medical - Surgical Nursing Journal, 8, 1, e90489.

Holliday CEB, 2003. Psychoeducational outcomes: Cognitive skills in PTSD, Master Thesis, Washington State University-Spokane Intercollegiate College of Nursing, Washington.

Hooley JM, 2007. Expressed emotion and relapse of psychopathology. Annu. Rev. Clin. Psychol., 3, 329-52.

Hsiao C-Y, Tsai Y-F, 2014. Caregiver burden and satisfaction in families of individuals with schizophrenia. Nursing Research, 63, 4, 260-9.

İnci FH, Müyesser E, 2008. Bakım verme yükü ölçeğinin Türkçeye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 11, 4, 85-95.

Inogbo CF, Olotu SO, James BO, Nna EO, 2017. Burden of care amongst caregivers who are first degree relatives of patients with schizophrenia. Pan African Medical Journal, 28, 284.

Jaikumar V, Prabhu N, Jayakrishnaveni C, Jessy FM, 2018. Socio-demographic influences on the level of knowledge and expressed emotions among caregivers of persons with schizophrenia. Indian Journal of Health and Wellbeing, 9, 6, 905-10.

Kacaroğlu Vicdan A, Gülseven Karabacak B, 2014. Hemşirelik modellerinden: Roy adaptasyon modeli. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 5, 4, 255-9.

Kageyama M, Solomon P, 2018. Characteristics of parents with high expressed emotion and related factors: A study of parents of adults with schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease, 206, 12, 955-61.

Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZG, 2017. Hemşirelik teorileri ve modelleri, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, p.

Kertchok R, 2014. Building collaboration in caring for people with schizophrenia. Issues in Mental Health Nursing, 35, 11, 872-82.

Koschorke M, Padmavati R, Kumar S, Cohen A, Weiss HA, Chatterjee S, Pereira J, Naik S, John S, Dabholkar H, Balaji M, Chavan A, Varghese M, Thara R, Patel V, Thornicroft G, 2017. Experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India. Social Science and Medicine, 178, 66-77.

Kumar CN, Suresha KK, Thirthalli J, Arunachala U, Gangadhar BN, 2015. Caregiver burden is associated with disability in schizophrenia: results of a study from a rural setting of south India. International Journal of Social Psychiatry, 61, 2, 157-63.

Kumar R, Nischal A, Dalal PK, Varma S, Agarwal M, Tripathi A, Kar SK, Gupta B, 2020. Impact of brief psychosocial intervention on key relatives of patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. Indian Journal of Psychiatry, 62, 137-44.

Lee LY, Tsang AY, Wong KF, Lee JK, 2011. Using the Roy adaptation model to develop an antenatal assessment instrument. Nursing Science Quarterly, 24, 4, 363-9.

Leiderman EA, Vazquez G, Berizzo C, Bonifacio A, Bruscoli N, Capria JI, Ehrenhaus B, Guerrero M, Guerrero M, Lolich M, Milev R, 2011. Public knowledge, beliefs and attitudes towards patients with schizophrenia: Buenos Aires. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 46, 4, 281-90.

Lök N, Buldukoglu K, Barcin E, 2020. Effects of the cognitive stimulation therapy based on Roy's adaptation model on Alzheimer's patients' cognitive functions, coping- adaptation skills, and quality of life: A randomized controlled trial. Perspectives in Psychiatric Care, 56, 581-92.

Martin-Carrasco M, Fernandez-Catalina P, Dominguez-Panchon AI, Goncalves-Pereira M, Gonzalez-Fraile E, Munoz-Hermoso P, Ballesteros J, 2016. A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. European Psychiatry, 33, 9-17.

Marudhar M, Bashir J, 2019. Roy adaptation model of nursing theory. International Journal of Science & Engineering Development Research, 4, 1, 283-7.

Meleis AI, 2011. Theoretical nursing: Development and progress, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, p. 324-51.

Menekli T, Eyi S, 2017. Use of Roy adaptation model in nursing care of a case obesity. Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 25, 3, 237-46.

Mete L, 2003. Şizofreni en uzak ülke, İstanbul, İletişim Yayınları, p.

Mkpelanga D, 2018. Social support, care-burden and psychological health of schizophrenic patients'caregivers in federal medical centre, Makurdi, PhD Thesis, Benue State University.

Moxon A, Ronan K, 2008. Providing information to relatives and patients about expressed emotion and schizophrenia in a community support setting: a randomized, controlled trial. Clinical Schizophrenia & Related Psychoses, 2, 1, 47-58.

Onwumere J, Amaral F, Valmaggia LR, 2018. Digital technology for caregivers of people with psychosis: systematic review. JMIR Ment Health, 5, 3, e55.

Orak OS, Sezgin S, 2015. Kanser hastasına bakım veren aile bireylerinin bakım verme yüklerinin belirlenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 6, 1, 33-9.

Orhan B, Bahçecik N, 2018. Tip 2 diyabetli bireylerin mobil uygulama eğitimi hakkındaki görüşleri. Sağlık Akademisyenleri Dergisi, 5, 2, 130-4.

Öksüz E, Karaca S, Özaltın G, Ateş MA, 2017. The effects of psychoeducation on the expressed emotion and family functioning of the family members in first-episode schizophrenia. Community Mental Health Journal, 53, 464-73.

Önder M, Narin B, 2013. Akıllı telefonlar ve mobil uygulamaların (Apps) dermatolojide kullanımı. Türk Deri Hastalıkları ve Frengi Arşivi, 47, 1-6.

Özdemir N, İşler T, 2019. Psikiyatrik hastalık tanısı almış bireylerin ailelerinin bakım yükü. International Journal on Mathematic, Engineering and Natural Sciences, 3, 9, 107.

Özkan B, 2011. Şizofreni hastası ve bakım vericisine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlemin hasta işlevselliği ve ilaç uyumu ile aile yükü, depresyon ve duygu dışavurumuna etkisi, Doktora Tezi, Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kayseri.

Özkan B, Erdem E, Özsoy SD, Zararsiz G, 2013. Effect of psychoeducation and telepsychiatric follow up given to the caregiver of the schizophrenic patient on family burden, depression and expression of emotion. Pakistan Journal of Medical Sciences, 29, 5, 1122-7.

Özkan Ö, Kaya ŞŞ, 2015. Bilimsel makalede" sınırlılıklar" neden ve nasıl yazılır. TAF Preventive Medicine Bulletin, 14, 6, 496-505.

Öztürk O, Uluşahin A, 2011. Ruh sağlığı ve bozuklukları, Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, p. 242-323.

Palli A, Kontoangelos K, Richardson C, Economou MP, 2015. Effects of group psychoeducational intervention for family members of people with schizophrenia spectrum disorders: results on family cohesion, caregiver burden, and caregiver depressive symptoms. International Journal of Mental Health, 44, 4, 277-89.

Patton D, 2004. An analysis of Roy's adaptation model of nursing as used within acute psychiatric nursing. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 11, 221-8.

Pektekin Ç, 2013. Hemşirelik felsefesi. kuramlar-bakım modelleri ve politik yaklaşımlar, İstanbul, İstanbul Medikal Yayıncılık, p.

Prabhu N, Jaikumar V, Fatima Jessy M, 2019. Group psycho-education on schizophrenia for caregivers: a pre and post assessment. Indian Journal of Positive Psychology, 10, 3, 130-4.

Resmi Gazete, 19.04.2011. 27910 sayılı Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik.

Rezaei O, Bayani A, Mokhayeri Y, Waye K, Sadat Y, Haroni J, Latifi M, Mohammadi R, Ghaffari M, Noroozi M, Alibeigi N, Sayadnasiri M, Fadai F, Ghahestany DA, Dieji B, Ahounbar E, Etivand M, Armoon B, 2018. Applying psychoeducational program on general health and

communication skills in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. The European Journal of Psychiatry, 32, 4, 174-81.
Ribe JM, Salamero M, Perez-Testor C, Mercadal J, Aguilera C, Cleris M, 2018. Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 22, 1, 25-33.
Roseliza-Murni A, Oei TP, Fatimah Y, Asmawati D, 2014. Schizophrenia relapse in Kuala Lumpur, Malaysia: Do relatives' expressed emotion and personality traits matter? Comprehensive Psychiatry, 55, 188-98.
Roy C, 2011a. Extending the Roy adaptation model to meet changing global needs. Nursing Science Quarterly, 24, 4, 345-51.
Roy C, 2011b. Research based on the Roy adaptation model: Last 25 years. Nursing Science Quarterly, 24, 4, 312-20.
Sadiq S, Suhail K, Gleeson J, Alvarez-Jimenez M, 2017. Expressed emotion and the course of schizophrenia in Pakistan. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 52, 587-93.
Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, 2015. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, p.
Sandoval LR, Torous J, Keshavan MS, 2017. Smartphones for smarter care? Self-management in schizophrenia. American Journal of Psychiatry, 174, 8, 725-8.
Schlosser DA, Campellone TR, Truong B, Etter K, Vergani S, Komaiko K, Vinogradov S, 2018. Efficacy of PRIME, a mobile app intervention designed to improve motivation in young people with schizophrenia. Schizophr Bull, 44, 5, 1010-20.
Sharif F, Shaygan M, Mani A, 2012. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. BMC Psychiatry, 12, 1, 48.
Shiraishi N, Watanabe N, Katsuki F, Sakaguchi H, Akechi T, 2019. Effectiveness of the Japanese standard family psychoeducation on the mental health of caregivers of young adults with schizophrenia: a randomised controlled trial. BMC Psychiatry, 19, 1, 263.
Sin J, Henderson C, Norman I, 2014. Usability of online psychoeducation for siblings of people with psychosis. International Journal of Technology Assessment in Health Care, 30, 4, 374-80.
Sin J, Henderson C, Woodham LA, Sese Hernandez A, Gillard S, 2019. A multicomponent eHealth intervention for family carers for people affected by psychosis: a coproduced design and build study. Journal of Medical Internet Research, 21, 8, e14374.
Sin J, Norman I, 2013. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. The Journal of Clinical Psychiatry, 74, 12, 1145-62.
Sinha Deb K, Tuli A, Sood M, Chadda R, Verma R, Kumar S, Ganesh R, Singh P, 2018. Is India ready for mental health apps (MHApps)? A quantitative-qualitative exploration of caregivers' perspective on smartphone-based solutions for managing severe mental illnesses in low resource settings. PloS One, 13, 9, e0203353.
Songur C, Saylavcı E, Kıran Ş, 2017. Avrupa'da ve Türkiye'de ruh sağlığı hizmetlerinin karşılaştırmalı olarak incelenmesi. Social Sciences Studies Journal, 3, 4, 276-89.
Sota S, Shimodera S, Kii M, Okamura K, Suto K, Suwaki M, Fujita H, Fujito R, Inoue S, 2008. Effect of a family psychoeducational program on relatives of schizophrenia patients. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 62, 4, 379-85.
Srikhachin P, Thapinta D, Sethabouppha H, Thungjaroenkul P, 2016. Expressed emotion among family caregivers of persons with schizophrenia: A causal model study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 20, 4, 337-49.
Stanley S, Balakrishnan S, Ilangovan S, 2017. Correlates of caregiving burden in schizophrenia:A cross-sectional, comparative analysis from India. Social Work in Mental Health, 15, 3, 284-307.
Suassuna APdS, Silva LGd, Beltrão ICSLd, Coelho MEAA, Oliveira CJd, Alves DdA, 2020. Perception of family careers about microcephalia: an analysis through adaptation theory. Journal of Health Sciences, 22, 4, 281-5.
Summakoğlu D, Ertuğrul B, 2018. Şizofreni ve tedavisi. Lectio Scientific Journal of Health and Natural Sciences, 2, 1, 43-61.
Şenkal Ertürk İ, Kömürcü B, 2017. Şizofreninin tekrarlanmasında ailede duygu dışavurumunun önemi ve sonuçları üzerine bir derleme. Klinik Psikoloji Dergisi, 1, 1, 44-51.

Tanriverdi D, Ekinci M, 2012. The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. International Journal of Nursing Practice, 18, 3, 281-8.

TDK, 2020. Türk Dil Kurumu, Erişim tarihi 08.05.2020. Erişim adresi, http://www.tdk.gov.tr.

Thimmajja SG, Lazarus Rathinasamy EV, 2019. Effectiveness of psycho-education on knowledge regarding schizophrenia and caregivers' burden among caregivers of patients with schizophrenia – a randomized controlled trial. Family Medicine & Primary Care Review, 21, 2, 104-11.

Tomas EP, Hurtado G, Noguer S, Domenech C, Garcia M, Lopez N, Negredo M, Penades R, Reinares M, Serrano D, Dolz M, Gallo P, 2012. Effectiveness of family work interventions on schizophrenia: evidence from a multicentre study in Catalonia. International Journal of Social Psychiatry, 58, 6, 587-95.

Townsend MC, 2016. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri: kanıta dayalı uygulama bakım kavramları, Ankara, Akademisyen Kitabevi, p.

Ünsal A, 2017. Hemşireliğin dört temel kavramı: İnsan, çevre, sağlık ve hastalık, hemşirelik. Ahi Evran Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 1, 1, 11-25.

Velioğlu P, 2012. Hemşirelikte kavram ve kuramlar, İstanbul, Akademi Basın ve Yayıncılık, p. 364-94.

von Polier GG, Meng H, Lambert M, Strauss M, Zarotti G, Karle M, Dubois R, Stark FM, Neidhart S, Zollinger R, Burgin D, Felder W, Resch F, Koch E, Schulte-Markwort M, Schimmelmann BG, 2014. Patterns and correlates of expressed emotion, perceived criticism, and rearing style in first admitted early-onset schizophrenia spectrum disorders. The Journal of Nervous and Mental Disease, 202, 11, 783-7.

Yazici E, Karabulut U, Yildiz M, Baskan Tekes S, Inan E, Cakir U, Bosgelmez S, Turgut C, 2016. Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors. Nöropsikiyatri Arşivi, 53, 2, 96-101.

Yiğit S, 2015. Şizofreni hastalarının yakınlarına yönelik bir psikoeğitim programının etkililiği, Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

Yıldırım A, Buzlu S, Hacıhasanoglu Aşılar R, Camcıoğlu TH, Erdiman S, Ekinci M, 2014. Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. Türk Psikiyatri Dergisi, 25, 1, 31-7.

Yılmaz M, Özcan A, 2016. Psikiyatri hemşireliğinin geleceği. Mersin Universitesi Saglik Bilimleri Dergisi, 9, 1, 53-9.

Yoldaş G, Yıldırım Y, Fadıloğlu Ç, Şenuzun Aykar F, 2019. Esansiyel hipertansiyon'u olan bir hastada Roy adaptasyon modeline göre hemşirelik yaklaşımı. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi, 10, 21, 33-9.

Yu W, Chen J, Hu J, Hu J, 2019. Relationship between mental health and burden among primary caregivers of outpatients with schizophrenia. Family Process, 58, 2, 370-83.

Yüksel MM, 2008. 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, Master Thesis, Middle East Technical University, Ankara.

Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J, 1980. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist, 20, 649-55.

7. EKLER

Ek-A: Kişisel Bilgi Formu

Bakım verene ait özellikler

1. **Yaşınız:…….**
2. **Cinsiyetiniz:**

1.Erkek ( ) 2. Kadın ( )

3. **Medeni durumunuz:**

1.Bekar ( ) 2.Evli ( ) 3.Diğer: ……

4. **Eğitim durumunuz:**

1.Okuryazar ( ) 2.İlkokul/Ortaokul ( ) 3.Lise/Üniversite ( )

5. **Yaşadığınız yer:**

1.İl ( ) 2.İlçe ( ) 3.Köy ( ) 4.Diğer:…….

6. **Herhangi bir işte çalışma durumunuz:**

1.Çalışmıyorum ( ) 2.Çalışıyorum ( )

7. **Algılanan Gelir durumunuz:**

1.Kötü ( ) 2.Orta ( ) 3.İyi ( ) 4.Çok iyi ( )

8. **Hasta ile yakınlık dereceniz (anne, baba, eş vb): ……**
9. **Kaç yıl/aydan beri hastanızın bakımı ile ilgileniyorsunuz:….**yıl …..ay

Hastaya ait özellikler

1. **Bakım verdiğiniz hastanın yaşı:…….**
2. **Bakım verdiğiniz hastanın cinsiyeti:**

   1.Erkek ( ) 2. Kadın ( )

3. **Bakım verdiğiniz hastanın medeni durumu:**

   1.Bekar ( ) 2.Evli ( ) 3.Diğer: ……

4. **Bakım verdiğiniz hastanın eğitim durumu:**

   1.Okuryazar ( ) 2.İlkokul/Ortaokul ( ) 3.Lise/Üniversite ( )

5. **Hastanın hastalık süresi:** …….yıl ……ay
6. **Hasta ile beraber evde kaç kişi yaşamaktadır:…….**kişi

Ek-B: RAM Temelli Mobil Psikoeğitim Programı

RAM'a göre Öğrenme Hedefleri ve Kazanımlar	Mobil Psikoeğitim İçeriği	RAM'a göre Mobil Psikoeğitimin Kuramsal Temelleri
Hedefler Bireyin; -Şizofreni hakkında bilgi eksikliğinin giderilmesi, -Şizofreni hakkındaki yanlış bilgilerinin doğru bilgiler ile yer değiştirmesi -Bakım verme rolüne ilişkin öz yeterliğinin artması -Bakım verme rolüne ilişkin motivasyonunun artması **Kazanımlar** -Şizofreninin tanımı, görülme sıklığı, nedenleri hakkında bilgi sahibi olur -Şizofreninin belirtileri ve gidişatı hakkında bilgi sahibi olur -Şizofreni hakkında bilgi eksikliği ve bilgi yanlışları ortadan kalkar veya azalır	**1.HAFTA: HASTALIK BİLGİSİ** **Şizofreni nedir?** Şizofreni bir beyin hastalığıdır. Genellikle genç yaşlarda başlayan ve insanı kişiler arası ilişkilerden uzaklaştıran şizofreni kişinin duyuş, düşünce ve davranışlarında bozulmaya yol açar. Günümüzde şizofreni çok değişik nedenler, çeşitler, gidiş ve sonlanış gösteren; değişik tedavi yolları olan bir hastalıktır. **Şizofreni ne sıklıkla görülür?** Şizofreninin yaşam boyu yaygınlığı %1'dir. Yani toplumdaki her 100 insandan biri şizofreni hastasıdır. Hastalık hem kadınlarda hem de erkeklerde aynı oranda görülür. Ancak erkeklerde, kadınlara göre genellikle daha erken başlamaktadır. Hastalık ağırlıklı olarak 18- 25 yaş aralığında başlar. Her toplum ve sosyoekonomik düzeyde görülebilmektedir. **Şizofreni nedenleri nelerdir?** Şizofreninin nedeni hakkında yanlış inanışlar vardır. Cin çarpması, nazar değmesi, olağanüstü nedenler gibi yanlış bilinen etkenlerin hiçbiri şizofreni hastalığına neden olmaz. Şizofreninin kesin bilinen bir nedeni yoktur. Hastalığın asıl nedeninin bir beyin bozukluğu olduğuna kesin gözü ile bakılmasına rağmen hastalığın ortaya çıkışı ve alevlenmesinde çevresel ve ruhsal etkenlerin önemi bilinmektedir. Genetik (Kalıtım): Şizofreninin oluşumunda kalıtım çok önemli bir yere sahiptir. Hastaların birinci derece akrabaları şizofreniye yakalanma açısından genel nüfustan on kat fazla risk altındadırlar. Bir kişinin şizofreni hastalığına yakalanma ihtimali şizofreni olan bir kişiye olan akrabalık derecesi ile ilişkilidir. Daha somut olarak ifade etmek gerekirse anne babanın ikisi de şizofreni hastası ise çocuklarının şizofreni olma olasılığı % 40'dır. Anne veya babanın biri şizofreni hastası ise çocuklarının şizofreni hastası olma olasılığı % 8'dir. Tek yumurta çocuklarının biri şizofreni hastası ise diğer çocuğun da şizofreni hastası olma olasılığı % 50'dir. Beyinde yapısal ve işlevsel bozukluklar: Ölen şizofreni hastalarının beyinleri incelendiğinde beyinde doku değişiklikleri görülmüştür. Ancak bu değişikliklerin	RAM'a göre kazanılmış olan başa çıkma süreçleri bazı stratejilerle geliştirilir. Bu stratejilerden biri de bilişsel/duyuşsal baş etme yöntemlerinden biri olan öğrenmedir. Öğrenme taklit, pekiştirme ve içgörüyü (kavrama) içerir. *Benlik kavramı alanı* bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında sahip olduğu inanç ve duyguların birleşimini ele alır. Temel ihtiyaç psişik ve manevi bütünlük, bireyin evrende bir amacı, anlamı olduğunu bilmesidir. Bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında tutulan inanç ve duyguların birleşimi, iç algılarından ve başkalarının tepkilerinin algılanmasından oluşur. Bu alanın temel sorusu "İnsan kendini nasıl görüyor? sorusudur. Benlik kavramı alanı zaman içerisinde iç ve dış uyaranlara göre değişime uğrayabilir. Bireyin görünümü, cinselliği, sağlık ve hastalık durumu, idealleri, ahlaki değerleri gibi özellikler benlik kavramı alanı kapsamındadır. *Rol fonksiyon alanında* insan sistemlerindeki rollere ilişkin davranışlar değerlendirilir. Rol, kişinin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi ya da bireylerin birbirlerine karşı hissettiği beklentiler kümesi olarak tanımlanır. Roller yaş, cinsiyet, gelişime bağlı "birincil rol"; eş, anne, öğretmen olma gibi diğerleri ile ilişkiler yoluyla kazanılan ve kalıcı hale gelen "ikincil rol"; müdür olma, yönetici olma gibi geçici olarak belirli bir yer ve zamanda üstlenilen "tersiyer rol" şeklinde olabilir. Bireyin rolünü yerine getirebilmesi diğer kişilerle olan etkileşimine bağlıdır.

	şizofreniye özgü belirtiler olmadığı bilinmektedir. Yine bu değişikliklerin hastalık oluşmadan önce mi yoksa hastalık oluştuktan sonra mı ortaya çıktığı bilinmemektedir. Biyokimyasal araştırmalar: Beynimizde bulunan bazı maddeler beyin hücreleri arasında iletişimi sağlar. Korkmamız, uyumamız, yemek yememiz, psikolojik durumumuz gibi aklınıza gelebilecek günlük yaşamımızın her aşamasında bu maddeler etkilidir. Hastalığın oluşumunda bu maddelerin normal seviyelerde olmamasının rolü olabilir. Doğum öncesi-sırası-sonrasında travma, virüs varsayımları: Şizofreni hastası annelerin bebeklerinde doğum ağırlığı genel topluma oranla daha düşüktür. Şizofreninin oluş nedenleri arasında üzerinde durulan bir başka varsayım da gebeliğin ikinci üç ayında annenin "enflüenza" virüsü ile hastalanmasının yani gribal bir enfeksiyon geçirmesinin çocukta ileride şizofreni gelişmesine yol açabileceği yönündedir. Ayrıca, çocuğun içinde yaşadığı ailede karmaşa, stres, aşırı eleştirel vb. olumsuz durumların olması da hastalık için bir risk etkeni olarak görülmektedir. **Şizofreni Belirtileri** Şizofreni belirtileri her ne kadar ergenlik döneminde ortaya çıksa da çocukluk çağından itibaren bazı belirtiler vermeye başlayabilir. Hastalık öncesi kişilik olarak tanımlanabilecek bu yaşlarda çocuklar uslu, sessiz, sakin, fazla arkadaşı olmayan, utangaç ve iletişim girişimlerine karşı çekingen ve soğukturlar. Hastalık çoğu kez adölesan yani ergenlik döneminde sinsi bir şekilde başlar. Hasta yavaş yavaş içine kapanır, dışarı ile bağlantısını keser ve öz bakımda yetersizlikler görülür. Şizofreni belirtileri iki başlık altında ele alınmaktadır. **Pozitif Belirtiler:** Burada kullanılan pozitif kelimesi bu belirtilerin iyi veya yararlı olduğunu belirtmek için kullanılmaz. Belirtilerin açık ve görünür olduğunu belirtir. Pozitif belirtiler zihinsel işlevin bozulması ya da çarpık şekilde işlemesi ile karakterizedir. Halüsinasyon (varsanı): Gerçekte olmadığı halde bir şeyleri görmek, duymak, hissetmek anlamına gelmektedir. Halüsinasyonlar beş duyunun herhangi biri ile gerçekleşebilir; duyma, görme, dokunma, tatma ve koklama. Örnek: Hasta yanında gerçekte kimse olmadığı halde biri ile konuşabilir, bazı sesler duyduğunu söyleyebilir. Birinin ona dokunduğunu hissedebilir ya da etrafta bir koku yokken herhangi bir koku duyabilirler. Sesler duyma şizofrenide en sık görülen halüsinasyondur. Hasta yaptığı davranışlar hakkında yorum yapan sesler ya da iki kişinin kendi davranışları hakkında tartıştığı sesler duyabilir. Aslında etrafta olmayan şeylerdir bunlar. Yanılsama (illüzyon): Etraftaki bir nesnenin farklı algılanmasıdır. Normalde de	Bu alanda altta yatan temel gereksinim bireyin sosyal bütünlüğü ve sahip olduğu tüm rolleri ile uyumudur. *Karşılıklı bağlılık alanı* birey ve grupların birbirine bağlı ilişkilerine ilişkin davranışlardır. Temel ihtiyaç ilişkiyi güvenli bir şekilde beslemektir. Bu alan dâhilinde birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak psişik bütünlüğünü devam ettirir. Bu alanın odak noktası ikili özel ilişkilerdir. Diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için destek ve onaylama gösterilerek bağlılık ifade edilir. Karşılıklı bağlılık "alma" ve "verme" arasında bir denge olarak kabul edilir. Bireyin bir kişi ya da gruba dâhil olması bu alandaki uyumu ile ilişkilidir (Fawcett, 2005). **Verilen eğitim ile bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmaları geliştirilerek;** -Bireyin şizofreni hakkında bilgi düzeyinde artış sağlanabilir (benlik kavramı) -Bireyin şizofreni ile ilgili bilgi düzeyinin artması ile bakım verme rolüne ilişkin öz yeterliği artabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık) -Bireyin şizofreni nedenleri hakkında bilgisinin artması ile hastaya karşı tutumunun değişmesi sağlanabilir (karşılıklı bağlılık) -Hastalık belirtileri ile ilgili bilgisinin artması ile birey, hastanın gösterdiği bazı davranışların hastalığından kaynaklı olduğunun farkına varabilir (rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık) -Bireyin şizofreninin gidişatı hakkında bilgilenmesi ile umudunda artış sağlanabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık)

	görülebilen yanılsamalarda dışardan gelen bir uyaran yanlış algılanır. Örnek: Gece karanlıkta mezarlıktan geçerken korkan biri ağaç gölgelerini, insan ya da bir yaratık gibi algılayabilir. Şizofreni olan hastalarda ise yanılsamalar sık görülür ve acayip niteliktedir. Örnek: Hasta, bir yakınını garip bir hayvan, değişik bir kişi gibi algılayabilir. Delüzyon (sanrı): Hezeyan olarak da adlandırılmaktadır. Şizofreninin yaygın görülen belirtilerinden biridir. Delüzyon, hiçbir şekilde gerçek olmadığı halde bazı düşüncelerin doğru olduğuna inanmaktır. Hasta, birinin onu takip ettiğinden şüphelenebilir ya da birinin onu öldüreceği düşüncesi ile korkup evden çıkmayabilir. Hasta kendisinin tanrı, peygamber veya çok önemli biri olduğuna inanabilir ya da vücuduna bir çip takılıp izlendiğini düşünebilir. Yukarıdaki örneklerde görüldüğü gibi hasta gerçekliği bulunmadığı halde bazı şeylere inanabilir. Hastanın bu düşünceleri mantıklı açıklamalar yapılarak değiştirilemez. Bu tür belirtiler delüzyon (sanrı, hezeyan) olarak adlandırılır. Konuşma ve davranışlarda dağınıklık: Şizofreni hastası karşısındaki kişinin söylediklerini ya da hareketlerini amaçsızca tekrar edebilir. Anlaşılmayan konuşmalar, anlamsız kelimeler kullanılması, konuşurken bir anda duraksama, aynı sözcüğün sürekli olarak tekrar edilmesi görülebilir. Düşüncede gerileme: Hasta birey, konuşmasında soyut ifadelere yer veremez. Eğitimiyle uyumlu düzeyde bir atasözünü açıklayamaz. Örnek: “Çok mutlu olmak anlamında kullanılan ”Etekleri zil çalmak” denildiğinde eteklerde ziller olup bunların ses çıkardığını anlayabilir. **Negatif Belirtiler:** Genelde zihinsel işlevlerin azalması ya da kaybolması sonucu ortaya çıkan belirtilerdir. Uygunsuz duygulanım: Kişinin duygusal ruh halinin çevredeki koşullar ile uyumsuz olmasıdır. Örnek: Genç bir kadına annesinin öldüğü söylendiğinde kahkaha atmaya başlaması ortama uygun bir tepki değildir. Veya kişi çok az ya da hiç duygusal tepki vermeyebilir, aşırı şekilde duygusal tepki verebilir. Olaylara karşı hastanın duygusal tepkisi az ya da yoksa vurdumduymaz, umursamaz bir görünümü varsa bu duruma “duygusal küntleşme” adı verilir. İsteksizlik, enerji azlığı: Hiçbir şey yapmak istemeden yatakta çok uzun süreler geçirme durumudur. Enerjinin olmaması ve günlük faaliyetlere ilgisizliktir. Kişinin gelecek ile ilgili bir planı yoktur ve yorgun olduğunu, dinlenmek istediğini bildirir. Sosyal geri çekilme: Hasta yalnız kalmayı tercih etme ve kimseyi görmek istememe izlenimi verebilir. Dış görünümde bozulma: Şizofreni hastası giyim, kendine bakım gibi özbakım aktivitelerini ihmal edebilir. Bu nedenle dağınık, düzensiz ve bakımsız görünebilirler.	

	Anhedoni: Hasta, daha önce zevk alınan şeylerden artık zevk almayabilir. **Şizofreninin seyri (gidişatı) nasıldır?** Şizofreni çok değişik gidiş ve sonlanım gösteren, genellikle süreğen ve yeti yitimine yol açan bir hastalıktır. Şizofreni, hastaların % 20'sinde aniden başlar ve tam iyileşme görülür, % 10-15'i ise intihar nedeni ile kaybedilmektedir. Şizofreninin seyri akut alevlenmeler ve bu alevlenmeleri takiben iyilik dönemleri ile geçmektedir. Alevlenmeler ne kadar az olursa hastalığın gidişatı da daha iyi olur. **Tanı nasıl konur?** Hastalığın tanısını psikiyatrist, hasta ile yaptığı görüşmeler sonucunda koyar. Tanı konurken herhangi bir laboratuvar testinden yararlanılmaz. Fakat belirtilerin ortaya çıkmasına neden olabilecek başka sebeplerin olup olmadığını anlamak için hekim bazı testler yapmanızı isteyebilir.	
Hedefler Bireyin; -Şizofreni tedavisinde dikkat edilmesi gereken konuların farkına varması -Şizofreni tedavisinde kullanılan tedavi yöntemlerini bilmesi -Şizofrenide tedavinin öneminin farkına varması -Bakım verme rolüne ilişkin öz yeterliğinin artması -Bakım verme rolüne ilişkin motivasyonunun artması **Kazanımlar** -Şizofrenide kullanılan tedavi yöntemlerini bilir -Şizofrenide tedavinin önemi hakkında bilgi sahibi olur	**2.HAFTA: ŞİZOFRENİDE KULLANILAN TEDAVİ YÖNTEMLERİ** Şizofrenide kullanılan farklı tedavi yaklaşımları bulunmaktadır. Ancak şizofrenide tedavi uygulama ilkeleri ile ilginiz bilmeniz gereken bazı noktalar vardır: -Tedavide hedef yalnızca hastalık belirtilerinin yatıştırılması değil, hastalığın yıkıcı etkilerinin önlenip toplumsal uyumun en iyi düzeyde sağlanmasıdır. -Şizofreninin kolay ve tek biçim tedavisi yoktur. -Doktorun şizofreni hastası ile iyi bir ilişki kurabilmesi tedavinin sağlam bir temelde gelişmesini sağlar. -Ağır gerileme, panik, taşkınlık ve donakalım belirtileri, kendilerine ya da başkasına zarar verme olasılığı, aile ortamının çok bozuk olması hastaneye yatış gerekçeleridir. -Akut dönem yatıştıktan sonra tedavi sonlandırılmamalıdır. İlaçlar ve rehabilitasyon yöntemleri ile hasta yıllarca izlenmelidir. -Şizofreni hastasının tedavisi esnasında aile üyelerinin de tedavi planına dâhil olması gerekmektedir. -Hastaların diğer hastalıklarda olduğu gibi farklı doktorlara dolaştırılmasında sakıncalar vardır. Süreklilik ve güven sağlayıcı bir tutum olmadan şizofrenide etkin bir tedavi sağlanamaz. -Şizofreni hastalarının kendi toplumsal, ailesel çevresine yakın bir ortamda; insanlıktan, toplumdan uzaklaştırılmamış bir alanda bulunması gerekir. **İlaçla Tedavi** Şizofreninin her aşamasında ilaçlar başta gelen tedavi seçeneğidir. İlaç yerine başka tedavi yolları denemek sadece zaman kaybıdır. İlaçlara hastaların verdikleri yanıt birbirinden farklılık gösterir. Bazı hastalar yüksek dozda bile ilaçlara yanıt vermezken bazı hastalar daha düşük dozlarda iyileşebilirler. İlaç tedavisi almayan	RAM'a göre kazanılmış olan başa çıkma süreçleri bazı stratejilerle geliştirilir. Bu stratejilerden biri de bilişsel/duyuşsal baş etme yöntemlerinden biri olan öğrenmedir. Öğrenme taklit, pekiştirme ve içgörüyü (kavrama) içerir. *Benlik kavramı alanı* bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında sahip olduğu inanç ve duyguların birleşimini ele alır. Temel ihtiyaç psişik ve manevi bütünlük, bireyin evrende bir amacı, anlamı olduğunu bilmesidir. Bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında tutulan inanç ve duyguların birleşimi, iç algılarından ve başkalarının tepkilerinin algılanmasından oluşur. Bu alanın temel sorusu "İnsan kendini nasıl görüyor? sorusudur. Benlik kavramı alanı zaman içerisinde iç ve dış uyaranlara göre değişime uğrayabilir. Bireyin görünümü, cinselliği, sağlık ve hastalık durumu, idealleri, ahlaki değerleri gibi özellikler benlik kavramı alanı kapsamındadır. *Rol fonksiyon alanında* insan sistemlerindeki rollere ilişkin davranışlar değerlendirilir. Rol, kişinin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi ya da bireylerin birbirlerine karşı hissettiği beklentiler kümesi olarak tanımlanır. Roller yaş, cinsiyet, gelişime bağlı "birincil rol"; eş, anne, öğretmen olma gibi diğerleri ile ilişkiler yoluyla kazanılan ve kalıcı hale

	hastaların % 70-80'i bir yıl içinde psikotik atak yaşarlar. Bu oran ilaç tedavisi ile % 23'lere kadar azaltılabilmektedir. İlaçların etkisi hemen görülmeyebilir. Ağır pozitif belirtilerin yatışması 3-4 haftayı bulabilir. Bu nedenle birkaç gün içinde bir ilaçtan sonuç alınmadığında ilaç bırakılmamalıdır. Şizofrenide kullanılan ilaçlar "antipsikotikler" veya "nöroleptikler" olarak adlandırılır. Antipsikotik ilaçlar başkalarının duymadığı seslerin duyulması, olmayan şeyleri görme, takip edildiğini düşünme, insanlardan şüphelenme vb. belirtilerin ortadan kaldırılmasında etkilidir. **Elektro Konvülsif Terapi** Halk arasında "elektrik" ya da "şok" tedavisi olarak da bilinmektedir. Antipsikotik ilaçların gelişmesi ile beraber günümüzde daha nadir kullanılan bir tedavi yöntemidir. Günümüzde ilaç tedavisine yanıt vermeyen ya da ilacı yan etkilerinden dolayı bırakan hastalarda kullanılmaktadır. **Psikososyal Tedaviler** Şizofrenide ilaçla tedavi zorunludur. Buna karşın aşağıda sayılan nedenlerden dolayı ilaç tedavisi yalnız başına yeterli olmamakta, ilaçla beraber psikososyal desteğe de ihtiyaç duyulmaktadır. ➢ Psikiyatrik ilaçların geliştirildiği günden bu yana hastalarda kesin bir iyileşme sağlanmamıştır. ➢ İlaçlar negatif belirtiler üzerinde çok fazla etkili değildir hatta ikincil negatif belirtilere neden olmaktadır. ➢ İlaçlar hastalarda ciddi yan etkilere neden olduğundan dolayı hastalar ilaç almaya karşı olumsuz tutumlar gösterebilmektedir. ➢ Düzenli tedavi alınmasına karşın hastalık tekrar alevlenebilmektedir. Bireysel psikoterapi: Burada amaç düzenli ilaç kullanımını geliştirmek, sosyal ve mesleki işlevselliği artırmak ve gerilemeyi önlemektir. Odak noktası anksiyeteyi azaltma ve güveni artırmaktır. Grup terapi: Özellikle ayaktan izlenen şizofreni hastalarında ilaç tedavisi ile birlikte olduğunda etkilidir. Grup terapide genellikle gerçek yaşam planlarına, problemlere ve ilişkilere odaklanılır. Grup terapinin sosyal izolasyonu azaltmada, bağlılık duygusunu artırmada ve gerçeği test etmede etkili olduğu bildirilmektedir. Sosyal beceri eğitimi: Şizofrenide kullanılan çok kapsamlı psikososyal müdahalelerden biridir. Eğitim sürecinde rol oynamaya odaklanılır. Kısa senaryolar seçilir. Bunlar hastanın günlük karşılaştığı durumlar olmalı ve zorluk derecesi açısından basitten karmaşığa doğru sıralanmalıdır. Örnek: Kafamı yukarı aşağı salladım ve sen konuşurken senin yüzüne baktım. Ardından hastanın benzer rolü oynaması istenir. Bu deneme süreçleri tekrar tekrar yapıldıktan sonra hasta gelişim gösterir.	gelen "ikincil rol"; müdür olma, yönetici olma gibi geçici olarak belirli bir yer ve zamanda üstlenilen "tersiyer rol" şeklinde olabilir. Bireyin rolünü yerine getirebilmesi diğer kişilerle olan etkileşimine bağlıdır. Bu alanda altta yatan temel gereksinim bireyin sosyal bütünlüğü ve sahip olduğu tüm rolleri ile uyumudur. *Karşılıklı bağlılık alanı* birey ve grupların birbirine bağlı ilişkilerine ilişkin davranışlardır. Temel ihtiyaç ilişkiyi güvenli bir şekilde beslemektir. Bu alan dâhilinde birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak psişik bütünlüğünü devam ettirir. Bu alanın odak noktası ikili özel ilişkilerdir. Diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için destek ve onaylama gösterilerek bağlılık ifade edilir. Karşılıklı bağlılık "alma" ve "verme" arasında bir denge olarak kabul edilir. Bireyin bir kişi ya da gruba dâhil olması bu alandaki uyumu ile ilişkilidir (Fawcett, 2005). **Verilen eğitim ile bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmaları geliştirilerek;** -Bireyin şizofreni tedavisi hakkında bilgi düzeyi artabilir (benlik kavramı) -Bireyin hastalığın tedavisi hakkında bilgi düzeyinin artması ile bakım verme rolüne ilişkin öz yeterliği artabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon) -Bireyin hastalıkta kullanılan tedavi yöntemlerini bilmesi bu konuyla ilgili kararsızlığını ortadan kaldırarak benlik saygısını yükseltebilir (benlik kavramı) -Bireyin tedavi ilkeleri hakkında bilgilenmesi tedavideki rolünü öğrenmesini sağlayarak bakım veren rolüne ilişkin motivasyonunu artırabilir (rol fonksiyon)

	Aile psikoterapisi: Hastaların büyük bir kısmı hastalığı ve tedavi olmayı reddederler. Hastaların çoğu da aileleri ile birlikte yaşar ve hastanın bakım ve tedavi gibi sorunları tümden aileye kalmıştır. Özellikle ülkemizde bir şizofreni hastasının ailesinden başka gideceği hiçbir yer yok gibidir. Ayrıca ailenin hastadan ve hastanın da aileden beklentilerine bağlı olarak görülen duyguların dışavurulması hastalığın kötüleşmesinde bir etken olabilmektedir. Bu nedenlerden dolayı tedaviye hasta ailesinin de dâhil edilmesi önem arz etmektedir. Bu yaklaşım stresle başa çıkmaya yönelik davranışlara odaklanarak somut problemlerin çözümünde aileyi bir kaynak olarak görür. Hastalık hakkında ve etkili baş etme yöntemleri hakkında aileye bilgi veren psikoeğitim programları hastalığın alevlenme olasılığını ve hasta olmayan akrabalarda hastalığın ortaya çıkma olasılığını azaltır. Bu müdahaleler ailedeki stresi azaltmak ve aile işlevlerini geliştirmeye odaklanır.	
Hedefler Bireyin; -Şizofrenide kullanılan ilaçlar ve yan etkileri hakkında bilgi sahibi olması -Yan etkiler görüldüğünde bunlarla nasıl başa çıkabileceğini bilmesi -Bakım verme rolüne ilişkin öz yeterliğinin artması -Bakım verme rolüne ilişkin motivasyonunun artması **Kazanımlar** -Şizofrenide kullanılan ilaçların neden olabileceği yan etkileri bilir -Hastada ilaç yan etkilerini gözlemlediğinde nasıl bir yaklaşımda bulunması gerektiğini bilir -Bakım veren olarak tedavideki rolünün farkına varır	**3.HAFTA: İLAÇLAR VE YAN ETKİLERİ** Şizofrenide kullanılan ilaçlar "antipsikotik" ya da "nöroleptik" ilaçlar olarak adlandırılırlar. Biz "antipsikotik" terimini kullanacağız. **Antipsikotik ilaçlar nasıl etki eder?** Antipsikotik ilaçlar kendi aralarında ikiye ayrılırlar. Tipik (birinci kuşak, klasik, geleneksel) antipsikotikler ve atipik (yeni nesil, yeni geliştirilen) antipsikotikler. Tipik antipsikotikler temel olarak beyinde sinir hücrelerinde taşınan dopamin adı verilen bir madde (nörotransmitter) üzerine etkilidirler. Bu ilaçlar sinir hücrelerinde dopamin aracılı iletimi engelleyerek etki gösterirler. Atipik antipsikotikler ise tipik antipsikotiklere göre dopamin aracılı iletimi daha az engellerler. Ancak bir başka nörotransmitter olan serotonin aracılı iletimi engelleyerek tedavide etkili olurlar. **Antipsikotik ilaçların yan etkileri** Antipsikotik ilaçlar şizofreni belirtilerinin ortadan kalkmasını sağlarken aynı zamanda bazı yan etkileri bulunmaktadır. Bu yan etkiler aşağıda verilmiştir: Ağız kuruluğu: Bu durumda hastaya şekersiz sakız çiğnetilebilir, sık sık su yudumlaması sağlanabilir. İyi bir ağız temizliği sağlanmalıdır. Görmede bulanıklaşma: Bu belirti genellikle birkaç hafta içinde azalır. Görme kalitesi düzelene kadar hasta araç kullanmamalıdır. Kabızlık: Hastanın lifli gıdalarla beslenmesi sağlanır. Engelleyen bir hastalık yoksa fiziksel aktivite yapmasını ve bol su içmesini sağlayın. Deride kızarıklık, leke oluşması: Hastanın vücudunda gördüğünüz her türlü döküntü, kızarıklık için doktorunuz ile görüşün. Sedasyon: Dozun azaltılması ya da ilacın uyku saatinde verilmesi konusunda doktorunuz ile görüşün. Hasta sedasyon halindeyken araba kullanmaması yönünde uyarın.	RAM'a göre kazanılmış olan başa çıkma süreçleri bazı stratejilerle geliştirilir. Bu stratejilerden biri de bilişsel/duyuşsal baş etme yöntemlerinden biri olan öğrenmedir. Öğrenme taklit, pekiştirme ve içgörüyü (kavrama) içerir. *Benlik kavramı alanı* bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında sahip olduğu inanç ve duyguların birleşimini ele alır. Temel ihtiyaç psişik ve manevi bütünlük, bireyin evrende bir amacı, anlamı olduğunu bilmesidir. Bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında tutulan inanç ve duyguların birleşimi, iç algılarından ve başkalarının tepkilerinin algılanmasından oluşur. Bu alanın temel sorusu "İnsan kendini nasıl görüyor? sorusudur. Benlik kavramı alanı zaman içerisinde iç ve dış uyaranlara göre değişime uğrayabilir. Bireyin görünümü, cinselliği, sağlık ve hastalık durumu, idealleri, ahlaki değerleri gibi özellikler benlik kavramı alanı kapsamındadır. *Rol fonksiyon alanında* insan sistemlerindeki rollere ilişkin davranışlar değerlendirilir. Rol, kişinin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi ya da bireylerin birbirlerine karşı hissettiği beklentiler kümesi olarak tanımlanır. Roller yaş, cinsiyet, gelişime bağlı "birincil rol"; eş, anne, öğretmen olma gibi diğerleri ile ilişkiler yoluyla kazanılan ve kalıcı hale

	Ortostatik hipotansiyon: Ayağa kalkarken tansiyonun aniden düşmesi anlamına gelir. Ayağa kalkma esnasında kısa süreli baş dönmesi yaşanır. Bu durumda hasta yatar ya da oturur pozisyondan yavaşça kalkmalıdır. Işığa karşı duyarlılık: Hastanın dışarı çıktığı zamanlarda güneş kremi sürmesini, koruyucu elbiseler giymesini ve güneş gözlüğü takmasını sağlayın. Hormonal etkiler: Antipsikotik ilaçlar hastada cinsel isteği azaltabilir, hasta erkek ise memelerin aşırı gelişmesi görülebilir. Bu tür durumların düzeltilebilir olduğu ile ilgili hastaya açıklama yapın. Gerekirse alternatif ilaç kullanımı için doktorunuzla görüşün. Âdet görememe: Hastaya bu durumun düzeltilebilir olduğu hakkında bilgi verin. Eğer doğum kontrol hapları kullanıyorsa bunları kullanmaya devam etmelidir. Çünkü antipsikotik ilaçlar gebe kalmayı engellemez. Kilo alma: Sakıncası yoksa hastaya fiziksel aktivite uygulayın. Kalori kontrollü diyetle kilo alımı engellenebilir ya da azaltılabilir. Boğaz ağrısı, ateş, halsizlik: Bu belirtiler varsa doktorunuz ile görüşün. Doktor gerekli görürse hastadan kan kontrolü isteyebilir. Yerinde duramama: Tedavi başladıktan sonra 50-60 gün sürebilir. Garip el ve yüz hareketleri, boyun tutulması, yutkunma zorluğu: Uzun süreden beri antipsikotik ilaç alan hastalarda görülebilir. Genellikle dilin solucan şeklinde hareketleri ilk belirtidir. Bu durumda derhal ilaç kesilerek doktor ile iletişime geçilmelidir. Kas sertleşmesi, yüksek ateş, kalp atımının artması, bilinç kaybı: Bu durumda ilaç derhal kesilerek doktor ile iletişime geçilmelidir. Diyabet ve kanda şeker oranının artması: Diyabeti de bulunan şizofreni hastaları tedavi başlangıcında düzenli olarak açlık kan şekeri testi yaptırmalıdır. Ayrıca tedavi sırasında çok su içme, sık idrara çıkma, iştahta artma gibi yüksek şeker belirtileri görülürse açlık kan şekeri testi yapılmalıdır. -Hasta ilacı uzun süreden beri kullanıyorsa aniden bırakmamalıdır. İlacın aniden bırakılması mide bulantısı, kusma, baş dönmesi, kalp atımının artması, uykusuzluk gibi belirtilere neden olur. -Hasta Klozapin tedavisi alıyorsa haftalık ilaç düzenlemesi yapılabilmesi için kan değerleri haftalık kontrol edilmelidir. -Aşağıdaki belirtilerden herhangi birini gördüğünüzde derhal doktorunuz ile iletişime geçiniz. Boğaz ağrısı, ateş, halsizlik, garip kanamalar, morarmalar, bulantı ve kusma, aşırı baş ağrısı, hızlı kalp atışı, bayılma, idrar yaparken zorlanma, idrar renginin koyulaşması, aşırı idrar yapma, kas seğirmesi, titremeler, aşırı susama, aşırı açlık, göz veya cildin sarı renge dönüşmesi, denge kaybı, ciltte kızarıklık. -Antipsikotik ilaç kullanan hasta alkol kullanımından kaçınmalıdır. Çünkü bu	gelen "ikincil rol"; müdür olma, yönetici olma gibi geçici olarak belirli bir yer ve zamanda üstlenilen "tersiyer rol" şeklinde olabilir. Bireyin rolünü yerine getirebilmesi diğer kişilerle olan etkileşimine bağlıdır. Bu alanda altta yatan temel gereksinim bireyin sosyal bütünlüğü ve sahip olduğu tüm rolleri ile uyumudur. *Karşılıklı bağlılık alanı* birey ve grupların birbirine bağlı ilişkilerine ilişkin davranışlardır. Temel ihtiyaç ilişkiyi güvenli bir şekilde beslemektir. Bu alan dâhilinde birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak psişik bütünlüğünü devam ettirir. Bu alanın odak noktası ikili özel ilişkilerdir. Diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için destek ve onaylama gösterilerek bağlılık ifade edilir. Karşılıklı bağlılık "alma" ve "verme" arasında bir denge olarak kabul edilir. Bireyin bir kişi ya da gruba dâhil olması bu alandaki uyumu ile ilişkilidir (Fawcett, 2005). **Verilen eğitim ile bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmaları geliştirilerek;** -Bireyin şizofrenide kullanılan ilaçlar ve yan etkileri hakkında bilgi düzeyinde artış görülebilir (belik kavramı) -Bireyin şizofrenide kullanılan ilaçlar ve yan etkilerini öğrenmesi bakım veren rolüne ilişkin öz yeterliğini artırabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon) -Birey ilaç yan etkileri hakkında bilgi düzeyinin artması ile hastanın ilaçlara karşı olan tutumunun nedenlerini anlayabilir (rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık)

	ilaçlar alkol ile birlikte vücuda alındığında etkileri artabilir, bu da istenmeyen yan etkilere neden olabilir. -Doktor önermeden bu ilaçlardan başka bir ilaç kullanılmamalıdır. -Hamile iken antipsikotik ilaç kullanmak çocuk üzerinde olumsuz etkilere neden olabilir. Bu nedenle hasta hamile ise veya hamilelik planlaması yapıyor ise bu durumu kesinlikle doktorunuza haber vermeniz gerekmektedir. -Hasta kendini iyi hissetse ve artık ilaçlara ihtiyacı olmadığını düşünse bile ilaçlarını kullanmaya devam etmelidir. Çünkü ilaç bırakıldıktan bir süre sonra belirtiler tekrar ortaya çıkacaktır. Şizofrenide ilaç kullanımı zorunlu olup tedavinin köşe taşını oluşturmaktadır. İlaç tedavisi hastalık semptomlarını azaltırken hastaneye yatış süresini kısaltır. Tedavi alan hastalar uzun süre psikotik belirtilerden kurtulabilir ve atak geçirme olasılıkları azalır. Hastalık semptomlarının erken tanınması ve bir an önce ilaç tedavisine başlanması ile hastalığın seyri iyileştirilebilir.	
Hedefler Bireyin; -Şizofreninin erken belirtilerini tanıması -Erken belirtileri gözlemlediğinde süreci nasıl yönetmesi gerektiğini bilmesi -Bakım verme rolüne ilişkin öz yeterliğinin artması -Bakım verme rolüne ilişkin motivasyonunun artması -Benlik saygısının artması **Kazanımlar** -Hastalığın erken belirtilerini tanır -Erken belirtiler görüldüğünde nasıl bir yaklaşımda bulunması gerektiğini bilir -Bakım veren rolünün hastalık sürecindeki öneminin farkına varır	**4.HAFTA: ERKEN BELİRTİLERİ TANIMA** Şizofrenide tedaviye erken başlama, üzerinde önemle durulan ve pek çok yararı bulunan bir konudur. Erken tedavi ile şizofreni hasta oranının düşmesi, iyileşmenin hızlanması, hastalığın daha iyi bir gidişat göstermesi, psikososyal becerilerin korunması, aile ve toplumsal desteklerin korunması ve hastane yatışlarının azalması gibi avantajlar elde edilebilir. Erken uyarıcı belirtilerin bilinip tanınması ile de hastalık alevlenmeden önce yapılması gereken müdahalelerin yerine getirilmesi önem arz eder. Şizofreni, ataklarla seyreden bir hastalıktır. Atak dönemlerinde hastalık daha şiddetli seyredip belirtiler daha gözle görülür niteliktedir. Bireyin geçirdiği atakların sayısı arttıkça hastalık da daha kötüye doğru ilerler. Yani geçirilen her atak hastanın durumunun daha da kötüye gitmesi demektir. Şizofrenide hastalığın direkt olarak herhangi bir belirti vermeden alevlenmesi az görülür. Çoğunlukla hastalık alevlenmeden önce birtakım uyarıcı belirtiler kendini gösterir. Erken uyarıcı belirtiler hastalığın başlangıcındaki ilk alevlenme dönemi sonrası olan, alevlenme dönemi öncesi belirtilerdir. Alevlenme öncesi uyarıcı belirtiler çoğunlukla psikotik olmayan belirtilerdir. Gerginlik hissi ve sinirlilik, iştah kaybı, konsantrasyonda ve uykuda bozulma, depresif duygudurum, alkol ve uygunsuz ilaç kullanım davranışı ve görüşülen arkadaşların azalması gibi belirtilerdir. Kimisi daha uykusuz olmuşken, kimisi daha sinirli olmuştur, kimi de çevreden ilgisini çekmiş olabilir. Bireyin ve çevresinin hastalık alevlenmeden evvel fark ettiği önemli değişiklikler yeni bir alevlenmenin habercisi olabilir. **Erken Uyarıcı belirtiler aşağıdaki gibi sıralanabilir:** • Hiçbir şeye karşı ilgi duymama,	RAM'a göre kazanılmış olan başa çıkma süreçleri bazı stratejilerle geliştirilir. Bu stratejilerden biri de bilişsel/duyuşsal baş etme yöntemlerinden biri olan öğrenmedir. Öğrenme taklit, pekiştirme ve içgörüyü (kavrama) içerir. *Benlik kavramı alanı* bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında sahip olduğu inanç ve duyguların birleşimini ele alır. Temel ihtiyaç psişik ve manevi bütünlük, bireyin evrende bir amacı, anlamı olduğunu bilmesidir. Bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında tutulan inanç ve duyguların birleşimi, iç algılarından ve başkalarının tepkilerinin algılanmasından oluşur. Bu alanın temel sorusu "İnsan kendini nasıl görüyor? sorusudur. Benlik kavramı alanı zaman içerisinde iç ve dış uyaranlara göre değişime uğrayabilir. Bireyin görünümü, cinselliği, sağlık ve hastalık durumu, idealleri, ahlaki değerleri gibi özellikler benlik kavramı alanı kapsamındadır. *Rol fonksiyon alanında* insan sistemlerindeki rollere ilişkin davranışlar değerlendirilir. Rol, kişinin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi ya da bireylerin birbirlerine karşı hissettiği beklentiler kümesi olarak tanımlanır. Roller yaş, cinsiyet, gelişime bağlı "birincil rol"; eş, anne, öğretmen olma gibi

	• Çöküntülü hissetme, • Bir şeye dikkatini vermekte güçlük çekme, odaklanamama, • İnsanlardan uzaklaşma, sinirlilik, sıkıntılı hissetme, • Uykusuzluk ya da aşırı uyku, hareketlilik, • Kendine zarar verme, intihar düşüncesi ve girişimi, • Başkalarına zarar verme, saldırganlık, • Aşırı miktarda alkol ve uyuşturucu alma, iştah değişiklikleri, alınganlık Her alevlenme dönemi öncesindeki birkaç gün ya da haftaya dikkat etmek gerekir. Erken uyarıcı belirtiler genellikle 1 aydan daha kısa bir sürede oluşmaktadır. Hastalar da hastalık alevlenmeden önce birtakım belirtiler yaşadıklarını genellikle hatırlarlar ve bunun farkındadırlar. Erken uyarıcı belirtiler birtakım deneyimler, düşünceler ve davranışlarla karakterizedir. Hasta ve ailelerin bu belirtilerin farkında olmaları ve belirtiler ortaya çıktığında en kısa sürede tedavi kurumlarına başvurmaları, onların daha az oranda sorun yaşamalarına neden olacaktır. Erken uyarıcı belirtileri gördüğünüzde hasta bu durumla ilgili sizinle aynı fikirde olmayabilir. Bu durumda hasta sizinle aynı fikirde olsun ya da olmasın tedavi ekibi ile iletişime geçmeli ve mevcut durumla ilgili tedavi ekibinizi ya da doktorunuzu bilgilendirmelisiniz. **En yaygın görülen erken uyarıcı belirtiler:** • Varsanılar (% 53), • Şüphecilik (% 43), • Uyku değişikliği (% 43), • Anksiyete (% 38), • Bilişsel yetersizlik (% 26), • Kızgınlık/düşmanlık (% 23), • Somatik belirtiler veya sanrılar (% 21), • Düşünce bozukluğu (% 17), • Uygunsuz davranış (% 17), • Depresyon	diğerleri ile ilişkiler yoluyla kazanılan ve kalıcı hale gelen "ikincil rol"; müdür olma, yönetici olma gibi geçici olarak belirli bir yer ve zamanda üstlenilen "tersiyer rol" şeklinde olabilir. Bireyin rolünü yerine getirebilmesi diğer kişilerle olan etkileşimine bağlıdır. Bu alanda altta yatan temel gereksinim bireyin sosyal bütünlüğü ve sahip olduğu tüm rolleri ile uyumudur. *Karşılıklı bağlılık alanı* birey ve grupların birbirine bağlı ilişkilerine ilişkin davranışlardır. Temel ihtiyaç ilişkiyi güvenli bir şekilde beslemektir. Bu alan dâhilinde birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak psişik bütünlüğünü devam ettirir. Bu alanın odak noktası ikili özel ilişkilerdir. Diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için destek ve onaylama gösterilerek bağlılık ifade edilir. Karşılıklı bağlılık "alma" ve "verme" arasında bir denge olarak kabul edilir. Bireyin bir kişi ya da gruba dâhil olması bu alandaki uyumu ile ilişkilidir (Fawcett, 2005). **Verilen eğitim ile bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmaları geliştirilerek;** -Bireyin şizofreninin erken belirtileri ile ilgili bilgi düzeyi artabilir (benlik kavramı) -Bireyin, hastalığın erken belirtilerini öğrenmesi bakım verme rolü ile ilişkili öz yeterliğini artırabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon) -Birey erken belirtileri tanımaya bağlı olarak hastalık alevlenmeden evvel gerekli müdahaleleri yaparak alevlenmeleri ve hastane yatışlarını azaltabilir (rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık)
Hedefler Bireyin; -"İyileşme" kavramını tanımlayabilmesi -İyileşme ve iyileşme sürecinin amaçlarını bilmesi -İyileşmeyi etkileyen faktörlerin farkına varması	**5.HAFTA: ŞİZOFRENİDE İYİLEŞME** Dünya nüfusunun ortalama yüzde 1'ini etkileyen şizofreni sanrılar, halüsinasyonlar, davranış bozuklukları gibi birtakım farklı belirtiler ile karakterizedir. Hastalığın gidişatı hastadan hastaya değişiklik göstermekle beraber birçok hasta yaşamları boyunca alevlenmeler yaşarlar. Bu alevlenmelerin sayısındaki artış gelecekte tedaviye verilen yanıtı olumsuz etkileyebilir. Ortaya çıkan bu durum da zaman içinde beyinde meydana gelen değişikliklerden kaynaklanır.	RAM'a göre kazanılmış olan başa çıkma süreçleri bazı stratejilerle geliştirilir. Bu stratejilerden biri de bilişsel/duyuşsal baş etme yöntemlerinden biri olan öğrenmedir. Öğrenme taklit, pekiştirme ve içgörüyü (kavrama) içerir. *Benlik kavramı alanı* bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında sahip olduğu inanç ve duyguların birleşimini ele alır. Temel ihtiyaç psişik ve manevi

-Bakım verme rolüne ilişkin öz yeterliğinin artması -Bakım verme rolüne ilişkin motivasyonunun artması -Benlik saygısının artması **Kazanımlar** -"İyileşme" kavramını tanımlar -Şizofrenide iyileşme ve iyileşme sürecinin amaçlarını bilir -Şizofrenide iyileşmeyi etkileyen (olumlu ve olumsuz) faktörleri tanımlar -Bakım veren rolünün hastalığın gidişatı üzerindeki önemini bilir	Tarihsel olarak şizofreni önlenemez kötü gidişatı olan ölümcül bir tanı; kronik ve ilerleyici bir hastalık olarak görülmüştür. Ancak, şizofreni hakkında bilgilerimiz arttıkça bu hastaların da gelişebileceği konusunda fikir birliğine varılmıştır. İyileşme üretken olmak, bağımsız çalışmak ve tatmin edici ilişkileri sürdürmek olarak tanımlanmaktadır. Kişinin tutumları, değerleri, hisleri, amaçları, becerileri ve rollerindeki derin, bireysel, eşsiz değişim süreci ve hastalığa bağlı sınırlamalara rağmen hayatı doyum verici, umutlu, katkı sağlayarak anlamlı yaşama yoludur. İyileşme sürecinin amacı, bireylerin yeti ve becerilerini geliştirmek ve mesleki, eğitimsel ve toplumsal alanlarda tam bir yurttaş gibi yaşamaları için kapsamlı ve uzun süreli desteği oluşturmaktır. Şizofrenide iyileşme hastalıkla ilgili psikopatoloji olmaması, toplum, sosyal ve mesleki hayat içerisinde işlev görme yeteneğini ifade eder. Geçmişten beri şizofrenide iyileşmenin çok nadir ya da imkânsız olduğu düşüncesi bulunsa da hastalığın belirtilerinde ve sosyal alanda iyileşme sağlanabildiği kanıtlanmıştır. Şizofrenide iyileşme remisyon (hastalığın belirtilerinin yatışması) ya da atak dönemlerinden daha zorlu ve uzun vadeli bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Hem hastalık belirtilerinin alevlenmesi hem de biliş, sosyal işlevsellik ve hayat kalitesi gibi fonksiyonel unsurları kapsayan bir kavram olarak düşünülmektedir. Araştırmalardan elde edilen önemli sonuçlardan biri hastaların önemli bir kısmının tamamen iyileşebileceği ve çok daha fazlasının sosyal işleyişini geri kazanabileceği yönündedir. Şizofrenide iyileşme oranlarına bakıldığında hastaların % 20'sinin tamamen iyileştiği, yani psikotik semptomların kaybolduğu ve hastalanmadan önceki işlevsellik seviyesine döndüğü, % 40'ının ise (tam iyileşme sağlayanlar dâhil) sosyal olarak iyileşme gösterdiği, yani hem ekonomik olarak bağımsız olabilme hem de düşük düzeyde sosyal bozulmaya sahip olma durumu olduğu belirlenmiştir. Çalışmak, şizofreni ve diğer psikozlardan iyileşmeyi, sosyal bütünleşmeyi, akran ilişkilerini normalleştirmeyi ve kişisel imajı iyileştirmeyi destekler. İş, doğal bir yetişkin aktivitesi ve bir kimlik kaynağıdır. Bir iş, artan gelir, genişletilmiş sosyal temaslar ve yaşamda bir anlam hissi getirebilirken, işsizlik yabancılaşma, ilgisizlik, madde kötüye kullanımı, fiziksel sağlıksızlık ve izolasyon riskleri taşımaktadır. Şizofreni hastasının bir işte çalışmasının hastaların şizofreniden kurtulmasında yardımcı olduğu ve mesleki rehabilitasyondaki ilerlemenin bunu daha mümkün kıldığını göstermektedir. Şizofreni hastalarında iyileşmenin olmasının temel koşulları antipsikotik ilaçların düzenli kullanımı ve hastalığın uzun seyirli süreğen bir hastalık olması dolayısı ile sürekli, koordineli çalışan ve kapsamlı hizmetlerin sunulmasıdır. Belirtilerin remisyonu, mesleki işlevsellik, bağımsız yaşayabilme ve akran	bütünlük, bireyin evrende bir amacı, anlamı olduğunu bilmesidir. Bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında tutulan inanç ve duyguların birleşimi, iç algılarından ve başkalarının tepkilerinin algılanmasından oluşur. Bu alanın temel sorusu "İnsan kendini nasıl görüyor? sorusudur. Benlik kavramı alanı zaman içerisinde iç ve dış uyaranlara göre değişime uğrayabilir. Bireyin görünümü, cinselliği, sağlık ve hastalık durumu, idealleri, ahlaki değerleri gibi özellikler benlik kavramı alanı kapsamındadır. *Rol fonksiyon alanında* insan sistemlerindeki rollere ilişkin davranışlar değerlendirilir. Rol, kişinin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi ya da bireylerin birbirlerine karşı hissettiği beklentiler kümesi olarak tanımlanır. Roller yaş, cinsiyet, gelişime bağlı "birincil rol"; eş, anne, öğretmen olma gibi diğerleri ile ilişkiler yoluyla kazanılan ve kalıcı hale gelen "ikincil rol"; müdür olma, yönetici olma gibi geçici olarak belirli bir yer ve zamanda üstlenilen "tersiyer rol" şeklinde olabilir. Bireyin rolünü yerine getirebilmesi diğer kişilerle olan etkileşimine bağlıdır. Bu alanda altta yatan temel gereksinim bireyin sosyal bütünlüğü ve sahip olduğu tüm rolleri ile uyumudur. *Karşılıklı bağlılık alanı* birey ve grupların birbirine bağlı ilişkilerine ilişkin davranışlardır. Temel ihtiyaç ilişkiyi güvenli bir şekilde beslemektir. Bu alan dâhilinde birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak psişik bütünlüğünü devam ettirir. Bu alanın odak noktası ikili özel ilişkilerdir. Diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için destek ve onaylama gösterilerek bağlılık ifade edilir. Karşılıklı bağlılık "alma" ve "verme" arasında bir denge olarak kabul edilir. Bireyin bir kişi ya da gruba dâhil olması bu alandaki uyumu ile ilişkilidir (Fawcett, 2005). **Verilen eğitim ile bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmaları geliştirilerek;** -Bireyin şizofrenide iyileşme ve iyileşme süreçleri

	ilişkilerinin iyi olması iyileşmenin bileşenleri olarak belirtilmektedir. Aynı zamanda iyileşme sürecinde rol oynayan bazı faktörler vardır: • Tedavisiz geçen psikoz süresinin kısa olması • Hastalık öncesinde işlevselliğin iyi olması • Antipsikotik ilaçlara iyi yanıt verme • Nörobilişsel durumun iyi olması • Destekleyici sosyal çevre/ağ • Sürekli ve kapsamlı psikiyatrik bakım **İyileşmeyi olumlu etkileyen faktörler** - Hastalığı kabul etme - Belirtileri yönetme - Öncelikleri düzenleme - Deneyimleri paylaşma - Umut - Gerçekçi iyimserlik - Özgüven/ Özsaygı - Kararlılık - Kaliteli yaşam - Manevi güç - Eğitim - İlaç tedavisinin devamlılığı - Çevre ve toplum üyelerinin desteği - Güce ve değişime odaklanma **İyileşmeyi olumsuz etkileyen faktörler** - Negatif benlik algısı - Kendini suçlama - Kendinden nefret etme - Ailesel sorunlar - Stres - Damgalama - Önyargı - Ayrımcılık İyileşme süreci, ruhsal hastalığı olan kişilerin öğrenmesi, çalışması, toplum içinde olabildiğince bağımsız bir şekilde yaşaması ve işlevsellik göstermesi için gerekli bilişsel, duygusal, toplumsal, zihinsel ve fiziksel becerileri gerçekleştirmesi amacıyla hastalara olanak sağlayan kapsamlı hizmetleri de kapsamaktadır. Toplumun tavır ve tutumları, hastaların yardım arama davranışında, profesyonellerle ilişkisinde ve tedaviye uyumunda önemli rol oynamaktadır. Toplumun hastaya ve yapabileceklerine inancı yoksa kişinin kendi değerine olan inancı da kaybolmaktadır. Destek ve yardım umudun yeniden yapılandırılması için önemlidir. Ciddi ruh sağlığı problemleri yıkıcı ve hayatı değiştiren deneyimlerdir. Ancak, yeti yitimine yol açan ruhsal rahatsızlıklardan iyileşme olasılığı günümüzde her zamankinden daha yüksektir. İyileşme, bütün belirtilerin ortadan kaldırılması ya da fonksiyonların tamamen düzeltilmesi değildir. İyileşme tedavinin ötesinde bir süreç olup, hayatı anlamak ve anlayarak yaşamaktır. İyileşme insanların büyümesini, davranışlarının ve değerlerinin değişmesini ve deneyimlerden anlam çıkarmasını içerir.	hakkında bilgi düzeyi artabilir (benlik kavramı) -Bireyin hastalığın iyileşme sürecini öğrenmesi bakım verme rolü ile ilişkili öz yeterliğini artırabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon) -Bireyin hastalığın iyileşme sürecini öğrenmesi bakım verme rolü ile ilişkili motivasyonunu artırabilir (rol fonksiyon) -Bireyin, hastalığın iyileşme sürecinde bakım veren olarak önemini öğrenmesi ile hastaya karşı tutum ve davranışları değişebilir (rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık) -Bireyin hastalığın iyileşme sürecini öğrenmesi ile birlikte umudunda artış sağlanabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık).

Hedefler Bireyin; -Duygu dışavurumunu tanımlayabilmesi -Duygu dışavurumunun hastalık ve hastalık süreci üzerindeki etkisinin farkına varması -Hastaya karşı tutumun önemini bilmesi -Bakım verme rolüne ilişkin yaşayabileceği stres, öfke, suçluluk, sosyal izolasyon gibi durumların farkında olması ve bu durumlarla baş etme yollarını öğrenmesi -Bakım verme rolüne ilişkin öz yeterliğinin artması -Bakım verme rolüne ilişkin motivasyonunun artması -Benlik saygısının artması **Kazanımlar** -Duygu dışavurumunu tanımlar -Duygu dışavurumunun hastalığın gidişatı üzerindeki etkilerini bilir -Hastaya nasıl bir yaklaşım ve tutum içinde olması gerektiğini bilir -İyileşme için aile içi iletişimin öneminin farkına varır	**6.HAFTA: HASTAYA KARŞI TUTUM VE DUYGU DIŞAVURUMU** Şizofreni, hastalık belirtilerinin sıkça alevlendiği bir hastalıktır. Hastalığın gidişatı sırasında da hasta ile en sık temas içerisinde bulunan bakım verenler ve hasta yakınlarının davranışları son derece önemlidir. **Duygu dışavurumu ne demektir?** Şizofreni hastasına karşı aile üyelerinin genel tavırları "duygu dışavurumu" olarak adlandırılır. Duygu dışavurumu şizofreni hastası ve bakım veren aileleri arasında aile ilişkilerinden kaynaklanan olumsuz aile ortamını ifade eder. Aile ortamında görülebilen bu durum hastalığın tekrarlaması ya da belirtilerin alevlenmesine neden olabilir ve ev ortamının duygusal atmosferini yansıtır. "Evde birisi hakkında eleştirilerde bulunulması, hastaya karşı düşmanlığın varlığı ya da yokluğu ve bunun ne kadar şiddetli olduğu, doyumsuzluk, hastaya karşı yakınlığın ve sıcaklığın değerlendirilmesi, akrabaların hastayla ilişkilerinde aşırı fedakârlık, müdahalecilik göstermeleri ve kendilerinin iç dünyalarını hastanınkinden ayıramama" olarak ifade edilir. Duygu dışavurumu genellikle aile ortamında bakım veren tarafından gösterilen duygu miktarını belirtir. Hastalığın gidişatını kötüleştirebilir veya hastalığın ortaya çıkmasında bir risk faktörüdür. Ailenin bu hastalık hakkındaki düşünceleri, hastalık ile baş edebilme güçlerine olan inancı ve hastalarına bakmanın getirdiği zorluklar nedeni ile üstlendikleri yük gibi faktörler ailenin duygu dışavurumunu etkileyebilir. Aileler korku, şaşkınlık, utanç, suçluluk, hayal kırıklıkları gibi duygular yaşayabilirler. Ancak şizofreninin gidişatı ve hastalığın alevlenmesinde ailelerin duygu dışavurumu tek başına bir neden değildir. Bu nedenle aileler kendilerini hastalığın nedeni olarak görmemeli, kendilerini suçlamamalıdır. **Duygu dışavurumu kaç türlüdür?** Duygu dışavurumu yüksek duygu dışavurumu ve düşük duygu dışavurumu olmak üzere ikiye ayrılır: **Yüksek duygu dışavurumuna** sahip olanlar çok eleştirel ve düşmancıldır. Aile üyelerine başka nasıl yardım edeceklerini bilmezler çünkü zaten yardım ettiklerini düşünürler. Hastalığın hastanın kendinden kaynaklandığını ve bunu kontrol edebileceklerini düşünürler. Hastanın davranışlarını onları eleştirerek değiştirebileceklerini düşünürler ancak bu durum hastalığın alevlenmesine neden olur. **Düşük duygu dışavurumuna** sahip olanlar eleştirilerinde daha tutucudurlar. Hastanın hastalık üzerinde bir kontrolü olmadığını bilir ve onları anlamaya çalışırlar. Bunun nedeni bazı akrabaların hastalık hakkında daha fazla bilgiye sahip olmasıdır. Bu da onları daha anlayışlı ve daha az eleştirel hale getirir. Aileler daha eğitimli ve hastalığa karşı daha kabullenici olduklarında da	RAM'a göre kazanılmış olan başa çıkma süreçleri bazı stratejilerle geliştirilir. Bu stratejilerden biri de bilişsel/duyuşsal baş etme yöntemlerinden biri olan öğrenmedir. Öğrenme taklit, pekiştirme ve içgörüyü (kavrama) içerir. *Benlik kavramı alanı* bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında sahip olduğu inanç ve duyguların birleşimini ele alır. Temel ihtiyaç psişik ve manevi bütünlük, bireyin evrende bir amacı, anlamı olduğunu bilmesidir. Bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında tutulan inanç ve duyguların birleşimi, iç algılarından ve başkalarının tepkilerinin algılanmasından oluşur. Bu alanın temel sorusu "İnsan kendini nasıl görüyor? sorusudur. Benlik kavramı alanı zaman içerisinde iç ve dış uyaranlara göre değişime uğrayabilir. Bireyin görünümü, cinselliği, sağlık ve hastalık durumu, idealleri, ahlaki değerleri gibi özellikler benlik kavramı alanı kapsamındadır. *Rol fonksiyon alanında* insan sistemlerindeki rollere ilişkin davranışlar değerlendirilir. Rol, kişinin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi ya da bireylerin birbirlerine karşı hissettiği beklentiler kümesi olarak tanımlanır. Roller yaş, cinsiyet, gelişime bağlı "birincil rol"; eş, anne, öğretmen olma gibi diğerleri ile ilişkiler yoluyla kazanılan ve kalıcı hale gelen "ikincil rol"; müdür olma, yönetici olma gibi geçici olarak belirli bir yer ve zamanda üstlenilen "tersiyer rol" şeklinde olabilir. Bireyin rolünü yerine getirebilmesi diğer kişilerle olan etkileşimine bağlıdır. Bu alanda altta yatan temel gereksinim bireyin sosyal bütünlüğü ve sahip olduğu tüm rolleri ile uyumudur. *Karşılıklı bağlılık alanı* birey ve grupların birbirine bağlı ilişkilerine ilişkin davranışlardır. Temel ihtiyaç ilişkiyi güvenli bir şekilde beslemektir. Bu alan dâhilinde birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak psişik bütünlüğünü devam ettirir. Bu alanın odak noktası ikili özel ilişkilerdir. Diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için

	dışavurulan duygu azalır. Hastalığın hastanın kontrolünde olmadığı kabul edilir. Bu durumda aile veya bakım veren, hastaya karşı daha anlayışlı ve daha az suçlayıcı olur. Hasta da daha az strese maruz kalmış olacaktır. Yüksek duygu dışavurumuna sahip olanlar hastalarının problemlerine karşı hoşgörüsüz, müdahaleci ve hastalarının davranışlarından kaynaklanan zorluklarla başa çıkmada uygun olmayan stratejileri kullanmaya eğilimlidir. Düşmancıl, eleştirel ve duygusal olarak aşırı ilgilenme gibi davranışlar sergilerler. Düşük duygu dışavurumu olan ailelerin tepkileri hoşgörülü, müdahaleci olmayan, (şizofreni) hastasının ihtiyaçlarına karşı duyarlıdır. Bu aileler sakin bir yapıya sahip olup ilişkilerinde saygılıdırlar. **Duygu dışavurumu yüksek olursa ne olur?** • Hastaneye yatışlar artar • Hastalık daha sık tekrarlar • Hastalık seyri gittikçe kötüleşir • Depresyon, intihar girişimi görülebilir **Hastaya karşı tutumunuz nasıl olmalıdır?** 1. Hastanız ile ilgili gerçek dışı beklentilere girmeyin. Bu durum ikinize de zarar verir 2. Hastayı kendi bakımı ve diğer becerileri için sorumluluk almaya cesaretlendirin 3. Hastaya karşı aşırı koruyucu tutum onun kendine güvenini düşüreceğinden bundan kaçınmalısınız 4. Söylediği şeyler mantık dışı da gelse sabırlı olmalı, duygusunu anlamaya çalışmalısınız 5. Ailenin daha sakin, telaşsız davranabildiği durumlarda hasta kendini güvende hisseder. Hastalığın alevlenme dönemi yatıştıktan sonra hastayla sakin ve yavaş sesle konuşmalı, fazla kontrol etmemelisiniz 6. Şizofreni hakkında olabildiğince bilgi edinmeye çalışın 7. Kendinizi suçlamayın 8. Hastanıza yardım ederken kendinizi feda etmeyin; Bu, hastaya verdiğiniz bakıma da zarar verecektir 9. Tüm gün boyunca hastanızla vakit geçirmek ne size ne de hastaya yararlı olacaktır. Tüm gününüzü hasta ile beraber geçirmeye çalışmayın 10. Kendinize de vakit ayırmalı, hobileriniz için vakit planlamalısınız 11. Uykunuzu yeterli ve düzenli olarak almalısınız 12. Sorunlarınız var ise bunu ailenizle ya da çevrenizle paylaşın. Aile içinde iş bölümü yaparak birbirinizin yükünü hafifletebilirsiniz Unutmayınız ki şizofreni tedavisi uzun süreli ve fedakârlık gerektiren bir süreçtir. UMUT her zaman canlı tutulmalı, hastanın dünyasını anlamak için çaba gösterilmelidir.	destek ve onaylama gösterilerek bağlılık ifade edilir. Karşılıklı bağlılık "alma" ve "verme" arasında bir denge olarak kabul edilir. Bireyin bir kişi ya da gruba dâhil olması bu alandaki uyumu ile ilişkilidir (Fawcett, 2005). **Verilen eğitim ile bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmaları geliştirilerek;** - Birey duygu dışavurumunun ne anlama geldiğini tanımlayabilir (benlik kavramı) -Bireyin duygu dışavurumu, hastaya karşı tutumu hakkında bilgisinin artması ile bakım verme rolüne ilişkin öz yeterliği artabilir (rol fonksiyon) -Birey, hastaya karşı dışa vurduğu duygularının farkına varabilir (benlik kavramı, karşılıklı bağlılık) -Birey, kendi davranışlarının hasta üzerindeki etkilerinin farkına varabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık) -Bireyin hastaya karşı tutum ve davranışlarında değişime neden olabilir (rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık)

Hedefler

Bireyin;

-"Öfke" kavramını tanımlayabilmesi

-Öfkenin özellikleri ve nedenlerini bilmesi

-Öfke kontrol yöntemlerini öğrenmesi

-Bakım verme rolüne ilişkin öz yeterliğinin artması

-Bakım verme rolüne ilişkin motivasyonunun artması

-Benlik saygısının artması

Kazanımlar

-Öfkenin tanımı, özellikleri ve nedenlerini bilir

-Öfke kontrolünde kullanılabilecek yöntemler hakkında bilgi sahibi olur

-Bakım verme rolünde daha kontrollü ve pozitif davranışlar sergiler

7.HAFTA: ÖFKE VE ÖFKE KONTROL YÖNTEMLERİ

Öfke nedir, öfkenin özellikleri nelerdir?

Öfke; mutluluk, üzüntü, korku ve nefretten oluşan beş temel insani duygudan biridir ve insanın yaşayabileceği gayet doğal bir duygudur. Öfke bir enerji kaynağıdır ve bireyin kendine, bazı nesnelere ya da başka kişilere yöneltilerek boşaltılabilir. Öfke, insanı rahatsız eden bir duruma, bir olaya ya da bir kişinin davranışına karşı gösterilen tepkidir.

- İnsanın temel duygularından biridir.
- Bireyin istek ve ihtiyaçlarının engellenmesi veya beklentilerinin gerçekleşmemesi durumunda ortaya çıkar.
- Tahrik edilme, tehdit algısı olduğunda ortaya çıkabilir.
- Bu tehdit çoğunlukla bireyin benlik saygısı yani kendilik değerine yöneliktir.
- Haksızlık ve adaletsizliğe uğradığımızı düşündüğümüzde ortaya çıkar.
- Karşıdakine bir cevap veya mesaj olarak ya da bazı fizyolojik belirtiler şeklinde görülen bir tepkidir.

Öfke duygusu zorluk, huzursuzluk, gerginlik, sinirlilik gibi kavramların bir karışımı olarak ifade edilebilir. Öfke, yaşadığımız diğer duygulardan farklı bir yerde tutulur ve negatif yani olumsuz bir duygu olarak tanımlanır. Çünkü öfke toplum tarafından saldırganlık, düşmanlık, şiddetin bir parçası olarak kabul edilir.

Aşağıdaki ifadelerin öfke gelişiminde katkısı olduğu düşünülmektedir:

- Adaletsizce muamele gördüğünü hissetme
- Olumsuz olayların kontrol edilebileceği inancı
- Ortaya çıkan zararın kasıtlı olarak yapıldığını düşünme
- Başkalarını suçlamanın uygun olduğunun kabul edilmesi

Öfke, bireysel rahatsızlıklara ve kişilerarası çatışmalara neden olabilen uyumsuz bir başa çıkma mekanizmasıdır. Öfke, sağlıklı veya sağlıksız olarak ifade edilebilir.

Kişi herhangi bir engellenme durumunda mücadele etmeyi, öfkesini uygun şekilde ifade etmeyi tercih ediyorsa sağlıklıdır. Ancak ilişkilerini bozacak şekilde öfke ifadesi gösteriyorsa sağlıksızdır.

Öfkeyi sürekli bastırdığımızda fiziksel hastalıklara (kalp hastalıkları, hipertansiyon, ülser, kanser) neden olma potansiyelin sahiptir. Ancak öfkemizi aşırı bir şekilde dışa vurduğumuzda da çevreye ve kişilere zarar verme, hukuki sıkıntılar, yaralama gibi sorunlar ve kişilerarası ilişkilerin bozulması gibi bir sorun doğurabilir. Öfke durumunda verilen tepkiler öğrenilmiş tepkilerdir ve planlanmadan aniden ortaya çıkar. Öfke tepkileri değişebilir ve ortaya çıkmadan önce engellenmesi gerekir.

RAM'a göre kazanılmış olan başa çıkma süreçleri bazı stratejilerle geliştirilir. Bu stratejilerden biri de bilişsel/duyuşsal baş etme yöntemlerinden biri olan öğrenmedir. Öğrenme taklit, pekiştirme ve içgörüyü (kavrama) içerir.

Benlik kavramı alanı bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında sahip olduğu inanç ve duyguların birleşimini ele alır. Temel ihtiyaç psişik ve manevi bütünlük, bireyin evrende bir amacı, anlamı olduğunu bilmesidir. Bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında tutulan inanç ve duyguların birleşimi, iç algılarından ve başkalarının tepkilerinin algılanmasından oluşur. Bu alanın temel sorusu "İnsan kendini nasıl görüyor? sorusudur. Benlik kavramı alanı zaman içerisinde iç ve dış uyaranlara göre değişime uğrayabilir. Bireyin görünümü, cinselliği, sağlık ve hastalık durumu, idealleri, ahlaki değerleri gibi özellikler benlik kavramı alanı kapsamındadır.

Rol fonksiyon alanında insan sistemlerindeki rollere ilişkin davranışlar değerlendirilir. Rol, kişinin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi ya da bireylerin birbirlerine karşı hissettiği beklentiler kümesi olarak tanımlanır. Roller yaş, cinsiyet, gelişime bağlı "birincil rol"; eş, anne, öğretmen olma gibi diğerleri ile ilişkiler yoluyla kazanılan ve kalıcı hale gelen "ikincil rol"; müdür olma, yönetici olma gibi geçici olarak belirli bir yer ve zamanda üstlenilen "tersiyer rol" şeklinde olabilir. Bireyin rolünü yerine getirebilmesi diğer kişilerle olan etkileşimine bağlıdır. Bu alanda altta yatan temel gereksinim bireyin sosyal bütünlüğü ve sahip olduğu tüm rolleri ile uyumudur.

Karşılıklı bağlılık alanı birey ve grupların birbirine bağlı ilişkilerine ilişkin davranışlardır. Temel ihtiyaç ilişkiyi güvenli bir şekilde beslemektir. Bu alan dâhilinde birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak psişik bütünlüğünü devam ettirir. Bu alanın odak noktası ikili özel ilişkilerdir. Diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için

	Neden öfkeleniriz? Öfke duygusu her insanda bulunur ve her zaman bir nedeni vardır. Ancak bu neden herkes için birbirinden farklıdır ve kimin ne zaman öfkeleneceğini kestiremeyiz. Engellenme, kışkırtma, tehdit, aşağılık duygusu, itibar kaybı, ailede yaşanılan güçlükler öfkelenmemize neden olabilir. Biyolojik faktörler, ailesel özellikler, arkadaş grupları, sosyal ve ekonomik faktörler de öfkelenmemizin nedenlerindendir. Bireyler hastalık halinde de öfke duygusu yaşarlar. Hastalık anında bireyin yaşadığı kontrol kaybı, hastalığın neden olduğu değişim ile baş edememe nedeni ile biyolojik, psikolojik, sosyal bütünlüklerine yönelik bir tehdit algılarlar ve bunun sonucunda öfkelenebilirler. Mantıksız düşüncelerimiz de öfkeye neden olabilir. Bu da genellikle öfke duyulan kişiyi değiştirme amacını taşır. Örnek: Bir kadın 30 yıllık eşinin parasını alkole harcadığını, aralarında geçimsizlik bulunduğunu ve ondan nefret ettiğini söylemektedir. Yardım alabilmek için terapiste başvurduğunda Terapist: "Eşiniz rahatsız olabilir. Ancak sen onun değişmesini istiyorsun. Belki de sen değişmek istersin" dedikten sonra kadın, eşini duygusal rahatsızlığı olan biri olarak görmeye başlıyor ve üzüntüsü azalıyor, eleştirel ve hırçın davranışlarını değiştiriyor. Sonuçta aradaki kavga hali sona eriyor. * Öfkeye neden olan durum hakkında çok konuşmak, çok düşünmek öfkeyi daha da artırır. **Öfkenin olumsuz işlevleri** • İletişimi olumsuz etkileyerek kişiler arası ilişkileri bozabilir • Sosyal geri çekilmeye neden olabilir • Psikosomatik hastalıklar (hipertansiyon, ülser) • Depsresyon • Pasif agresif davranış • Kendine veya çevreye yönelik saldırgan davranışlar **Öfkenin olumlu işlevleri** • Öfke durumunda bireyde mevcut olan enerji bireyi harekete geçirir. Bireyde birikmiş olan enerji, sıkıntıyı ifade etmeyi ve rahatlamayı sağlar • Öfkenin açık ve uygun bir şekilde dile getirilmesi olumlu bir kişilik özelliğidir • İfade edilen öfke ilişkilerin daha sağlıklı ve anlamlı olmasına katkıda bulunur **Öfke Yönetimi** Yıkıcı öfke kontrol edilmelidir. Öfkenin sağlıklı ve işlevsel olabilmesi	destek ve onaylama gösterilerek bağlılık ifade edilir. Karşılıklı bağlılık "alma" ve "verme" arasında bir denge olarak kabul edilir. Bireyin bir kişi ya da gruba dâhil olması bu alandaki uyumu ile ilişkilidir (Fawcett, 2005). **Verilen eğitim ile bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmaları geliştirilerek;** -Birey öfke ve öfkenin özelliklerini tanımlayabilir (benlik kavramı) -Birey öfkenin doğurabileceği olumsuz sonuçların farkına varabilir (benlik kavramı) -Birey öfkenin kontrol edilebileceğini ve öfke ifadesinin kontrol edilebilir olduğunun farkına varabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık/ sadece bakım verme rolü değil diğer tüm rolleri ve ilişkilerinde iyileşme sağlar) -Birey öfkesini nasıl kontrol edebileceği ve öfke yöntemleri hakkında bilgi sahibi olabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık/ sadece bakım verme rolü değil diğer tüm rolleri ve ilişkilerinde iyileşme sağlar)

	için öncelikle varlığının kabul edilip tanınması gerekir. Öfke ifadesi kişiden kişiye değişir. Kimi öfkesini bastırır, yok sayar ya da inkâr eder; kimi de bir süre bastırıp aniden patlar. Bazı insanlar da öfkeli davranmayı yaşam biçimi haline getirmiş, sürekli öfkeli haldedir. Bu tür durumların hepsi öfkenin sağlıksız bir şekilde ifade edildiğini göstermektedir. Öfke yönetiminde kullanılan yöntemler çok çeşitlidir. Önemli olan, kişinin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda kullanılabilecek en uygun yaklaşımın belirlenmesidir. Öfke yönetiminde en uygun çözüm aslında öfkenize neyin neden olduğunu bulmak ve bu neden ile başa çıkabilme yollarını öğrenmektir. Öfke yönetiminde kullanabileceğiniz bazı yöntemler aşağıda verilmiştir: Gevşeme: Derin nefes alıp zihninizde sakinleştirici manzaralar hayal ederek bunları canlandırabilirsiniz. Bu esnada karnı dolduracak şekilde nefes alınır. Yani; nefes alıp verildiğinde göğüs değil karın şişmelidir. Hayal ederek sizi gevşetecek bir yer ya da bir ortam düşünün. Bu yer kendinizi sakin, huzurlu hissettiğiniz herhangi bir yer olabilir. Bu yöntem tekrarlar yapılarak pratiklik kazanılabilir ve gergin ortamlarda otomatik olarak uygulanabilir. Düşünceleri değiştirme: Öfkeli bireyler düşüncelerini küfür, bağırma vb. şekillerde ifade edebilirler. Kızgın ve öfkeli iken olayları istemeden de olsa abartılı olarak algılarız. Bu düşünceleri fark edip yerine daha mantıklı olanları yerleştirmelisiniz. Örnek: "Eyvah, her şey mahvoldu" demek yerine "Dünyanın sonu değil ve buna şu anda öfkelenmem durumu düzeltmeyecek" diyebilirsiniz. Her iki düşünceyi de zihninizden geçirerek deneyin. Öfkenizin hangi düşünce ile arttığını veya azaldığının farkına varın. Diğer bir yanlış düşünce de "asla" ya da "her zaman" gibi sözcükleri kullanmaktır. "Hiçbir şey asla düzelmeyecek" ya da "Her zaman ben haksızlığa uğruyorum" gibi cümleler hatalıdır. Öfkelenmekte haklı olduğumuzu düşünmemize yol açar ve problemin çözümüne de katkı sağlamaz. Öfke durumunda ani davranışlar göstermektense mantığınızı devreye sokun. Tüm dünya sizinle uğraşmıyor ya da size kazık atmaya çalışmıyordur. Kendinize bunu hatırlatın. Sadece hayatın iniş çıkışlarından birini yaşıyorsunuzdur. Ayrıca öfkeli bireyler isteklerinde talepkârdırlar. Talepleri karşılanmayınca hayal kırıklıkları yaşar, bu da öfkelenmelerine neden olur. Örnek: "Bana verilmeli" ya da "benim olmalı" demek yerine "bana verilmesini isterim" diye düşünmek daha sağlıklı olacaktır. Problem çözme: Öfkemiz bazen yaşamımızdaki kaçınılmaz sorunlardan kaynaklı olabilir. Bu durumlar karşısında kızgınlık duymak doğal ve normal bir tepkidir. Bu durumda ilk olarak durumu değiştirip değiştiremeyeceğinizi değerlendirin. Eğer değiştirilebiliyorsa çözüm yollarını araştırın. Ama değiştirilemeyecek bir	

	durumsa yapabileceğiniz en iyi şey sorunla yüzleşmek olacaktır. Elinizden geleni yapmaya çalışın. Ancak yine de sonuca ulaşamıyorsanız kendinize kızmayın, kendinizi cezalandırmaya kalkmayın. Daha iyi iletişim: Öfkeli bireyler genellikle düşünmeden yargılarlar ve bu yargılara göre hareket ederler. Bu yargılar ise bazen gerçeklikten çok uzak olabilir. Çok hararetli bir tartışmaya girdiyseniz; yavaşlayıp gösterdiğiniz tepkileri gözleyin. Aklınıza gelen ilk şeyi hemen söylemeyin, yavaşlayarak aslında ne söylemek istediğinizi düşünün. Karşınızdakinin de ne söylediğini dinleyin ve onu anlamaya çalışın. Cevap vermekte acele etmeyin. Sizi öfkelendiren şeyin ne olduğunu anlamaya çalışın. Eleştirildiğinizde savunmaya geçmeniz normal bir tepkidir. Ancak hemen saldırıya geçmeye çalışmayın, yavaşlayın. Size asıl söylenmek isteneni anlamaya çalışın. Ya da bir an için ortamdan uzaklaşıp rahatlayabilirsiniz. Hiçbir zaman ne sizin öfkenizin ne de karşınızdakinin öfkesinin kontrolden çıkmasına izin vermeyin. Sakinliğinizi korumanız bu durumun önüne geçmenizi sağlayacaktır. Mizah kullanma: Mizah kullanmak öfkenizin şiddetinin azalmasına yardımcı olabilir. Örnek: Karşınızdakine sıfatlar, lakaplar vb. etiketler kullanıyorsanız bir an için onun "o nesne" olduğunu ya da "öyle" olduğunu düşünün. Bu sahneyi gözünüzde canlandırın. Daha somut bir örnek verecek olursak karşınızdakine "odun kafalı" dediğinizde bir an için gerçekten odundan bir kafası olduğunu düşünüp gözünüzün önüne getirin. Bu durumun öfkenizi azalttığını göreceksiniz. Çünkü mizah esnasında yaşanan duygular ile öfke esnasında yaşanan duygular bir arada bulunamaz. Şunu da unutmayın ki mizah kullanımı sorunlarınızı gülerek geçiştirmek anlamına gelmez. Sorunlarla yapıcı olarak yüzleşebilmeniz demektir. Çevrenizi değiştirmek: Bazen öfkemizi artıran şeylerin çevremizde olduğunun farkına varırız. Sorun ve sorumluluklarımız o derece artar ki bu durumla bağlantılı olan insanlara karşı yoğun bir öfke ve kızgınlık duyarız. Bu gibi durumlarda, özellikle stresli olduğunuzu bildiğiniz zamanlarda sadece kendinize vakit ayırın. Örnek: Çalışan bir anne eve geldiğinde kendine ayıracağı 15 dk' lık bir zaman olursa çocuklarının istek ve davranışlarına karşı daha sabırlı davranabilecektir.	
Hedefler Bireyin; -Önceki eğitimlerde edindiği bilgileri gözden geçirmesi -Önceki eğitimlerde dikkat etmediği alanların farkına varması	**8.HAFTA: DEĞERLENDİRME** Şizofreni çoğunlukla genç yaşlarda başlayıp hastayı dış ortamdan koparıp alır, kendi halinde bir yaşama sürükler. Hastanın duyguları, düşünceleri ve davranışlarında bozulmalara yol açar. Dünyada her **100 kişiden 1'i** şizofreni hastasıdır. Kadın ve erkekte aynı oranda görülen bu hastalık her yerde ve herkeste görülebilir. **Şizofreni bir beyin hastalığıdır.** Kesinlikle cin çarpması, nazar değmesi	RAM'a göre kazanılmış olan başa çıkma süreçleri bazı stratejilerle geliştirilir. Bu stratejilerden biri de bilişsel/duyuşsal baş etme yöntemlerinden biri olan öğrenmedir. Öğrenme taklit, pekiştirme ve içgörüyü (kavrama) içerir. *Benlik kavramı alanı* bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında sahip olduğu inanç ve duyguların

Kazanımlar -Önceki eğitimlerde edindiği bilgileri pekiştirir -Önceki eğitimlerde anlaşılmayan konular saptanarak bu konuların tekrar edilmesi sağlanabilir	ya da olağanüstü olaylara bağlı olarak ortaya çıkan bir durum değildir. Bu düşünceler tamamen toplumun doğru kabul ettiği yanlışlardır. Şizofreninin bilinen kesin bir neden yoktur. Ancak hastalığa neden olduğu bilinen bazı durumlar vardır. Hastalığın genetik olarak aktarıldığı, beyinde doku değişiklikleri ve "nörotransmitter" adı verilen bazı haberci maddelerin dengesizliği, gebelik dönemi ve sonrasında ortaya çıkan bazı anormallikler, doğum mevsimi gibi nedenlerin şizofreni oluşumunda rol oynadığı düşünülmektedir. Hastalığın bazı **temel belirtileri** vardır: Gerçekte olmayan şeyler görme, işitme, hissetme (halüsinasyon), Yanılsama (illüzyon), Gerçek olmayan düşünceler (delüzyon, hezeyan, sanrı), Konuşma ve davranışlarda bozulma, duygulanımın çevre ile uyumlu olmaması, isteksizlik ve enerji azlığı, kendini etraftan soyutlama, özbakımda yetersizlik, eskiden zevk aldığı şeylerden artık zevk alamama. **Hastalığın gidişatı** her hastada farklı yol alır. Ancak şizofreni bazen semptomların alevlendiği bazen de yatıştığı bir hastalıktır. Alevlenmeler ne kadar artarsa ve sık yaşanırsa hastalığın gidişatı da o derece kötü olacaktır. Şizofrenide **farklı tedaviler** uygulanmaktadır. İlaç tedavisi bunların başında gelir ve hastalığın tedavisinde kullanılan en etkili yoldur. Ancak ilaçların tüm hastalarda aynı etkiyi göstermemesi ve hastalığı kesin olarak iyileştirmemesi nedeni ile farklı tedaviler de uygulanır. İlaçların hiç etki göstermediği, bir türlü iyileşmeyen hastalarda halk arasında "elektrik tedavisi" olarak bilinen elektrokonvülsif terapi uygulanabilir. Ayrıca bireysel psikoterapi, grup terapi, sosyal beceri eğitimi, aile terapisi gibi psikososyal uygulamalar ile hastanın tedavisi desteklenmektedir. Şizofrenide kullanılan ilaçlar hastalarda belli başlı **yan etkilere** neden olabilir. Hastaya bakım veren bireyler olarak bu yan etkileri bilmeniz durumunda daha az panik yaşayacak ve gelişen duruma karşı ne yapmanız gerektiğini bilebileceksiniz. Bu sayede hem hastanın ilaç uyumunu artırabilir, ilaçlarını bırakmasını önleyebilir hem de ciddi yan etkiler geliştiğinde hemen doktorunuz ile iletişime geçerek durumu kontrol altında tutabilirsiniz. Şizofreni, ataklarla seyreden bir hastalıktır. Atak dönemlerinde hastalık daha şiddetli seyredip belirtiler daha gözle görülür niteliktedir. Bireyin geçirdiği atakların sayısı arttıkça hastalık da daha kötüye doğru ilerler. Yani geçirilen her atak hastanın durumunun daha da kötüye gitmesi anlamına gelir. Alevlenme yani atak dönemleri çoğunlukla aniden gelişmez. Öncesinde bazı belirtiler verir. Biz bunlara **"erken belirtiler"** adını veriyoruz. Hastaya bakım veren bireyler olarak bu erken belirtilerin farkına vardığınızda yeni bir atak gelişmeden duruma	birleşimini ele alır. Temel ihtiyaç psişik ve manevi bütünlük, bireyin evrende bir amacı, anlamı olduğunu bilmesidir. Bireyin belirli bir zamanda kendisi hakkında tutulan inanç ve duyguların birleşimi, iç algılarından ve başkalarının tepkilerinin algılanmasından oluşur. Bu alanın temel sorusu "İnsan kendini nasıl görüyor? sorusudur. Benlik kavramı alanı zaman içerisinde iç ve dış uyaranlara göre değişime uğrayabilir. Bireyin görünümü, cinselliği, sağlık ve hastalık durumu, idealleri, ahlaki değerleri gibi özellikler benlik kavramı alanı kapsamındadır. *Rol fonksiyon alanında* insan sistemlerindeki rollere ilişkin davranışlar değerlendirilir. Rol, kişinin toplumdaki pozisyonunu devam ettirebilmesi için toplumun beklediği davranışları göstermesi ya da bireylerin birbirlerine karşı hissettiği beklentiler kümesi olarak tanımlanır. Roller yaş, cinsiyet, gelişime bağlı "birincil rol"; eş, anne, öğretmen olma gibi diğerleri ile ilişkiler yoluyla kazanılan ve kalıcı hale gelen "ikincil rol"; müdür olma, yönetici olma gibi geçici olarak belirli bir yer ve zamanda üstlenilen "tersiyer rol" şeklinde olabilir. Bireyin rolünü yerine getirebilmesi diğer kişilerle olan etkileşimine bağlıdır. Bu alanda altta yatan temel gereksinim bireyin sosyal bütünlüğü ve sahip olduğu tüm rolleri ile uyumudur. *Karşılıklı bağlılık alanı* birey ve grupların birbirine bağlı ilişkilerine ilişkin davranışlardır. Temel ihtiyaç ilişkiyi güvenli bir şekilde beslemektir. Bu alan dâhilinde birey doyum ve sevgi gibi gereksinimlerini karşılayarak psişik bütünlüğünü devam ettirir. Bu alanın odak noktası ikili özel ilişkilerdir. Diğerleri ile yakın ilişki için bir gereksinim, kendi bakımı için destek ve onaylama gösterilerek bağlılık ifade edilir. Karşılıklı bağlılık "alma" ve "verme" arasında bir denge olarak kabul edilir. Bireyin bir kişi ya da gruba dâhil olması bu alandaki uyumu ile ilişkilidir (Fawcett, 2005). **Verilen eğitim ile bilişsel-duyuşsal baş etme mekanizmaları geliştirilerek;**

	müdahale etme şansını yakalamış olursunuz. Varsanılar, şüphecilik, uyku değişikliği, anksiyete, bilişsel yetersizlik, kızgınlık/düşmanlık, sanrılar, düşünce bozukluğu, uygunsuz davranış, depresyon sık görülen erken belirtilerdir. **İyileşme** üretken olmak, bağımsız çalışmak ve tatmin edici ilişkileri sürdürmek olarak tanımlanmaktadır. İyileşme sürecinin amacı, bireylerin yeti ve becerilerini geliştirmek ve mesleki, eğitimsel ve toplumsal alanlarda tam bir yurttaş gibi yaşamaları için kapsamlı ve uzun süreli destek oluşturmaktır. **Şizofrenide iyileşme** hastalıkla ilgili psikopatoloji olmaması, toplum, sosyal ve mesleki hayat içerisinde işlev görme yeteneğini ifade eder. Şizofrenide iyileşme oranlarına bakıldığında hastaların % 20'sinin tamamen iyileştiği, yani psikotik semptomların kaybolduğu ve hastalanmadan önceki işlevsellik seviyesine döndüğü, % 40'ının ise (tam iyileşme sağlayanlar dahil) sosyal olarak iyileşme gösterdiği, yani hem ekonomik olarak bağımsız olabilme hem de düşük düzeyde sosyal bozulmaya sahip olma durumu olduğu belirlenmiştir. Hastanın ilacını devamlı kullanması, hastalığını kabul etmesi, kaliteli yaşam, özgüven/özsaygı, eğitim, umut gibi faktörler **iyileşmeyi olumlu yönde etkilerken**; kendini suçlama, stres, aile problemleri, damgalama, ayırımcılık gibi faktörler **olumsuz etkilemektedir.** Şizofreni, hastalık belirtilerinin sıkça alevlendiği bir hastalıktır. Hastalığın gidişatı sırasında da hasta ile en sık temas içerisinde bulunan **bakım verenler ve hasta yakınlarının davranışları** son derece önemlidir. Şizofreni hastasına karşı aile üyelerinin genel tavırları **"duygu dışavurumu"** olarak adlandırılır. Duygu dışavurumu şizofreni hastası ve bakım veren aileleri arasında aile ilişkilerinden kaynaklanan olumsuz aile ortamını ifade eder. Aile ortamında görülebilen bu durum hastalığın tekrarlaması ya da belirtilerin alevlenmesine neden olabilir ve ev ortamının duygusal atmosferini yansıtır. **Yüksek duygu dışavurumuna** sahip olanlar hastalarının problemlerine karşı hoşgörüsüz, müdahaleci ve hastalarının davranışlarından kaynaklanan zorluklarla başa çıkmada uygunsuz ve esnek olmayan stratejileri kullanmaya eğilimlidir. Düşmancıl, eleştirel ve duygusal olarak aşırı ilgilenme gibi davranışlar sergilerler. **Düşük duygu dışavurumu** olan ailelerin tepkileri hoşgörülü, müdahaleci olmayan, (şizofreni) hastasının ihtiyaçlarına karşı duyarlıdır. Bu aileler sakin bir yapıya sahip olup ilişkilerinde saygılıdırlar. **Duygu dışavurumu yüksek olursa ne olur?** • Hastaneye yatışlar artar • Hastalık daha sık tekrarlar • Hastalık seyri gittikçe kötüleşir • Depresyon, intihar girişimi görülebilir. **Öfke;** mutluluk, üzüntü, korku ve nefretten oluşan beş temel insani	-Bireyin daha önceki eğitimlerde elde ettiği bilgileri gözden geçirme ve özümseme fırsatı olabilir (benlik kavramı) -Bireyin önceki eğitimlerin kendi üzerindeki etkinlik düzeyinin farkına varmasını sağlayabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık/ sadece bakım verme rolü değil diğer tüm rolleri ve ilişkilerinde iyileşme sağlar) -Bireyin bakım verme rolü ile ilişkili öz yeterliği ve motivasyonu artabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık) -Bireyin hastaya karşı tutum ve davranışlarında değişime neden olabilir (benlik kavramı, rol fonksiyon, karşılıklı bağlılık)

	duygudan biridir ve insanın yaşayabileceği gayet doğal bir duygudur. Öfke bir enerji kaynağıdır ve bireyin kendine, bazı nesnelere ya da başka kişilere yöneltilerek boşaltılabilir. Öfke, insanı rahatsız eden bir duruma, bir olaya ya da bir kişinin davranışına karşı gösterilen tepkidir. Öfkeyi sürekli bastırdığımızda fiziksel hastalıklara (kalp hastalıkları, hipertansiyon, ülser, kanser) neden olabilecek potansiyele sahiptir. Ancak öfkemizi aşırı bir şekilde dışa vurduğumuzda da çevreye ve kişilere zarar verme, hukuki sıkıntılar, yaralama gibi sorunlar ve kişilerarası ilişkilerin bozulması gibi bir sorun doğurabilir. Öfke durumunda verilen tepkiler öğrenilmiş tepkilerdir ve planlanmadan aniden ortaya çıkar. Öfke tepkileri değişebilir ve ortaya çıkmadan önce engellenmesi gerekir. Öfkenin sağlıklı ve işlevsel olabilmesi için öncelikle varlığının kabul edilip tanınması gerekir. Öfke ifadesi kişiden kişiye değişir. Kimi öfkesini bastırır, yok sayar ya da inkâr eder; kimi de bir süre bastırıp aniden patlar. Bazı insanlar da öfkeli davranmayı yaşam biçimi haline getirmiş, sürekli öfkeli haldedir. Öfke yönetiminde kullanılan yöntemler çok çeşitlidir. Önemli olan, kişinin ihtiyaçlarının belirlenmesi ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda kullanılabilecek en uygun yaklaşımın belirlenmesidir. Öfke yönetiminde en uygun çözüm aslında öfkenize neyin neden olduğunu bulmak ve bu neden ile başa çıkabilme yollarını öğrenmektir. Derin nefes alıp verme, gevşeme, düşünceleri değiştirme, problem çözme, daha iyi iletişim kurma, mizah kullanma, çevreyi değiştirme gibi yöntemlerle öfkemizle sağlıklı bir şekilde başa çıkabiliriz.	

KAYNAKLAR

Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, McGorry PD, Gleeson JF, 2012. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Schizophrenia Research, 139, 116-28.

Arslantaş H, Sevinçok L, Uygur B, Balcı V, Adana F, 2009. Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yapılan psikoeğitimin hastalardaki klinik gidişe ve bakım vericilerin duygu dışavurumu düzeylerine olan etkisi. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 10, 2, 3-10.

Babacan Gümüş A, 2006. Şizofrenide hasta ve ailelerin yaşadiği güçlükler, psikoeğitim ve hemşirelik. Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi, 8, 1, 23-34.

Batra MBS, Ghildiyal R, Saoji AM, 2016. Expressed emotions among caregivers of patients with mental illness: A descriptive study. IOSR Journal of Dental and Medical Sciences, 15, 7, 59-68.

Çam O, Engin E, 2014. Ruh sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, p. 411-46.

Çam O, Yalçıner N, 2018. Ruhsal hastalık ve iyileşme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi, 9, 1, 55-60.

Çetin M, Arıcıoğlu F, 2010. Farmakoekonomi ve Psikiyatrideki Önemi. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 20, 1-4.

Deveci A, Danacı AE, 2006. Şizofrenide erken uyarıcı belirtiler. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 19, 1, 20-3.

Esen Danacı A, Böke Ö, Can Saka M, Erol A, Ulusoy Kaymak S, 2018. Şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar temel kitap, Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.

Fawcett J, 2005. Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories, Philedelphia, FA Davis Company, 364-437.

Gürhan N, 2016. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği, Ankara Nobel Tıp Kitabevi.

Hooley JM, 2007. Expressed emotion and relapse of psychopathology. Annu. Rev. Clin. Psychol., 3, 329-52.
Kageyama M, Solomon P, 2018. Characteristics of parents with high expressed emotion and related factors: A study of parents of adults with schizophrenia. The Journal of Nervous and Mental Disease, 206, 12, 955-61.
Leucht S, Lasser R, 2006. The concepts of remission and recovery in schizophrenia. Pharmacopsychiatry, 39, 161-70.
Lippi G, 2016. Schizophrenia in a member of the family: Burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. South African Journal of Psychiatry, 22, 1, 1-7.
Miçooğulları BO, 2018. Öfke kontrolü. Ankara, Akademisyen Kitabevi.
NPİstanbul Beyin Hastanesi. Erişim adresi: https://npistanbul.com/assets/uploads/merakedilen/sizofreni-ve-psikoegitim.pdf. Erişim tarihi: 09.05.2020.
Öksüz E, Karaca S, Özaltın G, Ateş MA, 2017. The effects of psychoeducation on the expressed emotion and family functioning of the family members in first-episode schizophrenia. Community Mental Health Journal, 53, 464-73.
Öztürk O, Uluşahin A, 2011. Ruh sağlığı ve bozuklukları, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, p. 242-323.
Roseliza-Murni A, Oei TP, Fatimah Y, Asmawati D, 2014. Schizophrenia relapse in Kuala Lumpur, Malaysia: Do relatives' expressed emotion and personality traits matter? Comprehensive Psychiatry, 55, 188-98.
Slopen NB, Corrigan PW, 2005. Recovery in schizophrenia: reality or mere slogan. Current Psychiatry Reports, 7, 316-20.
Sungur MZ, 2000. Şizofreni: Mitler ve gerçekler. Klinik Psikiyatri Dergisi, Ek 1, 5-12.
Şenkal Ertürk İ, Kömürcü B, 2017. Şizofreninin tekrarlanmasında ailede duygu dışavurumunun önemi ve sonuçları üzerine bir derleme. Klinik Psikoloji Dergisi, 1, 1, 44-51.
Townsend, MC, 2016. Ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinin temelleri kanıta dayalı uygulama bakım kavramları. (Çev. edt: Özcan CT, Gürhan N). 6. Baskı, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi.
Ulusoy Kaymak S, Soygür H, Esen Danacı A, Alptekin K, 2018. Şizofreni ve aile. Ankara, Türkiye Psikiyatri Derneği.
Warner R, 2009. Recovery from schizophrenia and the recovery model. Current Opinion in Psychiatry, 22, 374-80.
Yavuz, R, 2008. Şizofreni. İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi, 62, 49-58.

Ek-C:Randomizasyon İşlemi

	A	B	C
1	Range: From 1 to 2		
2	Set 1		
3	2		
4	1		
5	1		
6	2		
7	2		
8	1		
9	2		
10	1		
11	1		
12	1		
13	2		
14	2		
15	1		
16	2		
17	1		
18	2		
19	2		
20	2		
21	1		
22	2		
23	2		
24	2		
25	1		
26	1		
27	1		
28	1		
29	1		
30	1		
31	1		
32	2		
33	1		
34	2		
35	1		
36	2		
37	1		
38	2		
39	1		

Ek-D: Şizofreni Hakkında Bilgi Ölçeği

	Doğru	Yanlış
1-Şizofreninin nedeni beyinden kaynaklanan bir problemdir		
2-Şizofreni için en iyi tedavi yolu ilaç kullanmaktır		
3-Şizofreni hastaları kendilerini iyi hissettikleri dönemlerde ilaçlarını bırakabilirler		
4-Bir hekim Şizofreni tanısını kişi ile yaptığı görüşme sonucu koyar		
5-Bir kişi Milli İstihbarat Teşkilatının bedenine bir çip yerleştirdiğini düşünmektedir. Bu belirti hezeyan (delüzyon) olarak adlandırılır		
6-Hastalığın seyrinde ailenin rolü yoktur		
7-Şizofreninin yaygın belirtileri arasında hastaların diğer insanların kendilerini izlediklerini ve takip etiklerini düşünmeleri de vardır		
8-Şizofreni belirtileri çocukluktan itibaren ortaya çıkar		
9-Başkalarını duymadığı seslerin duyulmasının önlenmesi için hastalara antipsikotik ilaçlar verilir		
10-Şizofreni hastaları bağımsız yaşayabilme becerilerini kazanma konusunda cesaretlendirilmelidir		
11-Şizofreninin yaygın belirtileri arasında hastaların şiddet uygulaması, fiziksel saldırıda bulunması ve hırsızlık yapması bulunmaktadır		
12-Bir kişinin Şizofreni hastası olduğuna karar verecek en yetkili kişi bir aile üyesidir		
13-Bir kişinin Şizofreni hastası olduğuna karar verecek en yetkili kişi psikiyatristtir		
14-Stresle başa çıkma konusunda hastalar en çok psikoterapiden yararlanmalıdır		
15-Antipsikotik ilaçların yol açtığı yan etkiler eğer çok ağırsa hasta ilaçları bırakmalıdır		
16-Şizofreni tedavisinde bitkisel ilaçlar kullanılmaktadır		
17-Şizofreni kişilik bölünmesidir		
18-Şizofreni hastaları en çok yıllarca hastanede yatarlarsa iyi olabilirler		
19-Şizofreni için en iyi tedavi yolu ameliyat olmaktır		
20-Stresle başa çıkma konusunda hastalar en çok ağrı kesici ilaçlardan yararlanmalıdır		
21-Duygusal küntleşme Şizofreninin önemli belirtilerinden biridir		
22-Şizofreninin nedeni ailedir		
23-Şizofreninin uzun dönem yaygın sonuçlarından biri "bunama"dır		
24-Halüsinasyon, hezeyan ve dezorganize konuşma Şizofreninin başlıca belirtilerindendir		
25-Başkalarının duymadığı seslerin duyulmasının önlenmesi için hastalara sakinleştiriciler verilir		
26-Şizofreninin nedeni cinlerdir		

27-Şizofreni hastaları en çok aile desteği aldıklarında ve düşük stresli ortamlarda yaşadıklarında iyi olabilirler		
28-Şizofreni belirtileri genellikle 18-25 yaş arası ortaya çıkar		
29-Şizofreni hakkında doğru bilgi almak için din adamlarına ve hocalara gidilmelidir		
30-Doğum öncesi annenin gribal enfeksiyona yakalanması Şizofreni ile ilişkili risk faktörleri arasında bulunmaktadır		
31-Bir hekim Şizofreni tanısını kan testi sonuçlarına göre koyar		
32-Tedavi sonrasında hastalar uzun süre psikotik belirtilerden kurtulurlar ve atak geçirme olasılıkları azalır		
33-Şizofreni hastaları sosyal hayata katılma yönünde cesaretlendirilmelidir		
34-Bir kişi Milli İstihbarat Teşkilatının bedenine bir çip yerleştirdiğini düşünmektedir. Bu belirti fobi olarak adlandırılır		
35-Hastalığın ortaya çıkmasında, ailenin rolü yoktur		
36-Şizofreni hakkında doğru bilgi almak için ilgili internet sayfaları incelenmeli ve kitaplar okunmalıdır		
37-Şizofreni tedavisinde tipik ve atipik antipsikotik ilaçlar kullanılmaktadır		
38 Stresli ev ortamı ve yaşam olayları hastalığın kötüleşmesine neden olur		
39-Şizofreninin nedeni biyolojiktir		
40-Şizofreni hastalarının temel ihtiyaçları aileleri tarafından karşılanmalıdır		

41-Şizofreni hastalığı hakkındaki bilginizin ne düzeyde olduğunu düşünüyorsunuz?

Şizofreni hakkında hiç bilgi sahibi değilim.						Şizofreni hakkında çok bilgi sahibiyim.
1	2	3	4	5	6	7

Ek-E: Duygu Dışavurumu Ölçeği

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

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

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

Ek-F: Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği

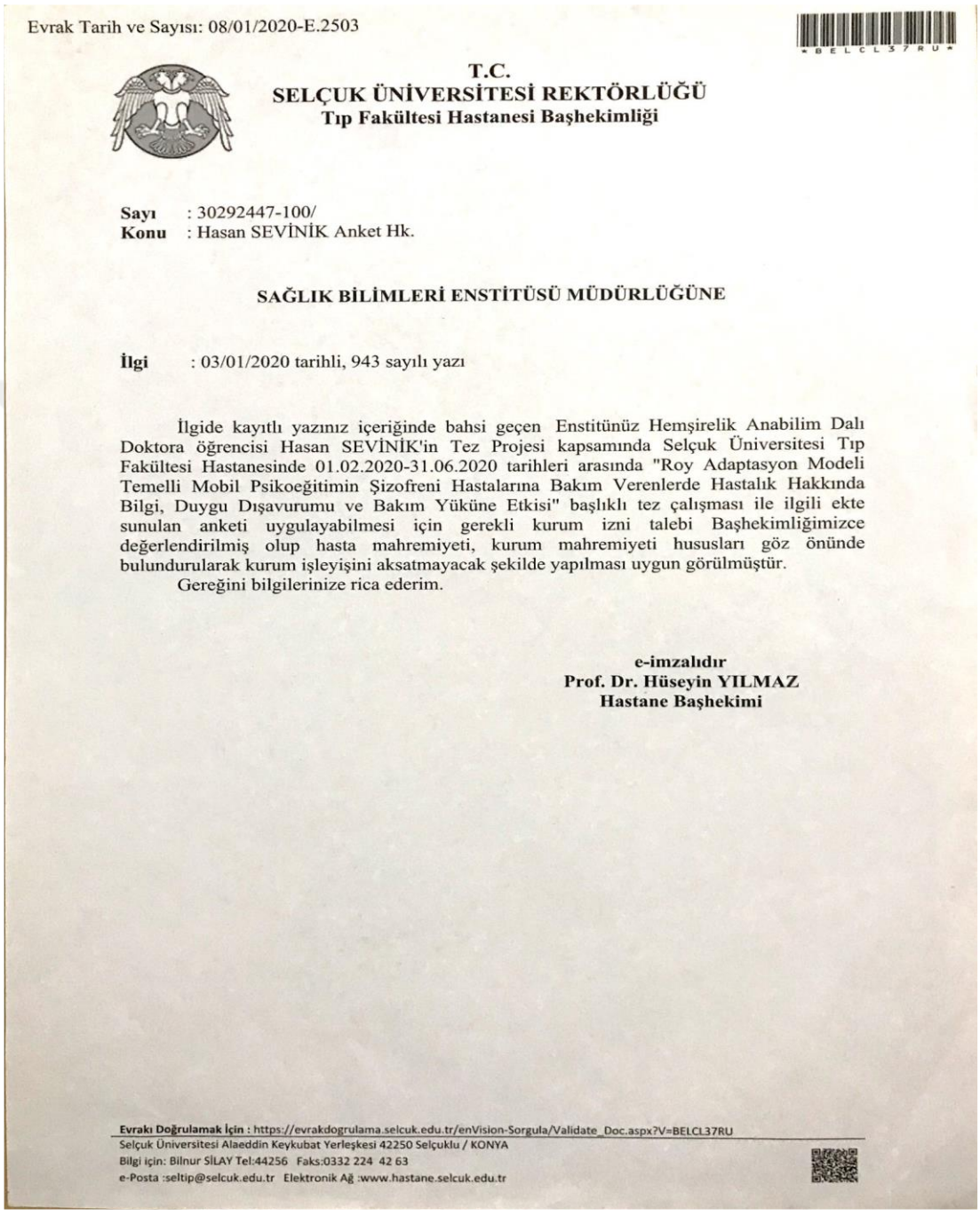
Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Oldukça sık	Hemen Her zaman
1- Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?					
2- Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?					
3- Yakınınıza bakım verme ile aile ve is sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?					
4- Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?					
5- Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?					
6- Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?					
7- Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?					
8- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?					
9- Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?					
10- Yakınınızla ilgilenmenin sağlığınızı bozduğunu düşünüyor musunuz?					
11- Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yasayamadığınızı düşünüyor musunuz?					
12- Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?					
13- Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?					
14- Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?					
15- Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?					
16- Yakınınıza bakmayı daha fazla					

sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?					
17- Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?					
18- Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?					
19- Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yasıyor musunuz?					
20-Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?					
21-Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz isin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?					

22-Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yasıyorsunuz?

0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4Aşırı

Ek-H: SÜ Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği Kurum İzni



Evrak Tarih ve Sayısı: 08/01/2020-E.2503

T.C.
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Hastanesi Başhekimliği

Sayı : 30292447-100/
Konu : Hasan SEVİNİK Anket Hk.

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

İlgi : 03/01/2020 tarihli, 943 sayılı yazı

İlgide kayıtlı yazınız içeriğinde bahsi geçen Enstitünüz Hemşirelik Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Hasan SEVİNİK'in Tez Projesi kapsamında Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde 01.02.2020-31.06.2020 tarihleri arasında "Roy Adaptasyon Modeli Temelli Mobil Psikoeğitimin Şizofreni Hastalarına Bakım Verenlerde Hastalık Hakkında Bilgi, Duygu Dışavurumu ve Bakım Yüküne Etkisi" başlıklı tez çalışması ile ilgili ekte sunulan anketi uygulayabilmesi için gerekli kurum izni talebi Başhekimliğimizce değerlendirilmiş olup hasta mahremiyeti, kurum mahremiyeti hususları göz önünde bulundurularak kurum işleyişini aksatmayacak şekilde yapılması uygun görülmüştür.
Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-imzalıdır
Prof. Dr. Hüseyin YILMAZ
Hastane Başhekimi

Evrakı Doğrulamak İçin : https://evrakdogrulama.selcuk.edu.tr/enVision-Sorgula/Validate_Doc.aspx?V=BELCL37RU
Selçuk Üniversitesi Alaeddin Keykubat Yerleşkesi 42250 Selçuklu / KONYA
Bilgi için: Bilnur SİLAY Tel:44256 Faks:0332 224 42 63
e-Posta :seltip@selcuk.edu.tr Elektronik Ağ :www.hastane.selcuk.edu.tr

Ek-I: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Deney Grubu)

Bu çalışma Roy Adaptasyon temelli mobil psikoeğitimin şizofreni hastalarına bakım verenlerde hastalık hakkında bilgi, duygu dışavurumu ve bakım yüküne etkisini belirlemek amacı ile yapılan bir doktora tez çalışmasıdır. Eğitime mobil telefonlarınıza yüklenecek mobil uygulama ile ulaşabilecek, bu süreçte bu çalışma nedeni ile hastaneye gelmek zorunda kalmayacaksınız. Sadece eğitim sonrası bir defa çalışmanın başında doldurduğunuz verileri bir kez daha doldurmanız gerekecektir. Çalışmadan her an herhangi bir neden belirtmeden ayrılma hakkınız olduğu gibi ayrılmanız halinde herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacaksınız. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışma bittikten sonra dilediğiniz takdirde araştırmacı tarafından çalışma sonuçları sizinle paylaşılacaktır. Teşekkür ederiz.

"Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum".

Katılımcının;

Adı Soyadı:

İmza:

Adres:

Telefon no:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının;

Adı- Soyadı: Arş. Gör. Hasan SEVİNİK

Telefon no: 05424827012

Ek-J: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Kontrol Grubu)

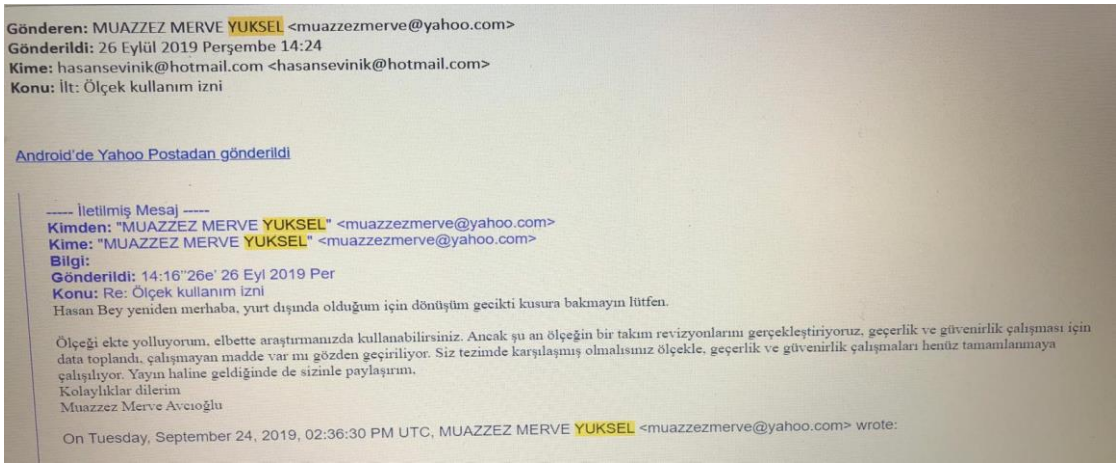
Bu çalışma Roy Adaptasyon temelli mobil psikoeğitimin şizofreni hastalarına bakım verenlerde hastalık hakkında bilgi, duygu dışavurumu ve bakım yüküne etkisini belirlemek amacı ile yapılan bir doktora tez çalışmasıdır. Çalışmaya katılmama hakkınız vardır ve katılmayı reddetmeniz halinde herhangi bir ters tutum ile karşılaşmayacaksınız. Bize verilen tüm bilgileriniz saklı tutulacaktır. Çalışmada yer aldığınız için size herhangi bir ücret ödenmeyeceği gibi sizden de herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Çalışma bittikten sonra dilediğiniz takdirde araştırmacı tarafından çalışma sonuçları sizinle paylaşılacaktır. Teşekkür ederiz.

"Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen kişi tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi biliyorum".

Katılımcının;
Adı Soyadı:
İmza:
Adres:
Telefon no:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının;
Adı- Soyadı: Arş. Gör. Hasan SEVİNİK
Telefon no: 05424827012

Ek-K: Ölçek Kullanım İzinleri



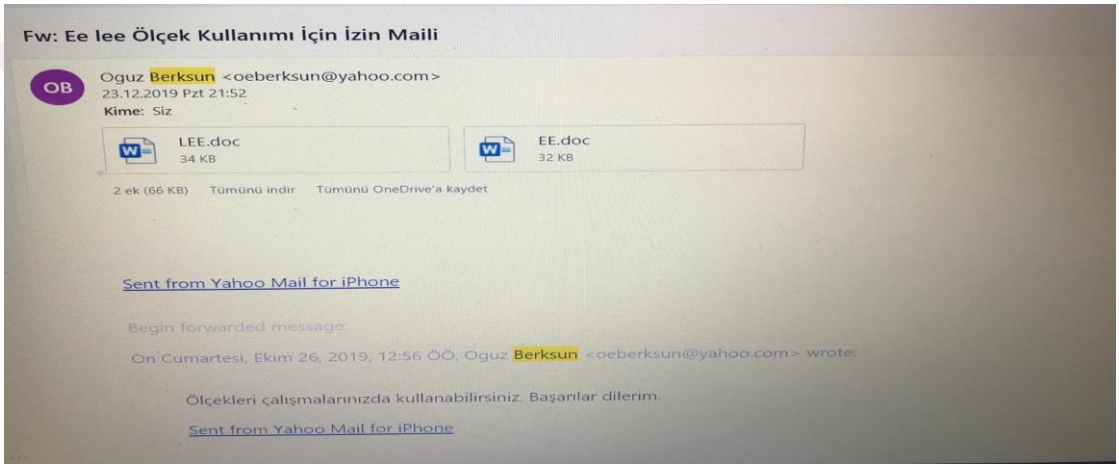
Gönderen: MUAZZEZ MERVE YUKSEL <muazzezmerve@yahoo.com>
Gönderildi: 26 Eylül 2019 Perşembe 14:24
Kime: hasansevinik@hotmail.com <hasansevinik@hotmail.com>
Konu: İlt: Ölçek kullanım izni

Android'de Yahoo Postadan gönderildi

----- İletilmiş Mesaj -----
Kimden: "MUAZZEZ MERVE YUKSEL" <muazzezmerve@yahoo.com>
Kime: "MUAZZEZ MERVE YUKSEL" <muazzezmerve@yahoo.com>
Bilgi:
Gönderildi: 14:16"26e' 26 Eyl 2019 Per
Konu: Re: Ölçek kullanım izni
Hasan Bey yeniden merhaba, yurt dışında olduğum için dönüşüm gecikti kusura bakmayın lütfen.

Ölçeği ekte yolluyorum, elbette araştırmanızda kullanabilirsiniz. Ancak şu an ölçeğin bir takım revizyonlarını gerçekleştiriyoruz, geçerlik ve güvenirlik çalışması için data toplandı, çalışmayan madde var mı gözden geçiriliyor. Siz tezimde karşılaşmış olmalısınız ölçekle, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları henüz tamamlanmaya çalışılıyor. Yayın haline geldiğinde de sizinle paylaşırım.
Kolaylıklar dilerim
Muazzez Merve Avcıoğlu

On Tuesday, September 24, 2019, 02:36:30 PM UTC, MUAZZEZ MERVE YUKSEL <muazzezmerve@yahoo.com> wrote:



Fw: Ee lee Ölçek Kullanımı İçin İzin Maili

OB Oguz Berksun <oeberksun@yahoo.com>
23.12.2019 Pzt 21:52
Kime: Siz

LEE.doc 34 KB
EE.doc 32 KB
2 ek (66 KB) Tümünü indir Tümünü OneDrive'a kaydet

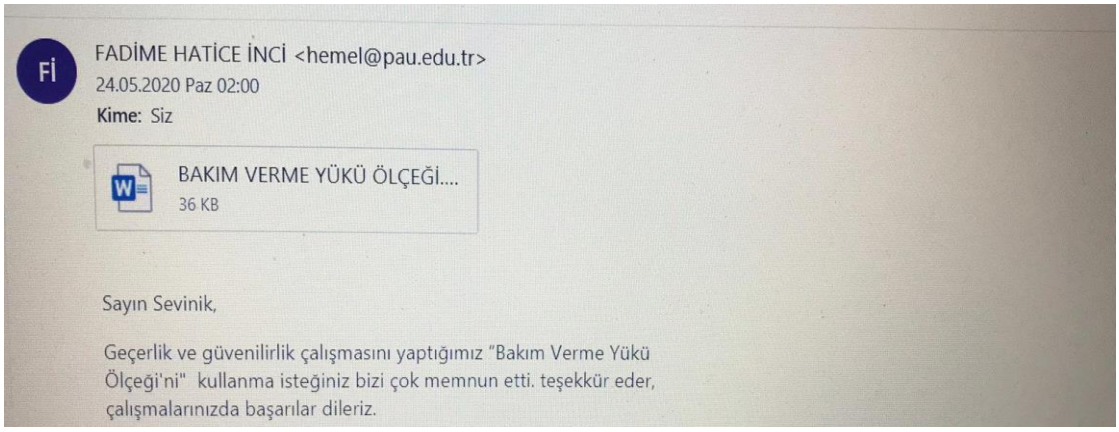
Sent from Yahoo Mail for iPhone

Begin forwarded message:

On Cumartesi, Ekim 26, 2019, 12:56 ÖÖ, Oguz Berksun <oeberksun@yahoo.com> wrote:

Ölçekleri çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. Başarılar dilerim.

Sent from Yahoo Mail for iPhone



Fİ FADİME HATİCE İNCİ <hemel@pau.edu.tr>
24.05.2020 Paz 02:00
Kime: Siz

BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ....
36 KB

Sayın Sevinik,

Geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yaptığımız "Bakım Verme Yükü Ölçeği'ni" kullanma isteğiniz bizi çok memnun etti. teşekkür eder, çalışmalarınızda başarılar dileriz.

Ek-L: Turnitin Raporu

ROY ADAPTASYON MODELİ TEMELLİ MOBİL PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERDE HASTALIK HAKKINDA BİLGİ, DUYGU DIŞAVURUMU VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ

Yazar Hasan Sevinik

Gönderim Tarihi: 24-May-2021 01:11PM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 1593032054
Dosya adı: hasan_turnitin.doc (618K)
Kelime sayısı: 6214
Karakter sayısı: 43099

ROY ADAPTASYON MODELİ TEMELLİ MOBİL PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ HASTALARINA BAKIM VERENLERDE HASTALIK HAKKINDA BİLGİ, DUYGU DIŞAVURUMU VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ

ORİJİNALLİK RAPORU

%12	%11	%4	%5
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	%2
2	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	%1
3	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	%1
4	www.galloglu.com İnternet Kaynağı	%1
5	www.akademikbilgisistemi.com İnternet Kaynağı	%1
6	Submitted to Istanbul Aydin University Öğrenci Ödevi	%1
7	www.thdordu.org İnternet Kaynağı	%1
8	hdl.handle.net İnternet Kaynağı	<%1