



**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KISA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI STRES YÖNETİMİ PROGRAMININ
ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNİN, RUHSAL
DURUMLARI, STRESLE BAŞAÇIKMA TUTUMLARI VE BAKIM YÜKÜNE
ETKİSİ**

ELVAN EMİNE ATA

DOKTORA TEZİ

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI**

SİVAS 2014

**CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**KISA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI STRES YÖNETİMİ
PROGRAMININ ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM
VERİCİLERİNİN, RUHSAL DURUMLARI, STRESLE
BAŞAÇIKMA TUTUMLARI VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ**

**ELVAN EMİNE ATA
DOKTORA TEZİ**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ
DOKTORA PROGRAMI**

**TEZ DANIŞMANI
PROF DR SELMA DOĞAN**

**EKİM 2014
SİVAS**

Bu çalışma Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanmış ve jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı'nda doktora tezi olarak kabul edilmiştir

Başkan(Danışman)

Prof.Dr.Selma DOĞAN



Üye

Prof.Dr.Havva TEL




Üye

Doç.Dr.Meral KELLEÇİ



Üye

Doç.Dr.Yasemin KUTLU



Üye

Doç.Dr.Nuran GÜLER



ONAY

Bu tez çalışması, 24/10/2014 tarihinde Enstitü Yönetim Kurulu tarafından belirlenen ve yukarıda imzaları bulunan jüri üyeleri tarafından kabul edilmiştir

Prof. Dr. Ali ÇELİKSÖZ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRÜ

Bu tez Cumhuriyet Üniversitesi Senatosu'nun 24.09.2008 tarihli ve 007 sayılı senato toplantısında kabul edilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü Lisansüstü Tez yazım Kılavuzu adlı yönergeye göre hazırlanmıştır.

ÖZET
KISA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI STRES YÖNETİMİ PROGRAMININ
ŞİZOFRENİ HASTALARININ BAKIM VERİCİLERİNİN, RUHSAL
DURUMLARI, STRESLE BAŞAÇIKMA TUTUMLARI
VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ

Elvan Emine ATA

Doktora Tezi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Danışman: Prof. Dr. Selma DOĞAN

2014, 209 sayfa

Bu araştırma, “Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programının (KBDSYP)” şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ruhsal durumları, stresle başa çıkma tutumları ve bakım yüküne etkisini değerlendirmek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu modelde deneysel olarak yapılmıştır. Araştırma Sivas Numune Hastanesi’ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde (TRSM) gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini TRSM tarafından takip edilen 100 şizofreni hastasının bakım vericileri oluşturmuştur. Araştırmaya, 1 Ocak 2012- 1 Ocak 2013 tarihleri arasında TRSM’de bakım alan şizofreni hastalarının bakım vericilerinden, araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren 61 bakım verici alınmıştır. Bakım vericiler cinsiyet ve ölçek puanları açısından eşleştirilerek deney (28 kişi) ve kontrol (33 kişi) grubuna atanmıştır. Programdan önce her iki gruptaki bakım vericilere “Tanıtıcı Bilgi Formu”, “Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği (ZBVYÖ)”, “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (SBÇTDÖ)”, “Stres Belirtileri Ölçeği (SBÖ)”, “Genel Sağlık Anketi-28 (GSA)”, “Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)” uygulanmıştır. Deney grubundaki bakım vericiler 7 hafta süreyle, haftada bir gün 120 dakika sürecek şekilde “KBDSYP’na alınmıştır. Program sonrası bakım vericilere ön testte uygulanan ölçekler tekrar uygulanmıştır. Elde edilen veriler, yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma olarak sunulmuş, istatistiksel analizde normal dağılıma uygun olmayan verilerin analizinde Wilcoxon Testi, Mann-Whitney U Testi; normal dağılıma uygun olan verilerin analizinde Independent Sample t Testi, Paired t Testi kullanılmıştır. Programdan önce deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları benzer bulunmuştur ($p>0.05$). Programdan sonra yapılan ölçümde ise deney grubundaki bakım vericilerin ZBVYÖ, SBÇTDÖ, SBÖ ve GSA puan ortalamaları program öncesine ve kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde

gelişme göstermiştir ($p<0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin program sonrası ADÖ davranış kontrolü ve roller alt grup puan ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde gerileme gösterdiği saptanmıştır ($p>0.05$). Sonuç olarak, KBDSYP'nin bakım vericilerin stres belirtilerini, ruhsal hastalık riskini ve bakım yüklerini azaltıcı, sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tutumlarını geliştirici bir etkisi olduğu söylenebilir.

Anahtar sözcükler: Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı, Şizofreni, Aile, Bakım Verici, Ruhsal Durum, Stres, Stresle Başa Çıkma, Bakım Yükü, Hemşirelik.

ABSTRACT

**THE EFFECT OF BRIEF COGNITIVE BEHAVIORAL STRESS
MANAGEMENT PROGRAM ON MENTAL STATUS, COPING WITH STRESS
BEHAVIOR AND CAREGIVER BURDEN OF CARER OF SCHIZOPHRENIC
PATIENTS**

Elvan Emine ATA

Doctoral Thesis, Department of Mental Health and Psychiatric Nursing

Supervisor: Prof. Dr. Selma DOĞAN

2014, 209 page

This study was carried out experimentally with pre-test post-test control group model in order to evaluate the effect of “Brief Cognitive Behavioral Stress Management Program (BCBSMP)” on mental status, coping with stress behavior and caregiver burden of carer of schizophrenic patients. The study was carried out in Community Mental Health Center (CMHC) of Sivas Numune Hospital. The universe of study was composed of caregiver of 100 schizophrenic patients followed by CMHC. 61 care givers of schizophrenic patients who receive care in CMHC between 1 January 2012-1 January 2013 were included in the study after confirming that they adapt to inclusion-exclusion criteria and after giving written consent that they are willing for participating in the study. Caregivers were matched according to gender and scale scores and assigned into experiment (28 people) and control group (33 people). Before program, care givers in both groups were applied “Descriptive Information Form”, “Zarit Caregiver Burden Scale (ZCBS)”, “Scale of Coping Attitude Evaluation (COPE)”, “Stress Indicators Scale (SIS)”, “General Health Survey-28 (GHS)”, “Family Evaluation Scale (FAS)”. Caregivers in experiment group were taken to BCBSMP for 7 weeks, 120 minutes in a day per week. After program, care givers were applied the scale applied in pre-test again. Data obtained were presented as percentage, arithmetic average and standard deviation, in statistical analysis, Wilcoxon Test, Mann-Whitney U Test were used in the analysis of data which are not compatible with normal distribution; Independent Sample t Test, Paired t Test were used in the analysis of data which are compatible with normal distribution. Before program, score averages obtained from scales of caregivers in experiment and control group were found similar ($p>0.05$). In the measurement made after program, score averages of ZCBS, COPE, SIS and GHS obtained by caregivers in experiment group significantly improved compared

to before program and control group ($p < 0.05$). It was determined that FAS behavior control and roller sub-group score averages of caregivers after program declined significantly compared to control group ($p > 0.05$). As a result, it can be said that BCBSMP has an effect which decrease stress indicators, mental diseases risk and care load of caregivers, develop their problem-oriented and emotion-oriented coping attitudes.

Keywords: Brief Cognitive Behavioral Stress Management Program, Schizophrenia, Family, Caregivers, Mental Status, Stress, Coping with Stress, Caregiver Burden, Nursing.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca beni her zaman destekleyen, çalıŐmalarıma rehberlik eden, deneyimlerini ve zamanını esirgemeyen değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Selma Doğan'a,

Araştırma s¼reci boyunca verdikleri destek, öneri ve katkılarından dolayı Sayın Doç. Dr. Meral Kelleci'ye ve Sayın Doç. Dr. Nuran Güler'e,

Verilerin analizinde verdiği destekten dolayı Sayın Yrd. Doç. Dr. Ziyet ınar'a ve Sayın Öğr. Gör. Esra Gültürk'e

Araştırmanın uygulanması sırasında verdikleri destekten dolayı Sivas Numune Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ekibine,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm Şizofreni hastalarının ailelerine,

Hayatım boyunca desteğini esirgemeyen aileme teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
ÖZET	v
ABSTRACT.....	vii
TEŞEKKÜR	ix
İÇİNDEKİLER	x
TABLolar DİZİNİ.....	xii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
1. GİRİŞ	1
1.1. Problemin Tanımı ve Önemi.....	1
1.3. Araştırmanın Hipotezleri	11
2. GENEL BİLGİLER.....	12
2.1. Şizofreni.....	12
2.1.1. Şizofreninin Bireysel, Ailesel ve Toplumsal Sonuçları.....	13
2.2. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesi ve Bakım Verme.....	15
2.3. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesi ve Bakım Yükü.....	19
2.4. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesi ve Stres	22
2.4.1. Stres Kavramı	22
2.4.2. Stresle İlgili Kuramlar	23
2.4.3. Stresin Belirtileri.....	33
2.4.4. Strese Yol Açan Faktörler.....	34
2.4.5. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesinin Yaşadığı Stres.....	35
2.5. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesinin Yaşadığı Sağlık Sorunları	37
2.6. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesi ve Stresle Başa Çıkma.....	40
2.6.1. Stresle Başa Çıkma Kavramı	40
2.6.2. Stresle Baş Etmede Bedene Yönelik Teknikler:.....	42
2.6.3. Stresle Baş Etmede Zihinsel Teknikler:.....	45
2.6.4. Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programları.....	52
2.6.5. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesinin Stresle Başa Çıkma Durumu ...	55
2.7. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Bakım Vericilerine Yönelik Hemşirelik Uygulamaları	57
3. YÖNTEM	61
3.1. Araştırmanın Şekli	61
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri	61
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	62
3.4. Araştırmanın Değişkenleri	63
3.5. Verilerin Toplanması	63
3.6. Araştırmanın Uygulanması	68
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	75
3.8. Araştırmanın Etik Yönü.....	77
3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları	78
3.10. Araştırmanın Güçlü Yanları.....	78
3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Yaşanan Güçlükler	78
4. BULGULAR.....	79

5. TARTIŞMA	97
6. SONUÇLAR	126
7. ÖNERİLER	134
8. KAYNAKLAR	135
ÖZGEÇMİŞ	156
EKLER	157
EK I-Tanıtcı Bilgi Formu	158
EK II-Zarıt Bakım Verme Yüğü Ölçeği	159
EK III-Başı Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE).....	160
EK IV-Genel Sağlık Anketi-28	162
EK V- Stres Belirtileri Ölçeği.....	164
EK VI-Aile Değerlendirme Ölçeği	165
EKVII-Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programı.....	167
EKVIII- Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Değerlendirme Formu.....	194
EK IX- İzin Belgesi	195

TABLolar DİZİNİ	SAYFA NO
Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubuna Uygulanan Ölçeklerin Levene Hata Varyansları Eşitliği Testi Sonuçları.....	76
Tablo 2. Çalışmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları.....	77
Tablo 3. Bakım Vericilerin Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı.....	80
Tablo 4. Bakım Vericilerin Bakım Vermeye İlgili Özellikleri.....	82
Tablo 5. Bakım Verilen Bireylerin Demografik ve Hastalık Özellikleri.....	83
Tablo 6. Bakım Vericilerin Program Öncesi ve Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	84
Tablo 7. Bakım Vericilerin Programdan Önceki ve Sonraki Stres Belirtileri Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması.....	85
Tablo 8a. Bakım Vericilerin Program Öncesi Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	87
Tablo 8b. Bakım Vericilerin Program Sonrası Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	88
Tablo 9a. Deney Grubundaki Bakım Vericilerin Programdan Önceki ve Sonraki Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	89
Tablo 9b. Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Programdan Önceki ve Sonraki Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	91
Tablo 10. Bakım Vericilerin Program Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	92
Tablo 11. Bakım Vericilerin Programdan Önceki ve Sonraki Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması.....	93
Tablo 12. Bakım Vericilerin Program Öncesi ve Sonrası Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	93
Tablo 13. Bakım Vericilerin Programdan Önceki ve Sonraki Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması.....	94
Tablo 14. Bakım Vericilerin Program Öncesi ve Sonrası Aile Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	94
Tablo 15. Bakım Vericilerin Programından Önceki ve Sonraki Aile Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması.....	95

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1: Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programı Uygulama Şeması.....82

KISALTMALAR DİZİNİ

DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
APA	American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı)
ZBVYÖ	Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği
SBÇTDÖ	Başı Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)
SBÖ	Stres Belirtileri Ölçeği (Stress Self-Assessment Checklist)
ADÖ	Aile Değerlendirme Ölçeği
GSA	Genel Sağlık Anketi-28

1. GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Şizofreni bireysel ve ekonomik yükü fazla olan, dünya çapında önde gelen halk sağlığı sorunlarından birisidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2011 yılı verilerine göre şizofreni dünya üzerinde 24 milyon kişiyi etkilemektedir (DSÖ, 2011). Şizofreni sıklıkla belirgin halüsinasyonlar ve hezeyanların eşlik ettiği, kognitif, emosyonel, davranışsal ve diğer fonksiyonel bozulmaların yaşandığı, kronik ve sıklıkla relapslarla seyreden bir klinik sendromdur. Beynin en önemli fonksiyonları olan duygu, düşünce ve davranış alanlarını etkileyen şizofreni, ciddi ve kronik bir ruhsal bozukluktur. Bozukluğa bağlı olarak ortaya çıkan belirtiler, hastanın yaşamını olumsuz şekilde etkiler ve bazı yaşamsal işlevlerin bozulmasına neden olur (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

Hastalığa bağlı olarak duygu, düşünce ve davranış alanında ortaya çıkan, sanrı, varsanı, dezorganize davranışlar, duygusal ve sosyal içe çekilme, bilişsel bozukluklar, anhedoni, apati, ve künt duygulanım gibi belirtiler şizofrenik bozukluğu olan bireyin yaşamsal işlevlerini olumsuz şekilde etkilemektedir (Bostrom ve Boyd, 2005; Baskak, Atbaşoğlu ve Saka, 2009; Rafiyah ve Sutharangsee, 2011; Arslantaş ve Adana, 2011). Ortaya çıkan bu belirtiler nedeniyle hasta birey kişilik değişimleri, sosyal izolasyon, mesleki yetersizlik, bilişsel bozukluklar ve sağlık durumunun kötüleşmesi gibi durumlarla karşı karşıya kalmaktadır (Carlborg ve ark., 2010). Aynı zamanda, hastalık belirtilerinden bazılarının tedavilere rağmen tam olarak iyileşememesi ve hastalığın kronik bir seyir göstermesi nedeniyle birçok hasta kendisinden beklenen rolleri yerine getirememektedir (Bostrom ve Boyd, 2005; Carlborg ve ark., 2010; Rafiyah ve Sutharangsee, 2011; Arslantaş ve Adana, 2011; Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013). Hastalık belirtilerinin zaman içinde ilerlemesi ve sık sık relapsların yaşanması nedeniyle de hastalar birçok kez hastaneye yatmak zorunda kalmaktadır. Günümüz sağlık bakım sistemi hastanede yatış süresinin kısaltılması ve hastanın mümkün oldukça toplum içinde tedavi edilmesi yaklaşımını benimsemektedir. Buna bağlı olarak, birçok hasta hastaneden çıktıktan sonra ya ailelerinin ya da kendilerine destek olan diğer yakınlarının yanına dönmektedir (Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Maldonado, 2006; Roick ve ark., 2007; Grandon, Jenaro, ve Lemos, 2008; Shu-Ying, ve ark., 2008; Weimand ve ark., 2010; Arslantaş ve Adana, 2011; Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013).

Hastaların kısa süreli hastane yatışının ardından evde tedavilerinin sürdürülmesi yaklaşımı ise aileleri bakımda birinci derecede sorumlu hale getirmiştir. Buna bağlı

olarak, aileler hastaların iyileşmesinde ve topluma yeniden katılımlarında daha fazla anahtar rol oynamaktadır (Addington, McCleery ve Addington 2005; Lester ve ark., 2011). Birçok hasta ailesi, hastaların farkına varamadığı semptomları erken dönemde tanıyabilir, ilaç uyumlarına katkıda bulunabilir ve sağlık ekibi ile işbirliğini sürdürerek hastanın durumunun kontrol altında tutulmasına ve rehabilitasyonuna yardımcı olabilir. Tüm bu yararlarının yanında hasta ve ailenin tedavi planına birlikte katılmasının tedavinin etkinliğini artırdığı da bilinmektedir (Gümüş, 2006). Mizuno ve arkadaşları (2012) ailelerin hastaların tıbbi tedavisine yardımcı olduğunu, onlara duygusal destek sağladıklarını ve haklarını savunduklarını belirtmektedirler. Böylece, aileler bakım verici olarak hastanın sağlığına ve refahına kavuşmasına katkıda bulunmaktadır. Aileler bu önemli katkıları sağlarken, bir yandan da hastaların evde yalnız başlarına yerine getiremedikleri banyo yapmak, giyinmek, yemek yemek, ilaçlarını almak ve kontrollere gitmek gibi gereksinimlerini karşılamaktadırlar (Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Maldonado, 2006; Roick ve ark., 2007; Grandon, Jenaro, ve Lemos, 2008). Bu gereksinimleri karşılamak için, Jones (2009) birçok hasta ailesinin yılın her günü, 24 saat boyunca hastayla birlikte yaşamak ve hastaya destek olmak zorunda kaldığını belirtmektedir.

Diğer yandan, sürekli şizofrenik bozukluğu olan bir bireyle birlikte yaşamak ve ona bakım vermek, hem aile dinamiklerini olumsuz etkilemekte ve hem de bakım veren aile üyesinin işini kaybetmesine, ev dışında bir yerde çalışamamasına, sosyal ilişkilerinin bozulmasına ve arkadaşlarını kaybetmesine de neden olmaktadır (Grandón ve ark., 2008; Rafiyah ve Sutharangsee, 2011). Aggarwal ve arkadaşları (2011) yaşanan bu sıkıntıların sonucunda hastalık sürecinin hasta kadar ailesini de derinden etkilediğini belirtmektedirler. Chang ve Horrocks (2006) bakım verenlerin hastalarının bakımının tamamını üstlenmek zorunda kaldıklarında öfke, memnuniyetsizlik ve stres yoğunluğunda artma gibi duygular yaşadıklarını tespit etmişlerdir. Magana ve arkadaşları (2007) şizofren hastaya bakım veren ailelerin depresif semptom oranlarının yüksek olduğunu ve depresyon riski altında olduklarını göstermişlerdir. McCann, Lubman ve Clark (2011) ise bakım vericilerin yaşadıkları olumsuz deneyimler karşısında kayıp, stigma, korku, değersizlik, utanç, suçluluk, çaresizlik, belirsizlik, gelecek kaygısı, öfke gibi olumsuz duygular ve sosyal desteklerin ve aktivitelerin azalması gibi olumsuz durumlar yaşadıklarını saptamışlardır.

Yaşanan bu olumsuzlukların yanında, aileler bakım verme sorumluluklarını yerine getirirken güçlüklerde yaşamaktadırlar (Ferriter ve Huband, 2003;Huang ve ark., 2008;

Huang ve ark., 2009). McCann, Lubman ve Clark (2009) hasta yakınlarının fiziksel, duygusal ve finansal anlamda güçlük yaşadığını vurgulamaktadır. Hasta yakınlarının hastaya bakım vermek için işten ayrılmak zorunda kalması, hastanın hastalık ortaya çıktıktan sonra çalışamaması, hastalığın kronik gidişli olması ve sık hastane yatışları nedeniyle tedavi giderlerinin yüksek olması finansal anlamda ailelerin güçlük yaşamasına neden olmaktadır (Jungbauer, 2004; McCann, Lubman ve Clark, 2011; De Silva ve ark., 2012; Miller ve ark., 2014). Çetin ve ark. (2013) hastanın günlük yaşam aktivitelerini (yeme içme, giyinme/soyunma, banyo yapabilme, yürüme, boşaltım gereksinmesini karşılama gibi) aileye bağımlı bir halde yerine getirdiklerinde ailenin duygu dışı vurumunun ve yükünün arttığını tespit etmişlerdir. Bu durum aynı zamanda ailede bakım veren bireyin fiziksel olarak yorulmasına ve fiziksel sağlığının bozulmasına da yol açmaktadır. Ayrıca hastalığın yarattığı stigma nedeniyle birçok aile sosyal olarak dışlanmakta ya da toplumdaki izole bir hayat yaşamaya başlamaktadır. Sosyal ilişkilerin bozulması ise ailelerin yalnızlaşmasına, sosyal desteklerinin azalmasına ve duygusal anlamda sıkıntılarının artmasına sebep olmaktadır (Miller ve ark., 2014). Huang ve ark. (2009) ailelerin yakınları ile ilgili endişe, korku, üzüntü ve belirsizlik gibi duygusal sıkıntılar yaşadıklarını belirlemişlerdir. Bununla birlikte, yapılan birçok çalışmada da yaşanan bu olumsuz durumlardan ailedeki diğer bireylerinde bakım vericiler kadar etkilendiği gösterilmiştir (Magliano ve ark.,1999; Trivedi, Dalal ve Kahra, 2003; Kumar ve Mohanty, 2007; Hsiao ve Van Riper, 2009).

Magliano ve arkadaşları (1999) primer bakım vericiler ile diğer aile üyeleri arasında ruhsal hastalık semptomlarının görülme olasılığının benzer olduğunu, benzer düzeyde yük yaşadıklarını ve daha çok duygu odaklı baş etme becerilerini kullandıklarını tespit etmişlerdir. Aile üyelerinin bireysel özellikleri yönünden etkilenme durumları değerlendirildiğinde yapılan bir çalışmada özellikle gençlerin ve yaşı 45'in üzerinde olan aile üyelerinin daha fazla hastalığın olumsuz etkilerine maruz kaldıkları ve yük yaşadıkları görülmektedir (Trivedi, Dalal ve Kahra, 2003). Kumar ve Mohanty (2007) ise kadınların diğerlerine göre daha çok hastalığa bağlı yük yaşadığını, daha fazla strese maruz kaldıklarını ve daha çok ekonomik güçlük yaşadıklarını vurgulamaktadır. Ayrıca, ailenin çekirdek aile olması da yaşadığı yükü ve güçlüğü artırmaktadır.

Şizofrenik bozukluğu olan bireye bakım veren hasta yakınları yukarıda vurguladığı gibi, bakım verme sırasında yaşadıkları güçlüklerle ilgili olarak literatürde yük olarak tanımlanan olumsuz bakım verme deneyimiyle karşı karşıya kalmaktadır

(Boydel ve ark., 2014). Bakım vermekten kaynaklanan yük/bakım yükü ise: bakım vericinin, üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusunu yaşamak gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar şeklinde tanımlanmaktadır (Küçükgüçlü, Esen ve Yener, 2009; Özer, 2010). Şizofreni diğer ruhsal hastalıklarla karşılaştırıldığında önemli derecede bakım verici yüküne neden olan hastalıkların en başında yer almaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011; Kate ve ark., 2013). Hastalık süreci, semptomlar ve hastanın yetilerini kaybetmesi ailelerin maddi ve manevi yük yaşamasına neden olmaktadır (Awad ve Voruganti, 2008; Arslantaş ve Adana, 2011; Durmaz ve Okanlı, 2014). Huang, ve ark. (2009) Tayvan da yaptıkları çalışmada, bakım vericilerin yüksek düzeyde bakım yükü yaşamalarının profesyonel destek eksikliği ve aile içi çatışmalar ile ilişkili olduğunu saptamışlardır.

Bakım vericilerin yaşadığı yükün artış göstermesine neden olan diğer faktörler incelendiğinde; özellikle bakım vericinin kadın olması, çalışmaması, sosyal olarak geri çekilmesi, kaçınma davranışları göstermesi, hastalıkla etkin başa çıkma yollarını bilmemesi, duygu dışı vurumunun yüksek olması, yeterli sosyal desteğin olmaması ve stresle etkili baş etme davranışları göstermemesi ile ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda belirtilmektedir (Soygür, 1999; Gülseren, 2002; Urizar ve Maldonado, 2006; Hanzawa ve ark., 2010; Goncalves-Pereira ve ark., 2013). Birçok çalışmada bakım vericilerin başa çıkma stratejileri ile bakım yükü düzeyleri arasında ilişki olduğu da vurgulanmaktadır (Huang ve ark., 2009; Loughland ve ark., 2009; Ramírez-García, Hernández ve Dorian, 2009; Hanzawa ve ark., 2010; Nitsche, Koch ve Kallert, 2010; McCann, Lubman ve Clark, 2011). Caqueo-Urizar ve ark. (2014) ise bakım yükü düzeyi yüksek olan bakım vericilerin daha fazla rol yüklenmesi yaşadığı ve buna paralel olarak da daha çok stres yaşadıklarını vurgulamaktadırlar.

Bakım vericilerin stres yaşamasına neden olan faktörler incelendiğinde ise; yapılan çalışmalarda şizofrenik bozukluğu olan bireye bakım veren birçok hasta yakınının her gün hastanın anormal, tehlikeli ve tahmin edilemeyen davranışları ile karşı karşıya kalarak ve sosyal ortamlardan dışlanarak, yalnız kalarak, izolasyon yaşayarak stres yaşadıkları gösterilmiştir (Chien, 2008; Chien, 2010; Chien ve Chan, 2013). Caqueo-Urizar ve ark. (2014) bakım vericilerin stres düzeyinin yükselmesinin hastaya bakım vermenin tüm zamanlarını almasıyla ve işlevselliklerinin azalmasıyla ilişkili olduğu belirtmektedirler. Ayrıca, bazı çalışmalarda bakım vericilerin stres

düzeinin yaşanan iletişim güçlükleri, hastanın yaşadığı belirtilere uygun müdahale stratejilerini bilememe ve finansal sorunlar nedeniyle daha da arttığı vurgulanmaktadır (Chien ve Norman, 2009; Huang ve ark., 2009; Ramírez-García ve ark., 2009; Hanzawa ve ark., 2010; Nitsche, Koch ve Kallert, 2010; Jagannathan ve ark., 2012; MacLeod, Elliot ve Brown, 2011; McCann, Lubman ve Clark, 2011; Riley ve ark., 2011). Kate ve ark., (2013) belirttiğine göre, hastanın sosyal ve mesleki fonksiyonlarındaki bozulmaya ve anormal davranışlarına bağlı olarak bakım vericiler, önemli düzeyde ekonomik, fiziksel ve duygusal stres yaşamaktadırlar. Yusuf ve Nuhu (2011) şizofreni hastasına bakım veren bireyde ortaya çıkan değişken ruh hali, kas ve eklem ağrıları, baş ağrısı, aile ve evlilik çatışmaları ile ekonomik sorunların ise bakım vermektan kaynaklanan stresin, bakım vericide görülen belirtileri olabileceğini belirtmektedirler. Bu belirtilerin var olmasının bakım vericinin aynı zamanda yüksek düzeyde duygusal stres yaşadığının da bir işareti olabileceğini vurgulamaktadırlar (Yusuf ve Nuhu, 2011).

Aileler bakım verme sorumluluğundan dolayı yaşadıkları stresten önemli derecede etkilenmekte ve bunun bir sonucu olarak da olumsuz ruhsal deneyimler yaşamaktadırlar. Yapılan bir çalışmada bakım vericilerin %65'inde ruhsal hastalık bulunma olasılığının yüksek olduğuna dikkat çekilmektedir (Şengün İnan ve Çetinkaya Duman 2013). Yusuf ve Nuhu (2011) ise ruhsal anlamda hastalığın olumsuz etkilerine maruz kalan bakım vericileri unutulmuş hastalar olarak tanımlanmaktadır. Birçok çalışmada da bakım vericilerin kalıcı olabilecek düzeyde stres, anksiyete ve ruhsal sıkıntılara maruz kaldıkları bildirilmiştir (Raune ve ark., 2004; Barton ve Jackson, 2008; Loughland ve ark., 2009; Boydel ve ark. 2014). Chien (2010) ortaya çıkan ruhsal sıkıntıların ise depresyon, anksiyete ve somatik yakınmalarla sonuçlanabildiğini belirtmektedir. Oysa bakım vericiler yaşadıkları stresten kurtulmak ve daha iyi bir ruh sağlığına kavuşmak istemektedirler. Bu doğrultuda, bakım vericilerin yaşadıkları ruhsal sıkıntılar, stres ve bakım yüküyle baş etmek için etkili ve etkisiz birçok baş etme yöntemini bir arada kullandıkları da görülmektedir. Ganguly, Chadda ve Singh (2010) bakım vericilerin yaşadıkları stresle baş etmek için; gelecek için umut beslemek, tanrıya inanmak, dini uygulamalara katılmak ve benzer sorunu yaşayan kişilere yardım etmek gibi baş etme yollarını kullandıklarını belirtmektedir. Taywan'da yapılan bir çalışmada ailelerin yaşadıkları stresle baş etmek için daha çok bilişsel ve sosyal baş etme stratejilerini kullandıkları, ancak hastalığın yarattığı stigmadan dolayı yoğun utanç duygusu yaşadıkları belirlenmiştir (Huang ve ark. 2008). Ailelerin yaşadıkları stres ile baş edebilmek için ağlama, inkar, kızgınlık, sosyal yaşamdan çekilme, saldırgan

davranışlar, olumlu düşünme, bilgi edinme, arkadaş ve komşu desteği alma, sosyal destek arama gibi baş etme yöntemlerini kullandıkları da belirtilmektedir (Huang ve ark., 2008). Bunun yanında, ailelerin yaşadıkları zorluklar ile nasıl baş edeceklerini öğrenme ve sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olma ve tedaviye aktif katılma gereksinimleri vardır (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Yapılan çalışmalarda, kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin bakım verme sürecinde aile işlevselliğini sürdürmek için kullandıkları baş etme stratejilerinin yetersiz olduğu ve bakım verenlerin baş etmelerini geliştirmek için profesyonel desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (Liu ve ark., 2007; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011). Bu nedenle aile sağaltım planına dâhil edilmeli ve hastalıkla baş etmede işlevsel olmayan yollar kullanıyorsa değiştirilmesi için yardımcı olunmalıdır (Yılmaz, 2011; Kung ve ark., 2012).

Bu doğrultuda literatür incelendiğinde, şizofreniyle baş etmede hasta ve ailelere yönelik olarak çeşitli psikososyal girişimlerin uygulandığı görülmektedir. Psikososyal girişimler kapsamlı olup, ilaç tedavisi, bilişsel davranışçı terapi, baş etme stratejilerini artırma ve psikoeğitim gibi uygulamaları içermektedir (Baker, 2000; Chien, 2008). Ailelere yönelik müdahaleler ise sıklıkla aile eğitimi (psikoeğitim), aile destek grupları, aileler için özel eğitim grupları, kriz yönetimi, danışmanlık ve davranışçı aile yönetimi gibi uygulamaları kapsamaktadır. (Dixon ve ark., 2001; Chien ve Norman, 2003; Chien, 2010; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Aile müdahaleleri kapsamında genellikle ailelere hastalık ve tedavisi hakkında bilgi, iletişim ve sorun çözme becerileri öğretilmektedir (Glynn ve ark., 2006; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013).

Aileleri desteklemek amacıyla yapılan bu müdahalelerin yararları incelendiğinde; birçok çalışmada psikososyal müdahalelerle ve bunlara hasta ve ailesinin katılması ile aile ortamının stresinin azaldığı, aile üyelerinin duygu ifade düzeylerinin düştüğü, ailenin refahının ve fonksiyonlarının düzeldiği ve hastalığın yinelenme oranlarının azaldığı, semptomların iyileştiği ve hastanın fonksiyonelliğinin arttığı gösterilmiştir (Maldonado ve Urizar, 2007; Jewell, Downing ve McFarlane, 2009; Lefley, 2010; Kung ve ark. 2012; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Pilling ve arkadaşları tarafından yapılan şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aile müdahalelerinin meta analiz çalışmasında, aile müdahalelerinin hastalığın tekrarlanmasını, hastanın tekrar hastaneye yatışını azalttığı ve ilaç tedavisine uyumunu arttırdığı belirtilmektedir (Pilling ve ark., 2002). Ayrıca, aileye verilen stresle baş etme konusundaki psikoeğitimin bakım yükünü azalttığı, yanı sıra ailenin bakıma yönelik davranışlarını olumlu yönde etkilediği

ve hastaların hastalığının tekrar etme oranını düşürdüğü saptanmıştır (Mino ve ark., 2007; Maldonado ve Urizar, 2007; Chien, 2010; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Ancak, bilişsel-davranışçı teknikleri temel alarak ailelerin baş etme becerilerini geliştirmeyi hedefleyen müdahale programlarının yetersiz olduğu da görülmektedir.

Bilişsel-davranışçı teknikler bireyin baş etme becerilerini genişleterek, kişisel gelişimine ve hastalıkla ilgili yaşantılara uyum göstermesine yardımcı olmaktadır. Bilişsel-davranışçı teknikler, bireyin uyumsal olmayan davranışlarını değiştirmek ve sağlıklı baş etme yanıtlarını artırmak amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından sağlık bakımının verildiği her ortamda ve her yaş grubunda kullanılmaktadır. Psikiyatri hemşiresi bu teknikleri kullanarak bireylerin işlevsel olmayan düşüncelerinin onların hayatında nasıl sorunlar yaratabileceğini görmesine yardım etmektedir. Bu düşüncelerin işlevsel ve olumlu düşüncelerle yer değiştirmesine katkı sağlayarak da bireylerin yaşamsal sorunlarla daha iyi baş etmesine yardımcı olabilir (Sungur, 1997; Trigoboff, 2004; Demiralp ve Oflaz, 2007). Bütün bu avantajlarını düşünüldüğünde bakım vericilerin desteklenmesi amacıyla hazırlanan programların içeriğinde bilişsel davranışçı tekniklerinin kullanılmasının yararlı olabileceği düşünülmektedir.

Bilişsel tekniklerin kullanıldığı farklı gruplarda yapılan az sayıdaki çalışmalar incelendiğinde; Alzheimerlı hastaların bakım vericilerinin yükünü azaltmak için Marriott ve arkadaşları (2000) uyguladıkları 14 oturumdan oluşan bilişsel davranışçı aile müdahalesinden sonra bakım vericilerin yükünde ve hastanın davranışsal bozukluğunda önemli şekilde azalma olduğu saptanmışlardır. Gammon ve Rose (1991), zihinsel engelli çocukların ebeveynlerinin stres düzeylerini azaltmak amacıyla hazırlamış oldukları 10 oturumluk bilişsel davranışçı temelli bir eğitim grubunda, bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözme becerilerinin kazandırılması, bireysel hedeflerin belirlenmesi ve kişilerarası iletişim becerilerinin artırılması gibi konulara odaklanmışlardır. Araştırmanın sonucunda zihinsel engelli çocukların ebeveynlerinin stres düzeylerinin azaldığını belirlemişlerdir. Davranışsal sorunlar yaşayan çocukların annelerinin stres düzeylerini azaltmak için hazırladıkları 5 oturumluk bilişsel davranışçı eğitim programında, Nixon ve Singer (1993) kendini suçlamaya yol açan bilişsel çarpıtmalarla ilgili bilgi ve uygulamalarla, grup tartışmaları yapmışlar ve annelerin stres ve depresyon düzeylerinin ve olumsuz otomatik düşünce sıklıklarının azaldığını tespit etmişlerdir.

Ülkemizde şizofreni hastalarının ailelerine yönelik uygulanan psikososyal müdahaleler ile ilgili yapılan çalışmalar gözden geçirildiğinde, çalışmaların daha çok

hasta yakınları için psikoeğitimi, aileden aileye destek programını, grup terapisini, psikososyal beceri eğitimini ve bağımsız sosyal yaşam becerileri ve topluma yeniden katılım programı gibi programların uygulamasını içerdiği görülmektedir. Hasta yakınlarına sınırlı bir sürede hastalık, hastalıkla baş etme, semptom yönetimi, stres ve baş etme yöntemleri gibi konularda psikoeğitim müdahalesi yapılan çalışmalar incelendiğinde; Tel ve Terakye (2000) hasta yakınları ile toplam 10 görüşme yapmışlar, uygulama sonunda ailelerin bakım güçlüklerinin azaldığını ve stresle baş etmelerinin geliştiğini tespit etmişlerdir. Dülgerler (2004) ise hasta yakınlarına 14 oturumdan (28 saat) oluşan bir psikoeğitim programı uygulamıştır. Yirmi üç bakım verici ile ev ziyareti şeklinde yürüttükleri çalışmalarında Doğan ve ark. (2002) ailelere hastalık hakkında bilgi ve eğitim vererek ve ailelerin ev ortamında karşılaştıkları problemlere rehberlik etmişlerdir. Aileden aileye destek programı uygulaması yapılan çalışmalarda ise; Bademli ve Çetinkaya Duman (2012) bakım vericilerin baş etme yöntemleri ve ruh sağlıkları ile ilgili olumlu sonuçlar elde etmişlerdir. 12 oturumdan oluşan aileden aileye destek programı sonrası Yıldırım ve ark. (2014) ailenin bilgi düzeyinin arttığını ve yükünün azalttığını belirlemişlerdir. Yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde; Gülseren ve arkadaşları (1999) ailelere haftada bir gün, 24 oturumluk grup terapi süreci uygulamışlardır. Yıldırım ve Ekinci (2010) bakım vericilere 14 oturumdan oluşan psikososyal beceri eğitimi programı uygulamışlar ve program sonrası bakım vericilerin aile işlevlerinde olumlu ilerleme olduğunu tespit etmişlerdir. Çetinkaya Duman ve ark. (2007) hastalara ve bakım verenlere 6 oturumdan oluşan bağımsız sosyal yaşam becerileri ve topluma yeniden katılım programı uygulamışlar ve programın bakım vericilerin duygu ifadesi düzeyleri üzerine etkisi olmadığını saptamışlardır

Aileleri desteklemek amacıyla yapılmış, yukarıda da belirtilen çalışmalar incelendiğinde çalışmaların çoğunun hemşireler tarafından yapıldığı görülmektedir. Hemşirelerin hasta ve yakınları ile en çok zaman geçiren ve onların kolaylıkla ulaşabildikleri, sorunlarını paylaşabildikleri sağlık profesyonelleri oldukları düşünüldüğünde, bu durum olağan sayılabilir. Ayrıca, hemşireler bakım vericilerin yaşadıkları yük ve sıkıntıları değerlendirebilecek ve sorunlarla baş etmelerine yardımcı olabilecek kilit konumdaki sağlık bakım üyeleridir (Honea ve ark., 2008). Günümüzde değişen sağlık politikalarına paralel olarak gelişen kronik ruhsal hastalıkların toplumda tedavisinin sürdürülmesi yaklaşımı ise toplum ruh sağlığı hemşirelerini hem hastanın hem de ailenin desteklenmesinde önemli bir konuma getirmiştir. Toplum ruh sağlığı hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları incelendiğinde “hasta ailesinin

desteklenmesi” “stresle baş etme, öfke kontrolü gibi” ruh sağlığını koruyucu programlar düzenleme, “aile ortamını sağlıklı hale getirme” gibi sorumlulukları yerine getirmesi istenmektedir (Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik). Bu doğrultuda, hemşirenin hastalık odaklı yaklaşımdan uzaklaşarak, hasta ve ailesini bütüncül olarak ele alması, hastanın sürekli bakım sorumluluğunu üstlenen bakım vericileri de desteklemesi beklenmektedir.

Ailelerin desteklenmesinin hem hasta hem de bakım verici açısından bilinen olumlu katkılarına rağmen, ülkemizde sürekliliği olan bakım vericiyi destekleyen programların sınırlı düzeyde olduğu söylenebilir. Bu amaçla yapılan çalışmaların çoğunun tez çalışması ya da sınırlı bir süreyi kapsayan araştırmalar olduğu görülmektedir. Aynı zamanda, çalışmaların birçoğunda psikoeğitim uygulaması yapıldığı, uzun süre boyunca bakım vericinin katılımının beklendiği, hastalıkla ilgili bilgi verilerek bakım vericinin stresinin azaltılmasının hedeflediği ve çoğunun hastane temelli çalışmalar olduğu da belirtilmektedir. Diğer yandan birçok çalışmada bakım vericilerin yakınlarını başkalarına emanet ederek, bu çalışmalara katılmakta zorlandıkları ve kısa süreli ve etkili programlara ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır (Doğan ve ark., 2002; Pilling ve ark., 2002; Dülgerler, 2004; Çetinkaya Duman ve ark., 2007; Arslantaş ve ark., 2009; Ukpong, 2012; Adeosun, 2013; Şengün İnan ve Çetinkaya Duman 2013). Bunlara ek olarak, ülkemizde sağlık bakım sistemi içinde bakım vericilerin henüz yer almadığı, daha çok hastanın tedavisine odaklanıldığı ve hastane temelli bakımın ön planda olduğu söylenebilir. Bu nedenle de bakım vericilere gereken önem verilmemektedir. Oysa şizofreninin kronik bir hastalık olduğu ve toplum içinde tedavi ve bakımının sürdürülmesinin gerekli olduğu düşünüldüğünde, ailelerin yüklerini azaltmaya ve onların ruh sağlıklarını korumaya yönelik toplumsal düzeyde verilecek programlara ihtiyaç duyulduğu görülmektedir (Gülseren ve ark., 2010; Arslantaş ve Adana, 2011; Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013; Yıldırım ve ark., 2014).

DSÖ ise ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modelinde verilmesinin gerekli olduğunu öngörmekte ve ülkeleri bu hizmetlere geçmeleri konusunda yönlendirmektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinin toplum temelli ruh sağlığı hizmetleri modelinde verilmesi prensibi ülkemizde de benimsenmiş ve Sağlık Bakanlığı'nın 16/02/2011 tarih ve 7364 sayılı Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri (TRSM) Hakkında Yönergesi ile yürürlüğe girmiştir. Bu hizmet modelinin amacı ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık

hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulabilmesidir. Toplum ruh sağlığı hizmetlerinin yaygınlaşması ile de hastaların buldukları ortamda tedavilerinin sürdürülmesi ise ailelerin bakım verme sorumluluklarının devam etmesine neden olacaktır. Diğer yandan, yapılan birçok çalışmada ailelerin bu sorumluluklarını sürdürebilmek için daha çok profesyonel desteğe ihtiyacı olacağı, desteğin sağlandığı programlara ailelerin katılımını artırmak için kısa süreli, toplum ruh sağlığı hizmetleri içinde uygulanabilecek ve etkili programlara gereksinim olduğu da vurgulanmaktadır (Doğan ve ark., 2002; Pilling ve ark., 2002; Dülgerler, 2004; Çetinkaya Duman ve ark., 2007; Arslantaş ve ark., 2009; Ukpong, 2012; Adeosun, 2013; Şengün İnan ve Çetinkaya Duman 2013).

Bu nedenle bu çalışmada, bakım vericinin desteklenmesi amacıyla bilişsel davranışçı teknikleri temel alan kısa süreli bir stres yönetimi programının (Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programı) denemesi yapılmasının bakım vericiler açısından yararlı olacağı düşünülmüştür. Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programı; birey odaklı olması, uygulama süresinin kısa olması, kullanılan bilişsel davranışçı tekniklerin bireyin ihtiyaç duyduğu her ortamda uygulanabilme kolaylığı olması, terapinin ev ödevleri ile bakım vericinin evinde devam edebilmesi, bireyin bakım verdiği ortamdan uzun süre uzak kalmak zorunda olmaması ve bireyin baş etme becerilerini geliştirmesi gibi olumlu özellikleri vardır. Ayrıca literatürde bilişsel davranışçı tekniklerin kullanımı bireyin negatif düşüncelerini azaltarak yaşadığı stresle baş etmesi ve günlük stres, anksiyete ve depresyona kadar değişen birçok psikiyatrik problemi de önlemleri ölçüde azaltıcı etkisi olduğu belirtilmektedir (Basco ve ark., 2000; Hamamci, 2006; Hiçdurmaz ve Öz, 2011). Programın uygulanması ile bakım vericilerin daha etkili baş etme davranışları geliştirebilecekleri, buna paralel olarak da yaşadıkları bakım yükünün, stresin ve ruhsal hastalık riskinin azalacağı ve aile işlevlerinin daha sağlıklı hale geleceği düşünülmektedir. Ayrıca, Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın ailelerin desteklenmesi amacıyla hemşireler tarafından kolaylıkla kullanılabilceği söylenebilir. Özellikle toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan hemşire sayısı da dikkate alındığında, programın kısa süreli olması ve ev ödevleri ile programın bakım verici tarafından sürdürülmesi, hemşirelerin zamanı etkin kullanmalarını sağlayacağı ve bakım verici merkezli bir program olması nedeniyle oturumların bakım vericiye göre planlanması ile programa devamsızlıkların azalacağı düşünülmektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu alışma “Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın” şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ruhsal durumları, stresle başa çıkma tutumları ve bakım yüküne etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

1.3. Araştırmanın Hipotezleri

Hipotez 1: Kısa Biliřsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı (KBDSYP) uygulanan bakım vericilerin Stres Belirtileri Ölçeđi puanları, KBDSYP uygulanmayanlardan dūřüktür.

Hipotez 2: KBDSYP uygulanan bakım vericilerin Stresle Başa ıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği puanları, KBDSYP uygulanmayanlardan yüksektir.

Hipotez 3: KBDSYP uygulanan bakım vericilerin Genel Sađlık Anketi puanları, KBDSYP uygulanmayanlardan dūřüktür.

Hipotez 4: KBDSYP uygulanan bakım vericilerin Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeđi puanları, KBDSYP uygulanmayanlardan dūřüktür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Şizofreni

Şizofreni işlevselliğin önemli derecede bozulduğu, duygu, düşünce ve davranış bozukluklarının görüldüğü psikotik semptomlarla belirli, kronik bir ruhsal bozukluktur (Sadock and Sadock, 2009). Hastalık daha çok genç yaşta başlar, her iki cinste de eşit olarak ortaya çıkar ve her toplumda görülebilir. Şizofreni özellikle düşünce, algı ve duygulanım alanlarında bozulmalara yol açan, iyileşme ve yinelemelerle seyreden süregelen bir hastalıktır (Yıldız, 2005).

Hastalık çoğunlukla 15-35 yaş grubunda olan her 1000 yetişkinden yedisini etkilemektedir. DSÖ verilerine göre (2011) dünya çapında 24 milyon şizofreni hastası olduğu tahmin edilmektedir (DSÖ, 2011). Mcgrath (2005), 25 ülkeden 55 çalışma sonucunu derlediği araştırmasında şizofreni görülme sıklığının 100 000’de 7.7 ile 43.0 arasında olduğunu bildirmektedir (Mcgrath, 2005). Amerika Birleşik Devletlerinde hastalığın yaşam boyu yaygınlığı yaklaşık %1’dir (Sadock ve Sadock, 2009). Türkiye’de şizofreni yaşam boyu yaygınlığının 1000’de 8.9 (Binbay ve ark., 2010), Sivas’ta ise %0.5 olarak saptanmıştır (Doğan, 2011).

Hastalığın ortaya çıkış nedenleri birçok araştırmaya konu olmuş ancak henüz kesin olarak aydınlatılamamıştır. Etiyoloji üzerindeki görüşler “organik” ve “psikososyal” olmak üzere iki ana grupta toplanmışsa da genellikle her iki görüşteki etkenlerin bir arada ele alınması gerektiği kabul edilmiştir (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Tsuang, Faraone ve Glatt, 2011; Videbeck, 2011). Ayrıca, şizofrenik bozukluğu olan bireyde duygulanım, düşünce, algılama, davranış, kişilerarası ilişkiler, iş yaşamı gibi alanlarda olumsuz belirtiler ortaya çıkmaktadır. Bu belirtiler ise bireyin yaşamını olumsuz etkilemekte yeti yitimiyle sonuçlanmaktadır (Lieberman, Stroup ve Perkins, 2012).

Şizofreni ile ilişkili çok sayıdaki belirti ve yeti yitimini iyileştirebilecek tek bir tedavi yöntemi henüz yoktur. Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (APA) 2010 yılında yayınladığı “Şizofreni Hastalarının Tedavisi için Uygulama Kılavuzu”nda hastaların tedavisi için gösterilen çabaların bütüncül ve çok yönlü olması, hastanın bireysel yanıtına ve gidişine uygun olarak ayarlanmasının gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Bununla birlikte farmakolojik, psikoterapötik, rehabilitatif ve toplumsal desteklerin uygun şekilde bütünleştirilmesinin hastalığın morbidite ve mortalitesini azaltacağı ve yaşam kalitesini arttıracığı belirtilmektedir (Lehman ve ark. 2010).

Yukarıda vurgulanan tedavi yaklaşımlarına rağmen, şizofrenik bozukluğa sahip bireylerin önemli bir kısmında hastalığa bağlı olarak yeti yitimi ortaya çıkmakta ve bunun sonucu olarak ta birey, ailesi ve toplum bu durumdan olumsuz şekilde etkilenmektedir.

2.1.1. Şizofreninin Bireysel, Ailesel ve Toplumsal Sonuçları

Şizofreni bireysel, ailesel, toplumsal ve ülke ekonomisini ilgilendiren boyutlarda yaygın etkisi olan bir hastalıktır. Hastalık genellikle yetişkinlik eşiğinde başlamaktadır ve bu nedenle de bireyin yaşamının önemli bir kısmını olumsuz etkilemektedir (McManus ve ark., 2009; Bevan ve ark., 2013). Hastalığa bağlı olarak bireyin ruhsal, fiziksel sağlığı, sosyal ilişkileri, işi, ekonomik durumu etkilenmektedir. Hastalık semptomları şizofren bireyin işsizlik, evsizlik, suçla karışma, madde kullanma, fiziksel hastalıklar, bağımlılık, başarısızlık gibi olumsuz durumlar yaşamasına neden olmaktadır (NAMI, 2008; Bevan ve ark., 2013). Bunlara ek olarak, hastalık, tedaviler ve olumsuz yaşam koşulları şizofren bireylerin mortalite ve morbidite oranlarını etkilemektedir. Bevan ve ark., (2013) şizofren hastaların yaşam sürelerinin sağlıklı yetişkinlere göre daha kısa olduğunu vurgulamaktadırlar. Bunun nedenleri incelendiğinde; Ryan ve Thakore (2002) hastaların zayıf beslenme alışkanlıkları, hareketsizlik/egzersiz yapmama, sigara/alkol kullanma gibi alışkanlıkları ve antipsikotik ilaçların yan etkileri nedeniyle hiperlipidemi, obezite, diyabet, kardiyovasküler hastalıklar ve metabolik sendrom gibi hastalıklara yakalanma açısından riskli olduklarını belirtmektedirler. Mitchell ve ark. (2013) ise bu riskin kronik şizofreni hastalarında akut hastalara göre daha yüksek olduğunu vurgulamaktadırlar. Ancak, hastalar sadece bu hastalıklardan değil susisid nedeniyle de kaybedilmektedir. Pompili ve ark. (2007) şizofreni hastalarının susisid oranının %5-13 arasında olduğu belirtmektedirler.

Yukarıda bahsedilen sorunların yanında hastaların büyük çoğunluğunun hastalık belirtilerine bağlı olarak kişilerarası ilişkileri ve sosyal iletişimleri de bozulmaktadır. Yıldız (2005) şizofreni hastalarının önemli bir kısmında da ruhsal ve toplumsal yeti yitiminin oluştuğunu belirtmektedir. Hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan yeti yitimi, bilişsel yetilerin bozulması, stigma, benlik saygısının azalması, bazı hastalık belirtilerinin kontrol altına alınamaması, hastanın stresle ve öfkeyle baş etmede zorlanması, sosyal içe çekilme, kullanılan ilaçların yan etkileri, sık hastane yatışları gibi nedenlerle de hasta bireyler ya işlerini kaybetmekte ya da işe girmekte güçlük yaşamaktadırlar (Bevan ve ark., 2013). İşin kaybedilmesi veya düzenli çalışmama ise hastaların ekonomik anlamda güçlük yaşamasına neden olmaktadır. Yaşanan tüm bu

olumsuzluklar ise hasta bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. Ritsner (2011) hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan yeti yitimi, bilişsel ve fonksiyonel kayıpların hasta bireyin yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır. Ayrıca, hasta bireyin yaşadığı negatif semptomlar ve depresyonun, antipsikotik ilaçların yan etkilerinin ve yaşanan duygusal stresinde yaşam memnuniyetini olumsuz etkilediğini belirtmektedir.

Yaşam kalitesini olumsuz etkileyen bir diğer faktörde bireylerin kendilerinden beklenen rolleri yerine getirememeleridir. Bu ise bireyin kendisini bağımlı hissetmesine neden olmaktadır. Saunders (2003) yaşamla ilgili rollerini yerine getiremeyen hastaların kendilerine bakmak konusunda zorluk yaşadığını ve sürekli olarak aile bakımı ve desteği almak zorunda kaldıklarını vurgulamaktadır.

Hastalığın ortaya çıkması ile aile üyeleri hastalarıyla birlikte yaşam boyunca sürecek birçok güçlük karşılı karşıya kalmaktadır. Aileler hastanın yaşamını idame ettirebilmesi için hastaya destek olmakta ya da ona bakım vermektedirler. Hastalığa bağlı olarak oluşan duygusal, davranışsal, toplumsal ve maddi sorunlar hem hasta bireyi hemde birlikte yaşadığı aile üyelerini olumsuz etkilemektedir (Magliona ve ark., 2001; Yıldız ve ark., 2010). Birçok hasta yakınının yaşanan sorunlar nedeniyle öfke, çaresizlik, yalnızlık, umutsuzluk, korku, endişe gibi duygular yaşadıkları belirtilmektedir (Gülseren ve ark., 2002; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Arslantaş ve ark. (2009) bu tür duyguların yoğun yaşanmasının ailelerin duygu dışı durumunun yüksek oluşuyla ilişkili olduğunu vurgulamaktadırlar. Yaşanan duygusal sorunların yanında sürekli olarak şizofrenik bir bireye bakım vermek ailelerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını da olumsuz etkilemektedir (Caqueo-Urizar ve ark., 2009). Miller ve ark. (2014) ise birçok hasta yakınının bakım verme sırasında uyku bozukluğu, stres, anksiyete ve depresyon yaşadıklarını, kendilerine zaman ayırmadıklarını ve bu nedenle de tükenme yaşadıkları belirtmektedirler. Yıldız (2005), hastalık, taşkınlık belirtilerinin yol açtığı sorunlar, düşünce fakirleşmesi ve irade bozulması gibi yoksunluk belirtilerinin hastaların işlevselliklerini bozduğunu ve kendileri ile birlikte yaşayan yakın çevrelerindeki insanların da yaşam kalitesini olumsuz etkilediğini vurgulamaktadır.

Diğer yandan aileler hastalığın hekimler tarafından doğru tedavi edilmediğini düşünerek, hekim değiştirmek, ilaç değiştirmek, geleneksel tedavi yöntemlerine başvurmak, tetkik yaptırarak anlaşılamayan nedenleri bulmaya çalışmak, yeni sunulan ve etkisi kanıtlanmamış modern tedavi yöntemlerine de başvurumaktadırlar. Bu süreç ise hem maddi hem de manevi olarak aileleri zorlamaktadır (Yıldız, 2005; Arslantaş ve

Adana,2011). Aileler yaşanan bu maddi ve manevi zorlukların yanı sıra toplumun hastalığa bakış açısıyla da mücadele etmek zorunda kalmaktadır. Şizofrenide damgalanma ciddi boyutlardadır. Bu olumsuz bakış hastaların toplum tarafından dışlanmasına ve uygun işlere yerleştirilmemesine neden olmaktadır. Toplum tarafından damgalanmak ise hastaların benlik saygılarını ve özgüvenlerini azaltmaktadır. Aynı zamanda, ailelerinde hastalarının tanısını gizlemelerine ve sosyal ilişkilerinin bozulmasına neden olmaktadır (Yıldız, 2005; Bevan ve ark., 2013).

Yukarıda da belirtildiği gibi, şizofreni toplum tarafından damgalanan hastalıklardan biridir. Ancak hastalığın kronik olması sebebiyle, toplum içinde tedavisi ve bakımının sürdürülmesi gerekmektedir. Bu ise toplumsal anlamda da yüke neden olmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011). Hastalığın kronik bir seyir göstermesi, relapslar, iç görü eksikliği, tedavi uyumsuzluğu gibi nedenlerle sık sık hastane yatışlarının olması da toplumsal anlamda hastalığın yük getirmesine neden olmaktadır. Hastane yataklarının sürekli işgal edilmesi, hastalığın kronik seyirli olması nedeniyle sürekli tedavi giderlerinin olması, tedavi maliyetlerinin yüksek oluşu, toplumsal olarak yükün artmasıyla sonuçlanmaktadır. Aynı zamanda, hastanın sürekli toplumda tedavisinin sürdürülebilmesi için evde bakım ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinden de yararlanması gerekmektedir. Bu hizmetler ise maliyetlidir. Birçok hasta hastalık nedeniyle ya işini kaybetmekte ya da çalışmamaktadır. Hastanın sağlık giderleri ise ya ailesi tarafından ya da toplumsal kaynaklardan karşılanmaktadır (Arslantaş ve Adana, 2011; Bevan ve ark., 2013).

2.2. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesi ve Bakım Verme

Bir hastanın yaşamındaki en değişmez öğelerden biri ailedir. Şizofren bireylerle yapılan çalışmalarda hastaların önemli bir kısmının hastaneden çıktıktan sonra ailesinin yanına döndüğü ve hastaların %50-90'nın ailesiyle birlikte yaşadığı görülmektedir (Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Maldonado, 2006; Hou, ve ark., 2008; Arslantaş ve Adana, 2011; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Ailesiyle birlikte yaşayan bu hastaların, toplum içinde/yaşadığı ortamda tedavi ve rehabilitasyonun sürdürülmesinin daha yararlı olacağı düşüncesi ile dünya da olduğu gibi, ülkemizde de çok sayıda toplum ruh sağlığı merkezi açılmıştır. Hastaların bu merkezler tarafından takibi ve rehabilitasyonu sürdürülmektedir. Ancak bu değişim ailelerin hastanın bakımda birinci derecede sorumlu hale gelmesine neden olmaktadır (Ciallowska-Kuzmiska ve Kiejna, 2010; Weimand ve ark., 2010; Yusuf ve Nuhu, 2011; Atagün ve ark., 2011).

Hastanın bakım sorumluluğunu üstlenmek, ailenin hasta bireyin yerine getirmekte zorlandığı birçok sorumluluğu yerine getirmesini, hastanın tedavisi, bakımı, takibi ve rahabilitasyonunda rol almasını gerektirmektedir. Caqueo-Urizar ve Gutierrez-Maldonado (2006) bu doğrultuda, ailenin hastanın yalnız başına yerine getiremediği banyo yapmak, giyinmek, yemek yemek, ilaçlarını almak ve kontrollere gitmek gibi gereksinimlerini karşıladığını belirtmektedir. Ayrıca, ailenin hastanın farkına varamadığı hastalık semptomlarını erken dönemde tanıyabileceği, ilaç uyumuna katkıda bulunabileceği ve sağlık ekibi ile işbirliğini sürdürerek hastanın durumunu kontrol altında tutulmasına ve rahabilitasyonuna yardımcı olabileceği de söylenebilir. Nitekim, Gümüş (2006) hasta ailelerinin hastanın bakımına ve rahabilitasyonuna katılması ile tedavinin etkinliğinin daha da arttığını vurgulamaktadır. Yapılan bir başka çalışmada ise ailelerin hastaların tıbbi tedavisine yardımcı olduğu, onlara duygusal destek sağladıkları ve haklarını savundukları da gösterilmiştir (Mizuno ve ark., 2012).

Ailenin bu önemli katkıları vermesini sağlayan ise çoğunlukla hastaya bakım veren aile üyesidir. Hastalık ortaya çıktıktan sonra ailenin üyelerinden birinin hastanın bakım sorumluluğunu üstlendiği görülmektedir. Bu sorumluluğu üstlenen aile üyesi için bakım veren haline gelmek zor ve planlanmayan bir durumdur. Bu nedenle hastalık ortaya çıktıktan sonra bakım vericinin bu role uyum sağlamak zorunda kalmaktadır (Atagün ve ark., 2011; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Bakım vericinin bakım verme rolüne uyum sağlamasını hastalığın özellikleri ve prognozu, bakım verenlerin hastalıkla ilgili bilgi düzeyleri, hastadaki pozitif ve negatif belirtileri, atak sıklığı, kişiler arası ilişkilerde yaşanan güçlükler, sosyal destek ve damgalanmanın etkilediği bildirilmektedir (Gülseren, 2002). Literatürde bakım verme; kronik bir hastalığı olan bireyin beslenme, giyinme, hijyen vb. gereksinimlerini üstlenirken; duygusal, fiziksel ya da maddi destek vermeyi de içerir. Hastanın bakımından birinci derecede sorumlu olan anahtar kişi, primer/birinci derecede bakım verici olarak tanımlanmaktadır (Allender ve Spradley, 2001; İnci, 2006).

Diğer yandan, bakım verici için bakım verme rolü zor ve sıkıntılı bir süreçte beraberinde getirmektedir. Bakım verenlerin yaşadıkları fiziksel, duygusal ve ekonomik güçlükler, hasta bireyin işlevselliğindeki kayıplar, bakım verenin kendisine ait boş zamanının olmaması gibi engeller sonucunda bakım verenlerin yaşam kaliteleri olumsuz etkilenmektedir (Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado ve Miranda-Castillo, 2009; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Ayrıca, bakım vericiler ve diğer aile üyeleri

fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve iş ile ilgili alanlar da, bakım vermeye bağlı pek çok güçlük yaşamaktadırlar.

Aileler bakım verme rolünü çoğu zaman herhangi bir destek almadan yerine getirmektedirler. Bu durum ise ailelerin çeşitli güçlüklerle karşılaşmasına neden olmaktadır (Doğan ve ark., 2002; Hanzawa ve ark., 2010; Arslantaş ve Adana, 2011). Doğan ve ark. (2002) aile üyelerinin yaşadıkları güçlüklerin hastanın toplumsal çekilmesiyle, düşünme ve davranış bozukluklarıyla, aile ilişkilerindeki bozukluklarla ya da stigmayla ilgili olabileceğini belirtmektedirler. Ülkemizde şizofreni hastalarının yakınlarının yaşadıkları güçlüklerin belirlendiği bir çalışmada, aileler hastanın kontrol edilemeyen davranışlar göstermesi (%90,9), kendilerine ve başkalarına zarar vermesi (%54,5), ilaçlarını kullanmak istememesi (%39,1), komşulardan utanma-çekinme (%32,7), özbakım yetersizliği (% 23,6), ailenin bıkkınlık yaşaması (%21,5), hastanın ekonomik bağımlı oluşu (%17,3), ailenin kendini suçlu hissetmesi (%14,5) ve ailenin gelecek kaygısı (%6,4) konularında güçlük yaşadıkları gösterilmiştir (Başbüyük, 2004).

Bu konuda yapılan çalışmalar incelendiğinde ise ailelerin yaşadıkları güçlüklerin fiziksel, duygusal, sosyal ve ekonomik güçlükler olarak sınıflandırılabilceği söylenebilir (Brady ve McCain, 2004; Huang ve ark., 2009; McCann, Lubman ve Clark, 2011).

Ekonomik: Toplumun psikotik hastalara karşı reddedici tutum içinde olması ve hastayı damgalaması hasta yakınlarının yaşadığı güçlüklerin başında gelmektedir. Hastanın kontrol edilemeyen davranışları ve toplumun reddedici tutumuna bağlı olarak hasta üyenin çalışamaz duruma gelmesi ciddi boyutlarda ekonomik sorunlar ortaya çıkabilmektedir. Bakım veren aile üyesinin hastaya bakım vermek için işini bırakmak zorunda kalması ya da işe devamsızlık nedeniyle işten çıkarılması yaşanan ekonomik kayıpların daha da artmasına sebep olabilir. Gelir kaybı ve tedavi masrafları nedeniyle de aile içinde ekonomik güçlükler yaşanabilir (McCann, Lubman ve Clark, 2011; de Silva ve ark., 2012; Millier ve ark., 2014).

Sosyal : Hasta yakınlarının yaşadığı bir başka güçlük ise bakım verme nedeniyle kendilerine yeterli zaman ayıramamalarıyla ilişkilidir. Birçok bakım verici hastalık ortaya çıktıktan sonra günün 24 saatini hasta ile birlikte geçirmeye başlamakta ve kendi bakımını ve sorumluluklarını aksatmakta ve kendisine zaman ayırmamaktadır. Bu durum ise hastanın sosyal ilişkilerinin bozulmasına, yaşama karşı ilgisinin kaybolmasına neden olmaktadır. Evdeki diğer bireylere karşı olan sorumlulukların yerine getirilmemesi ve ertelenmesi ise aile içinde çatışmalara, iletişimin bozulmasına

ve ailenin parçalanmasına sebep olabilir. Ayrıca, hastanın kontrol edilemeyen davranışları hastanın eşiyle olan ilişkisinde de baskı ve zorlanmaya neden olabilir (Gülseren, 2002; Grandón ve ark., 2008; Jones, 2009; Rafiyah ve Sutharangsee, 2011). Millier ve ark. (2014) ailelerin sosyal ilişkilerinin bozulmasının ise ailenin yalnızlaşmasına, sosyal desteklerinin azalmasına ve duygusal anlamda sıkıntılarının artmasına sebep olabileceğini belirtmektedirler.

Duygusal: Aileler hastalığa bağlı olarak duygusal anlamda da güçlükler yaşamaktadırlar. Şizofren bireylerin bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının hasta ile ilgili endişe, korku, üzüntü ve belirsizlik gibi duygusal sıkıntılar yaşadıkları gösterilmiştir (Huang ve ark., 2009). McCann, Lubman ve Clark (2011) ise bakım vericilerin yaşadıkları olumsuz bakım verme deneyimleri karşısında kayıp, stigma, korku, değersizlik, utanç, suçluluk, çaresizlik, belirsizlik, gelecek kaygısı, öfke ve stres gibi olumsuz duygular yaşadıklarını saptamışlardır. Bu duyguların yoğun şekilde yaşanması ise ailenin duygu dışı vurumunun yüksek olduğunu gösterebilir. Duygu dışı vurumu yüksek olan ailelerde yaşayan hastaların ise relaps oranlarının yüksek olduğu birçok çalışmada gösterilmiştir.

Fiziksel: Şizofrenik bozukluğu olan bireye bakım veren aile üyelerinin yaşadığı bir diğer güçlük ise fiziksel güçlüktür. Bakım vericilerin bakım verme sırasında zamanlarının çoğunu hasta ile geçirdikleri ve bu süreçte kendi ihtiyaçlarını erteledikleri ve yaşadıkları stresle baş etmek içinde sigara/alkol gibi maddeler kullandıkları belirtilmektedir (Family Caregiver Alliance, 2006). Elmore (2014) bu durumun bakım vericide bazı fiziksel semptomların ortaya çıkmasına, beraberinde de fiziksel hastalıklara zemin hazırladığını vurgulamaktadır. Birçok bakım vericinin bakım verme sırasında yorgunluk, uykusuzluk, iştah kaybı, baş ağrısı, sindirim sorunları gibi somatik yakınmalarında artış olduğu belirtilmektedir (Family Caregiver Alliance, 2006; Vitaliano ve Katon, 2006; Schulz ve Sherwood, 2008; Yusuf ve Nuhu, 2011; Gupta ve Sharma, 2013). Bu durumun ise çoğunlukla hastanın bakım sorumluluğunun yalnız başına üstlenmekle, sosyal desteklerin yetersiz olmasıyla ya da bakım vericinin kendine zaman ayırmamasıyla ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Schulz ve Sherwood, 2008; Gupta ve Saharma, 2013; Settineri ve ark.;2014). Nitekim yapılan bir çalışmada bakım vericilerin %72'sinin doktor kontrollerine girmediği ve yarıya yakınında daha önce aldıkları randevuları kaçırdıkları bunun da fiziksel sağlıklarını olumsuz etkilediği belirtilmektedir. Li, Lambert ve Lambert (2007) ailelerin bakım verme sırasında

yaşadıkları güçlüklerin ise bakım yükünü artırdığı ve yaşam kalitesini olumsuz etkilediği belirtilmektedirler.

2.3. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesi ve Bakım Yükü

Ailede kronik bir hastalığı olup sürekli bakım gereksinimi olan hasta bireyin bulunması ailenin işlevlerinde bozulmalara neden olmakta ve hatta aile üyelerine yük getirmektedir (Awad ve Voruganti, 2008; Gülseren ve ark., 2010). Bakım sunma sorumlulukları arttıkça bakım sunma-bakım alma ilişkisi bakım verenin yaşamını sıkıntıya sokan, tek yönlü, bağımlı, yoğun ve uzun dönemli bir zorunluluğa dönüşebilmektedir (Atagün ve ark., 2011; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Silver ve Wellman (2002) bakım veren bireyin yaşamındaki iş, aile hayatı, sosyal yaşam gibi alanlarda ortaya çıkan sorunlarla bakım verme sorumluluğu birleştiğinde bakım veren yüküne yol açabileceğini belirtmektedirler.

Yük kavramı, hasta bir üyeye yaşıyor olmaktan dolayı aile üyelerinin günlük yaşamlarında karşılaştıkları zorluklar, hayatlarını etkileyen sorunlar ve olumsuz olaylar gibi hastalığın aile üzerindeki etkisini tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır (Gülseren ve ark., 2010). Yük, bakım verenlerin üstlendiği, bakımın ortaya çıkardığı, psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik problemler, sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması ve kontrolün kendisinde olmadığı duygusu yaşama gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlar olarak da tanımlanmaktadır (Küçükgüçlü ve ark., 2009). Yapılan tanımlamalarda yük kavramının aynı zamanda iki boyutu olduğu da vurgulanmaktadır.

Montgomery ve arkadaşları 1985 yılında yayınladıkları bir çalışmada, bakım verme yükünün nesnel ve öznel olarak iki boyutu olduğunu belirtmişlerdir. *Nesnel yük*, hastanın rahatsız edici davranışları ya da hastalığın yol açtığı ekonomik zorluklar, günlük yaşamdaki kısıtlanmalar, aile üyelerinin beden ve ruh sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri gibi aile yükünün gözlemlenebilir ve doğrulanabilir yönünü ifade etmektedir (Awad ve Voruganti, 2008; Arslantaş ve Adana, 2011; Atagün ve ark., 2011). Nesnel yük, bakım verenin hastanın gereksinimlerini karşılamak için harcadığı zaman ve çaba olarak da tanımlanmaktadır. Nesnel yükün boyutları: Aile rutinlerinin bozulması, davranışlarını yönetmeye çalışma, hastanın ekonomik bağımlılığı, hastalığın ekonomik etkileri, hizmet veren kişilerle görüşmeler, ruh sağlığı sisteminin gerektirdiği zaman ve enerji, diğer aile üyelerinin gereksinimlerinin ihmal edilmesi, sosyal aktivitelerin gerçekleştirilememesi, iş dünyası ile etkileşimin kesilmesi, uygun bir bakım ortamı bulamama şeklinde sıralanmaktadır (Sales, 2003; Atagün ve ark., 2011).

Bakım verme işinin bakım vericinin yaşamına etkisi çok yaygın ve zarar verici boyutta olmaktadır. Bakım verme işinin oluşturduğu gereksinimler, kişinin diğer rolleri ile bakım rolleri arasında bir çatışma oluşturmaktadır. Bunlar, aile ilişkileri, aile rutinleri, eğlence, çalışma, sosyal aktiviteler, sosyal ilişkilerde değişimler kadar hastalığın ekonomik etkilerini de içermektedir. Rollerdeki bu değişimler hastalığın nesnel yükü olarak görülmektedir (Sales, 2003; Atagün ve ark., 2011).

Bu zorlukların aile üyelerini ne ölçüde rahatsız ettiği ise *öznel yük* kavramıyla açıklanmaktadır. Öznel yük kişinin nesnel yükü uğraşırken yaşadığı sıkıntılar olarak tanımlanmaktadır. Aynı zamanda, bakım vericinin içinde bulunduğu durum nedeniyle duygularında ortaya çıkan değişiklikler, bu duruma karşı tutumlar ve duygusal tepkileri olarak tanımlanabilmektedir. Ortaya çıkan bu duygular ise keder, sıkıntı, utanma, suçluk duygusu gibi duygusal yanıtları içermektedir (Sales, 2003; Atagün ve ark., 2011).

Yukarıda da belirtildiği gibi, kronik hastalığı olan bireyin bakımı üstlenmek zorunda kalan birçok aile üyesi öznel ve nesnel yükü karşı karşıya kalmaktadır. Kronik ruhsal hastalıklar içinde bakım vericinin yoğun bakım yükü yaşamasına neden olan hastalıkların en başında ise şizofreni gelmektedir.

Klorpromazinin keşfi (1950) ve ardından birçok antipsikotik ilacın kullanıma sunulması şizofrenik bozukluğu olan bireylere bakım verenler için “Bakım yükü” kavramının öne çıkmasına neden olan en önemli gelişmeler olmuştur. Depo hastaneler kapanırken hastaların sağaltımlarının toplum içinde sürdürülür hale gelmesiyle hasta yakınları, çok da hazır olmadıkları bakım verici rolünü üstlenmek zorunda kalmışlardır (Awad ve Voruganti, 2008; Gülseren ve ark., 2010). İzleyen yıllarda, aileyi hastalığın nedeni olarak gören bakış açısı yerini, ailenin tutumunun hastalığın seyrini nasıl etkilediğine ilişkin çalışmalara bırakmıştır. Tüm bu gelişmelerin, şizofreni tanısı konmuş bireye bakım veren ailelerin yaşadığı yükün incelenmeye başlamasında etkisi olduğu söylenebilir (Pitschel-Walz ve ark., 2001; Gülseren ve ark., 2010).

Şizofrenik bozukluğu olan bireye bakım veren bireylerin bakım verme sorumluluğu nedeniyle ortaya çıkan sosyal, ekonomik, duygusal ve çevresel sorunlar bakım yükü olarak değerlendirilmektedir (Jacqueline ve Denise, 1995; Atagün ve ark., 2011). Magliano ve arkadaşları (2002) şizofreni hastalarının yakın çevrelerindeki insanların %83’üne finansal, duygusal ve günlük hayatla ilgili yükler getirdiklerini tespit etmişlerdir. Karancı (1995) hasta yakınlarının aile yaşantılarında çatışmalar ve duygusal sorunlar ve yanı sıra hastanın bakımı ve sağaltımı konusunda maddi yüklerle

de karşılaştıklarını bildirmektedir. Bakım vericilerin fiziksel, duygusal ve finansal anlamda yük yaşamasının ise birçok nedeni olduğu söylenebilir.

Yüke neden olan faktörlerle ilgili çalışmalar incelendiğinde; çalışmaların hastalığın farklı özelliklerine odaklandıkları görülmektedir. Pozitif belirtilerin yüke daha fazla sebep olduklarını bildiren çalışmaların (Knock ve ark., 2011; Goncalves-Pereira, ve ark., 2013; Hanzawa ve ark., 2013; Caqueo-Urizar ve ark., 2014) yanı sıra pozitif ve negatif belirtilerin birlikte yüke neden olduklarını bildiren çalışmalar da mevcuttur (Wolthaus ve ark., 2002; Magliano ve ark., 2006; Atagün ve ark., 2011). Nitekim Perlick ve arkadaşlarının (2006) çalışmasına (CATIE-Clinical Antipsychotic Trials of Effectiveness Interventions) katılan 623 hasta ve bunların birincil bakım vericileri, hastalığın belirtilerinin bakım veren yükü açısından belirleyici olduğunu bildirmişlerdir. Ishola (2013) ise bakım vericilerin yaşadıkları yüksek düzeydeki yükün hastanın yetersizlikleri ile ilişkili olduğunu belirtmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan Meksika kökenli hastalar ve bakım verenleriyle yaptıkları çalışmalarında Magaña ve ark. (2007) bakım verenlerin yaşının genç, eğitim düzeyinin düşük olması ve bakım verilen hastanın belirtilerinin şiddeti ile yük ve depresif belirtiler arasında bir ilişki olduğunu saptamışlardır. Güney Amerika'da yapılan bir çalışmada ise yük ve sosyo-demografik özellikler arasındaki ilişkiye bakılmış ve annelerde, yaşlı bakım verenlerde, düşük eğitim seviyesinde olanlarda, genç hastalara bakım verenlerde, çalışmayanlarda yük daha yüksek bulunmuştur (Caqueo-Urizar ve Gutiérrez-Maldonado, 2006). Huang ve ark. (2009) Tayvan'da yaptıkları çalışmada ise bakım vericinin yüksek düzeyde yük yaşamasının hastaya yardım etmeyle, aile içi çatışmalarla ve profesyonel desteğin eksikliğiyle ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Bakım vericilerle yapılan bir başka çalışmada da Creado, Parkar ve Kamath (2006) yaşanan yüksek düzeydeki yükün bakım vericinin kullandığı duygu odaklı baş etme mekanizmaları ve inkarla ilişkili olduğunu vurgulamaktadırlar. Kate ve ark. (2013) bakım vericinin işlevsel olmayan baş etme mekanizmalarını kullanıyor olmasının bakım yükü düzeyini artırdığını ve bunun psikolojik hastalıklara yakalanma ve yaşam kalitesinin düşmesine neden olduğunu belirlemişlerdir. Bir başka çalışma da uzun süreden beri bakım veriyor olmanın ve hem çalışmak hem de bakım vermek zorunda kalmanın bakım yükünün artmasına neden olduğu gösterilmiştir (Tan ve ark.,2012).

Ülkemizde bu konuda yapılmış çalışmalar incelendiğinde ise, Aydın ve arkadaşlarının (2009) 50 şizofrenik hasta ile yaptıkları araştırmalarında bakım yükünün hastanın yaşı, alevlenme ve hastanede yatarak tedavi görme sayıları ile ilişkili olduğunu

bulmuşlardır. Aslantaş ve Adana (2011) ise hastalıkla ilgili belirtilerin bakım yüküyle doğrusal bir ilişki içinde olduğunu belirtmişlerdir. Gülseren ve arkadaşlarının (2010) bakım veren yükünü belirlemeye yönelik yaptıkları çalışmada hastanın erkek, bakım veren aile üyesinin kadın olmasının, hasta yakınında süregelen bir bedensel hastalığın bulunmasının, akrabalarından ve sağlık personelinin yeterince destek almamanın, hastadan şiddet görmesinin, ailenin ekonomik durumunun kötü olmasının, hastanın bir sağlık kurumunda düzenli olarak izlenmemesinin aile yükünü arttıran özellikler olduğunu saptamışlardır. Ayrıca bakım verenlerin anksiyete ve depresif belirti düzeylerinin aile yükü ile ilişkili olduğu belirlenmiştir (Gülseren ve ark. 2010). Özlü'nün (2007) çalışmasında kadın olmanın, kişi başına düşen aylık gelirin az olmasının, tükenmişliğin, çaresizlik ve kadercilik yaklaşımının yük ile ilişkili değişkenler olduğu bulunmuştur. Gülseren (2002) negatif belirtilerin ailenin yükünü öngörmede önemli olduğunu, saldırgan ve psikotik davranışlardan çok öz bakım ve aktiviteyle ilişkili sorunların daha fazla yük getirdiğini belirtmektedir.

Yukarıda da belirtildiği gibi, nesnel ya da öznel boyutta yük yaşayan ve karşılanmamış pek çok gereksinimi olan birçok bakım verici, hastasına bakım verme gibi rolleri de içeren yaşamsal sorumluluklarını yerine getirirken güçlükler yaşamaktadır. Küçükgüçlü ve ark.(2009) bakım verenin üzerindeki yükün büyük olmasının evde bakım verme desteğinin tehlikeye girmesine de neden olabileceğini belirtmektedirler. Ayrıca, bakım verici yükünün artması hastanın kurumlara yatırılma oranlarını da arttırmaktadır. Diğer yandan bakım verenlerin yaşadıkları yüksek bakım yükünün bakım vericilerin stres düzeylerini de artırdığı ve bakım veren bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz şekilde etkilediği de vurgulanmaktadır (Saunders, 2003; Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado ve Miranda-Castillo, 2009).

2.4.Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesi ve Stres

2.4.1.Stres Kavramı

Stresin kelime anlamına bakıldığında, Latince'de "estricia", eski Fransızca'da "estree" kelimesinden geldiği ve zorlanma, gerilme ve baskı anlamlarını taşıdığı görülmektedir. 17. yüzyılda felaket, bela, musibet, dert, keder, elem gibi anlamlarda, 18 ve 19. yüzyıllarda nesnelere, kişiye, organa veya ruhsal yapıya yönelik olarak yaşanan güç, baskı, zorluk gibi anlamlarda kullanılmıştır. Ayrıca kelime "bütünlüğünü koruma" ve "varolan duruma dönmek için caba harcama" halini de ifade etmektedir (Balcıoğlu, 2005; Baltaş ve Baltaş, 2008; Çam Yıldırım, 2014).

Stres kavramı kavrama olan bakış açısına ve/veya yaklaşıma göre farklı şekilde tanımlanmaktadır. Lazarus ve Folkman'a (1984) göre stres "İçsel ya da dışsal talepler ve bireyin kaynakları arasındaki dengesizlikten ortaya çıkar". Bir olayın ne kadar stresli olduğu her bireye göre değişmektedir ve insanların aynı olayı değerlendirme dereceleri farklı olmaktadır. Batlaş ve Baltaş (2008) ise stresi organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının tehdit edilmesi ve zorlanması ile ortaya çıkan durum olarak tanımlamaktadır. Cüceloğlu (1992) stresi, bireyin fiziksel ve sosyal çevreden gelen uyumsuz koşullar nedeniyle bedensel ve psikolojik sınırların ötesinde harcadığı çaba olarak ifade ederken, Atkinson ve ark. (1996) çevreye sürekli olarak uyum yapma çabalarında, içsel ya da dışsal koşullar bireyin uyumunu zorlaştırırsa, birey bedensel ve psikolojik sınırlarının ötesinde çaba harcamaya başlar ve hem bedensel hem de psikolojik olarak yorulmasına neden olan bu durumu da stres olarak adlandırmaktadırlar. Meichenbaum, (1993) stresi bireylerin yaşamda karşılaştıkları bazı zorlayıcı durumlarla başa çıkarken, çözüm arayışları için kullanabilecekleri kaynakların yeterli olmadığını düşündüklerinde yaşadıkları çaresizlik duygularını kapsayan bilişsel temelli bir kavram olarak açıklamaktadır.

2.4.2. Stresle İlgili Kuramlar

Literatürde stresi açıklamak için oluşturulmuş birçok stres kuramı göze çarpmaktadır. Bu kuramları biyolojik, psikolojik ve sosyal temelli kuramlar olarak sınıflandırılmaktadır (Jones ve Bright, 2001; Akman, 2004).

a) Stresi Açıklayan Biyolojik Kuramlar

Strese yönelik biyolojik kuramlar kapsamında, Cannon'un Savaş/Kaç Modeli, Hans Selye'nin "Genel Uyum/Adaptasyon Sendromu Yaklaşımı", "Genetik Yapısal Kuramlar" ve "Kalıtım Çevre Etkileşimi Modeli" aşağıda açıklanmıştır.

Cannon'un Savaş/Kaç Modeli: Walter Cannon tarafından 1914 yılında geliştirilmiştir. Bu modelde Cannon, organizma bir tehdit algıladığında bedeninin sempatik sinir sistemi ve endokrin sistem aracılığıyla hızlı bir biçimde uyarıldığını ve güdülendiğini öne sürmektedir. Bu fizyolojik tepki organizmayı tehdiye karşı saldırmaya ya da ondan kaçmaya doğru harekete geçirmekte ve bu nedenle de "savaş veya kaç" tepkisi olarak adlandırılmaktadır. Cannon, savaş/kaç tepkisinin bir taraftan organizmanın tehdiye karşı ani bir biçimde tepki vermesini mümkün kıldığı için uyumlu olduğunu bir taraftan da stresin, duygusal ve fizyolojik fonksiyonları bozucu etkisi ve zamanla ortaya çıkarabileceği sağlık sorunları nedeniyle zararlı olduğunu öne

sürmektedir (Taylor, 2003; Aldwin, 2012; Seaward, 2014). “Savaş ya da kaç” tepkisi sırasında organizmada meydana gelen değişimler aşağıda kısaca özetlenmiştir.

- Çalışan kaslara oksijen sağlamak için kalp atım hızı artar,
- Çalışan kaslara kan göndermek için kan basıncı yükselir,
- Periferik vazodilatasyon oluşur,
- Kas kontraksiyonu sırasında oluşan metabolik süreç için serum glikoz düzeyi artar,
- Enerji üretimi için serbest yağ asitlerinin kullanımı artar,
- Kanama durumunda vücudu korumak için kan koagülasyonu artar,
- Kas gerilimi artar,
- Gastrointestinal hareketler yavaşlar ve abdominal bölgedeki kan kaslara yönlendirilir,
- Vücut sıcaklığını düşük tutmak için terleme artar,
- Gözbebekleri büyür,
- Bütün duyumlarda artış olur,
- Hipofizbezi uyarılır, böbrek üstübezinden adrenalin-noradrenalin salgılanır (Baltaş ve Baltaş, 2008; Seaward, 2014).

Oluşan bu değişimler ise stres sırasında sempatik sistemin aktive olmasıyla meydana gelmektedir. Birey stresle karşı karşıya kaldığında hipotalamus uyarılır ve böbrek üstü bezlerinden adrenalin ve noradrenalin salgılanır. Bu hormonların salınmasıyla, sempatik sistem aktive olmakta ve kalp vuruş hızında, solunum sayısında ve kan basıncında artış meydana gelmektedir. Bu artış sayesinde beyin ve kalp gibi hayatı organlara gönderilen kan ve oksijen miktarında artış sağlanmaktadır. Stres yaratan durum ortadan kalktığında ise, organizmanın homeostazisini sağlamak için parasempatik sistem aktive olur ve kalp vuruş hızı, solunum sayısı ve kan basıncı düşer, gastrointestinal sistem tekrar normal fonksiyonuna dönmektedir (Aldwin, 2012; Seaward, 2014).

Genel Uyum/Adaptasyon Sendromu Yaklaşımı: Stresi açıklamak için oluşturulmuş ilk yaklaşımlardan biri, Hans Selye'nin “Genel Uyum/Adaptasyon Sendromu” yaklaşımıdır. Selye'ye (1978) göre stres, “memnuniyet verici olup olmadığına bakılmaksızın her türlü isteme bedeninin uyum sağlamak için gösterdiği yaygın bir tepkidir”. Selye, bedeninin stresli durumlarda verdiği üç aşamalı tepkiyi "Genel Uyum/Adaptasyon Sendromu" olarak adlandırmıştır.

Selye'ye (1978) göre stres üç aşamalı bir süreçten geçmektedir. Bunlar alarm, direnç ve tükenme aşamalarıdır (Johnstone, 1989; Baltaş ve Baltaş, 2008; Seaward, 2014; Çam Yıldırım, 2014). İlk aşama olan *alarm tepkisi* aşamasında, otonom sinir sistemi aktiftir ve salgı bezlerini uyarır; kana adrenalin ve diğer biyokimyasal maddeleri pompalar. Bu salgılarla vücut alarm durumuna geçerek acil durum için müdahaleye hazır hale gelir ve “savaş ya da kaç” tepkisi içine girer. Direncin düşük olduğu bu kısa dönemde, bireyde gastrointestinal rahatsızlıklar ve kan basıncı artışı görülmektedir (Rice, 1999; Baltaş ve Baltaş, 2008; Çam Yıldırım, 2014). Kendini korumaya yönelik olarak yapılan savunucu tepkiler başarısız olursa ve stres veren uyarıcı etkisini göstermeye devam ederse, ikinci aşama olarak tanımlanan *direnç dönemine* girilir. Bu aşamada organizma alarm tepkisini ortadan kaldırır, stres verici olay ya da durumlara uyum sağlar ve salgıladığı biyokimyasal maddeleri geri çeker. Bu aşamada birey artık birinci aşamadaki kadar zorlandığını hissetmemekte, fakat strese karşı direnci arttığı için aslında var olan kaynaklarını kullanmakta ve bedenini yormaktadır. Birey eğer çok fazla kaynak kullanırsa zaman içinde bedeninin direnci düşebilir. Bu aşamada, alerjiler, ülserler, şeker hastalığı ve yüksek tansiyon gibi fizyolojik belirtiler ortaya çıkar ve kişinin genel iyilik halini olumsuz yönde etkiler (Rice, 1999; Baltaş ve Baltaş, 2008; Çam Yıldırım, 2014). Üçüncü aşama olan *tükenme aşamasında* ise beden artık stresin baskısına dayanamaz, enerji rezervlerini tüketir ve sonunda direnç kırılır. Bu aşamada ilk aşama olan alarm aşamasında rastlanan belirtilere daha yoğun bir şekilde tekrar rastlanır ve uzun dönemde birey için birçok ciddi fizyolojik hastalığa neden olur (Rice, 1999; Baltaş ve Baltaş, 2008; Çam Yıldırım, 2014). Selye'nin bu yaklaşımında, streste bilişsel süreçler göz ardı edilmekte ve fizyolojik süreçlere odaklanılmaktadır. Nitekim, Akman (2004) uzun süreli ve tekrarlayan stresin, bireylerde yol açtığı kardiyovasküler hastalıklar, yüksek tansiyon ve vücudun bağışıklık sisteminin zayıflaması gibi sonuçları göz önüne alındığında bu yaklaşımın günümüzde önemini koruduğunu belirtmektedir.

Genetik-Yapısal Yaklaşım: Bu yaklaşım stresle baş etmede bireyin genetik yapısının önemini vurgulamaktadır. Genetik yapı (genotip) ve bazı fiziksel özellikler (fenotip), kişinin strese direnme yeteneği üzerinde etkili olduğu için önemlidir. Bu yaklaşım, genetik yapı ve kişinin direncini belirleyen fiziki yapı arasındaki ilişkiyi anlamaya çalışmaktadır. Genetik faktörler, organizmanın direncini pek çok yolla azaltabilmektedir. Örneğin, bazı kişilerin kalp damar sistemleri, diğerlerinin gastrointestinal sistemleri vb. genetik olarak daha hassas olur ve stresle beraber o bölge

daha yoğun stres tepkisi verir; stresten de daha çok etkilenir ve bu hassasiyet genetik kodlar tarafından belirlenmektedir (Rice, 1999; Akman, 2004).

Kalıtım-Çevre Etkileşimi Modeli

Kalıtım-çevre etkileşimi modeline göre, kalıtım ve çevre birbirini tamamlayıcı faktörlerdir ve birlikte biyolojik yapı ve işlevler üzerinde etkili oldukları bilinmektedir (Rice,1999; Akman, 2004). Bu kuramda, Cotton'ın (1990) da belirttiği gibi, bireyin bir bozukluğa/rahatsızlığa karşı eğilimi kabul edilir. Bu eğilim doğuştan, kalıtımsal veya önceki bir hastalığın ya da kazanın sonucu olabilir. Var olan bu eğilim, stres durumuyla etkileşime girdiğinde psikosomatik bir bozukluk/rahatsızlık meydana gelebilir. Buna göre, strese karşı düşük eşikli kişi, hastalığa açık hale gelecektir. Hastalığın görülüp görülmeyeceği ise karşılaşılan stresin miktarına bağlıdır (yani stresin niteliği ve niceliği önemlidir) (Rice,1999; Akman, 2004). Bütün bunlara karşın strese karşı düşük eşiği olan her birey hastalanmadığı gibi, stressiz bir yaşam sonucunda sağlıklı da kalabilir (Rice,1999; Akman, 2004). Kısaca, kişinin fizyolojik bir zayıflığının strese bağlı hastalıkları ortaya çıkarıp çıkarmayacağını, çevresel stresörün varlığı ve aynı zamanda o stresörün miktarı belirlemektedir (Akman, 2004).

b) Strese Yönelik Sosyal Kuramlar

Çatışma Yaklaşımı: Bu yaklaşıma göre, toplumlar içlerinde yaşayan bireylerin birbirleriyle uyumlu yaşayabilmesi için bir takım kurallar koymaktadırlar. bireylerin koyulan bu kurallara uymalarını beklemektedirler. Bu kurallar topluluğu bireylerde çatışmalara yol açabilir (Rice, 1999; Akman, 2004). Kurama göre üç tür çatışma vardır: yaklaşma-kaçınma, kaçınma-kaçınma ve yaklaşma-yaklaşma. İstenilen iki durum arasında seçim yapma gerekliliği süresinde yaşadığımız çatışma türü yaklaşma-yaklaşma çatışmasıdır. Bazı çatışmalarda, aynı anda hem istenilen hem de istenilmeyen durumlarla karşı karşıya kalabiliriz, böyle durumlar yaklaşma-kaçınma çatışmasına örnektir. Kaçınma-kaçınma çatışmasında ise kişi, iki olumsuz alternatiften hiçbirini seçmek istememektedir. Çatışma kuramına göre çatışma yaratan durumlar bireyin stres yaşamasına da neden olabilir (Smith, Atkinson ve Hilgard, 2003; Akman, 2004).

c)Strese Yönelik Psikolojik Kuramlar

Öğrenme Modeli: Öğrenme modeli stresin açıklamasını, klasik ve edimsel koşullama veya her ikisinin birleşimi ile yapmaktadır. Stres kuramı için klasik koşullanmanın iki yönü önemlidir: İlk olarak, korku ve anksiyete gibi duygusal tepkiler karmaşıktır ve davranışsal, psikolojik ve fizyolojik bileşenleri içermektedir. Kaçınma davranışı kişiyi stres verici uyarıcıdan mümkün olduğu kadar uzak tutar. Kişi korkulan

nesne, kişi veya olayla karşılaştığında içsel bir gerilim yaşar. Vücut fizyolojik olarak uyarılır (kan basıncında artış, kalp atışı ve vücut ısısında yükselme gibi tüm fizyolojik stres belirtileri uyarılır). Nötr uyarıcı sadece korku duygusuyla değil, korku duygusuyla birlikte oluşan tüm fizyolojik, bilişsel ve davranışsal süreçlerle birleştirilir. Daha sonra uyarıcının çok düşük düzeyleriyle bile karşılaşılsa, öznel bir gerginlik ve fizyolojik uyarılma görülebilmektedir. İkinci olarak, koşullanma oluştuktan sonra, anksiyete önceden tahmin edilebilir hale gelebilir. Korkulan uyarıcı ile karşılaşma durumu olmasa bile sadece onun hakkında konuşmak veya onu düşünmek bile anksiyeteyi uyandırabilir (Rice, 1999; Akman, 2004). *Edimsel koşullanmada ise:* Başta belli bir davranış kendiliğinden oluşmaktadır. Yani belli bir uyarana tepki olarak değil, kendiliğinden ortaya çıkmaktadır. Böyle bir davranış bir kez meydana geldiğinde, bu davranışın tekrarlanma olasılığı, o davranışın sonuçlarının nasıl olduğuna bağlıdır. Bu nedenle örneğin, işinizin iyi yapılmadığına inandığınız bir kırtasiyeye tekrar gitme olasılığınız düşükken, işinizin tam olarak yapıldığını düşündüğünüz başka bir kırtasiyeye gitme olasılığınız yüksek olacaktır (Smith, Atkinson ve Hilgard, 2003). Kısaca, edimsel koşullanmada, ödül getiren davranışın sıklığının artması, kötü sonuçlara yol açan davranışın sıklığının ise azalması söz konusudur. Stres verici uyarıcıdan uzaklaşmak, kişiyi stres yaşamaktan kurtaracağı için kaçınma davranışı artacaktır. Edimsel bakış açısı stres konusunda en çok kaçınma davranışının edinilmesi üzerinde durmaktadır. Kaçınma davranışı, öğrenilmiş korku veya anksiyetenin azaltılmasında rol oynamaktadır. İnsanlar genellikle hoş olmayan gerilimi azaltmaya veya gerilime neden olan durumdan uzaklaşmaya çalışırlar. Genelde anksiyete yaratan stresli durumlar, kaçma veya kaçınma davranışına neden olmaktadır (Rice, 1999; Akman, 2004; Türkçapar, 2011)

Bilişsel-Davranışçı Yaklaşım: Bilişsel görüşe göre stres, birey-çevre etkileşiminde kişinin uyumunu tehlikeye düşüren, var olan kaynaklarını zorlayan ya da var olan kaynaklarını aşan çevresel talepler şeklinde açıklanmaktadır (Lazarus & Folkman, 1984; Uçman, 1990; Lazarus, 1991). Bu yaklaşıma göre, kişinin durumu anlamlandırması, stresi deneyimleyip deneyimlemeyeceğinin ana belirleyicisi olmaktadır. Bilişsel psikolojiye göre asıl önemli olan olaylar değil, bireyin olayları algılama biçimidir. Yani, kişinin olaya verdiği anlam olayı algılamasında önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle de bir olayı bireyin algılayışı ve onunla başedebilecek becerilerini değerlendirışı, o olayı “stres verici” veya “stres vermeyici” olarak tanımlamasına neden olmaktadır (Akman, 2004).

Stres ve stresle başa çıkma kavramını ele alan temel bilişsel davranışçı yaklaşımlar, Lazarus'un Bilişsel Modeli, Beck'in Bilişsel Modeli ve Ellis'in A-B-C Modeli'dir. Bu yaklaşımların ortak özelliği, olay ile duygu-stres yaşantısı arasındaki zihinsel değerlendirmelerin önemini ve belirleyiciliğini vurgulamalarıdır. Bunlara göre, strese neden olan değerlendirmeler uyumsuz, gerçekçi olmayan, çarpıtılmış düşünce ve inançların sonucu olabilir. Ellis, strese veya hoş olmayan duygulara yol açan bu uygunsuz ve akılcı olmayan düşünceler için "irrasyonel düşünceler" ifadesini kullanmaktadır. Beck ise olayın değerlendirilmesi sırasında ortaya çıkan ve fazladan strese neden olabilen uyumsuz düşünceler için "otomatik düşünceler" ifadesini kullanmıştır (Onbaşıoğlu, 2004; Türkçapar, 2011).

Bilişsel kuram bireyin bilişsel yapısını kavramlaştırırken ele aldığı bilişleri iki ana başlıkta incelemektedir: otomatik düşünceler ve şemalar. Otomatik düşünceler zihin akışı içinde yer alan ve daha çok duygusal sıkıntı anlarına eşlik eden, ortama ve duruma özgü bilişler şeklinde açıklanmaktadır. Yani, otomatik düşünceler kişinin zihninde bizzat olup biten şeylerdir ve kendiliğinden ortaya çıkarlar, yönlendirilmiş veya güdülenmiş düşünce ürünü değildirler. Bireyler tarafından çoğunlukla fark edilmemektedirler (birey çoğunlukla eşlik eden duygu fark etmektedir) (Türkçapar, 2011).

Beck'in bilişsel kuramına göre, çocukluk çağındaki deneyimler öğrenme yolu ile bazı temel düşünce ve inanç sistemlerinin oluşmasına neden olmakta ve yapısal düzeyde bunlar 'şema' olarak adlandırılmaktadır (Sungur, 1997; Demiralp ve Oflaz, 2007). Rice (1999) şemaları öğrenilmiş bilgilerin temsilleri olarak açıklamaktadır. İnsanlar gelişimleri boyunca dünyaya ve kendilerine ilişkin şemalar oluşturmaktadır. Bir kısım şemalar evrensel iken (örneğin, suyun kaldırma kuvvetine ilişkin şema) bir kısmı da kişisel olabilmektedir (örneğin, kişinin öğretmenine ve arkadaşlarına ilişkin şemaları) (Akman, 2004). Şemalar, ara inançlar ve temel inançlar olarak ikiye ayrılabilir. Ara inançlar: en yüzeyde yer alan, yaşanan ana ve duruma özgü olan otomatik düşüncelerin altında, kişinin dile getirmemekle birlikte inanmakta olduğu ara inançları, kuralları ve sayıtlıları yer alır. Kurallar ve sayıtlılar söze dökülmeseler bile davranışın soyut düzenleyicileridir. Bunları bir anlamda bireyin kendisinin ve diğer insanların davranışları, başlarına gelen şeyler ve yaşantıyla ilgili kalıcı hale gelmiş kuralları ve beklentileri olarak görmekte mümkündür. Doğal olarak normal koşullarda bireylerin zaten onlara göre yaşadıkları ve inandıkları, bu beklenti ve kurallarını sözcüğe dökmelerine gerek yoktur (Türkçapar, 2011; Hiçdurmaz ve Öz, 2011). Temel inançlar

ise bireyin kişisel ve çevresel bilgiyi nasıl düzenleyeceğini belirleyen bireyin kendisi, diğerleri ve dünyayla ilgili temel varsayımlarını içeren geçmiş yaşantı ve deneyimler sonucu oluşmuş bilişsel yapılarıdır. Yaşamın erken dönemlerindeki kişisel deneyimler ve çevresindeki önemli insanlarla yapılan özdeşimlerle oluşan temel inançlar, yaşamın ilerleyen yıllarındaki benzer deneyimlerle pekişmektedir. Beck temel inançları çaresizlik, sevilme ve değersizlik temel inançları olarak 3 gruba toplamıştır “Yetersizim, etkisizim, yeteneksizim, beceriksizim, baş edemem” gibi inançlar çaresizlik temel inancına; “Hoşlanılmayacak, istenmeyen, çirkin, sıkıcıyım” sevilme temel inancına; “Değersiz, kabul edilemez, kötü, hasta, hiçim, pisliğim” ise değersizlik temel inancına örnek oluşturabilir (Türkçapar, 2011; Hiçdurmaz ve Öz, 2011). Demiralp ve Oflaz (2007) belirttiğine göre, yaşam olayları sessiz durmakta olan şemaların aktive olmasına ve ‘olumsuz otomatik düşüncelerin’ ortaya çıkmasına ve sonuç olarak öfke, kaygı, suçluluk, üzüntü gibi hoş olmayan duyguların ve ruhsal bozuklukların oluşmasına yol açabilmektedir.

Beck’e (2001) göre kişinin kendisini, çevresini ve geleceğini olumsuz olarak algılamasına, dolayısıyla strese ve ruhsal bozukluk belirtilerine neden olan şey, bilgi işlemede yapılan sistematik hatalardır. Literatürde geçen başlıca bilişsel hatalar (çarpıtmalar) şu şekilde özetlenebilir (Beck, 2001; Türkçapar, 2011):

Keyfi Çıkarılma: Ulaşılan sonucu destekleyecek delilin olmadığı durumda ya da delilin ulaşılan sonucun karşıtı olduğu durumda, özgül bir sonuç çıkarma sürecine işaret etmektedir. Örneğin, piknik yapmayı planladığı hafta sonunda yağmur yağdığını gören kişinin kendini şanssız ve kısmetsiz olarak değerlendirmesi ve buna yürekten inanmasıdır.

Seçici Soyutlama: Bir bütünün içinde yalnız önemsiz sayılabilecek bir ayrıntıya dikkat ederek yaşantıyı, olayı bu ölçüte göre değerlendirir. Bu düşünce hatasına kimi kaynaklar *zihinsel filtreleme* adını vermektedir. Örneğin bir işçinin çalışmakta olduğu fabrikanın düşen üretiminden tek başına kendini sorumlu tutup kendini suçlaması, aynı iş yerinde çalışıp üretime katkıda bulunan başkalarını ya da koşulları dikkate almamasıdır.

Aşırı genelleme: Bireyin bir olaydan yola çıkarak olaya ilişkin bir sonuca ulaşması ve bu ulaştığı sonucu olayla ilişkili ya da ilişkisiz diğer olaylara genellemesi olarak tanımlanmaktadır. Sınırlı sayıda örneği temel alarak oluşturulmuş bir genel kurala inanmak ve bunu izlemektir. Örneğin, eşi tarafından terk edilen birisinin benimle hiç kimse ilgilenmeyecek ve sevmeyecek sonucuna varmasıdır.

Büyütme ve küçültme: Bu çarpıtmada genellikle olumlu olayların önemi azımsanırken, olumsuz olaylar olduklarından daha abartılı şekilde algılanmakta ve yaşanmaktadır. Bu düşünce hatasını yapan kişiler sistematik olarak kendi yaptıklarını küçük, yapmadıklarını ise büyük görmektedirler. Örneğin, kişinin çok zor bir görevi başardığında “bu zaten herkesin yapabileceği kolaylıktaydı” şeklinde düşünürken; bir sabah zamanında işe gidemediğinde kendisini “aşırı disiplinsizlikle” suçlamasıdır.

Kutuplaşmış düşünme (hep ya da hiç): İnsanların, durumların, olayların kutuplaşmış olarak algılandığını göstermektedir. Böyle bir düşünce tarzı aşırı mükemmeliyetçiliğe ve kişinin belirlediği standartların gerçekdışı düzeylerde yüksek olmasına yol açmaktadır. Örneğin, bir durumun, bir olayın "siyah ve beyaz" gibi uçlarda algılanmasıdır.

Kişiselleştirme: Kişinin kendisiyle ilgili olmayan veya çok az ilgisi olan bir olayı kendisiyle bağlantılı görmesi ve olayın olumsuz sonuçlarından kendisini sorumlu tutmasıdır. Kişiselleştirme, kişinin gerçeklere dayanmayan ve gereksiz olan bir suçluluk duygusu yaşamasına neden olabilir. Örneğin, bir ev hanımının misafirlerinin pek eğlenmediklerini gördüğünde, bu durumu "benim hatam, yeterince iyi bir ev sahibi değilim" gibi yorumlamasıdır.

Felaketleştirme: Daha gerçekçi sonuçları dikkate almadan geleceği olumsuz olarak tahmin etmek şeklinde açıklanmaktadır. Örneğin, “Öylesine canım sıkılacak ki hiçbir şey yapamayacağım” gibi.

Zorunluluk ifadeleri (Meli–Malı ifadeleri): Birey kendisini –meli –malı şeklindeki ifadelerle güdülemeye çalışmakta, sanki yapması beklenen şeyi yapmazsa cezalandırılacakmış gibi düşünmektedir. Bu tarz zorlayıcı ifadeler bireyin baskı ve gerginlik yaşamasına neden olmaktadır. Örneğin, bir kişinin “her sabah jimnastik yapmalıyım yoksa işteki performansım düşer” şeklinde düşünmesidir.

Zihin okuma: Diğer insanların ne düşündüğünü bildiğimize ve onların bizim ne düşündüğümüzü bildiklerine-bilmeleri gerektiğine inanmaktır. Örneğin, bir kişinin kendisi konuşurken esneyen birini gördüğünde “sıkıldı, ben onu sıktım” şeklinde düşünmesidir.

Duygusal nedensellik-duygudan sonuca ulaşmak: Tersine kanıtlar olmasına rağmen bunları yok sayarak ya da ihmal ederek sadece öyle hissettiği için bir şeyin doğru olduğuna inanmak şeklinde açıklanmaktadır. Birey olaya ilişkin duygusunu gerçek bir neden olarak kabul etmektedir. Örneğin bir kişinin iş arkadaşının

başarısızlığını “zaten bana kötülük yapmıştı, bu o yüzden başına geldi” şeklinde yorumlamasıdır.

Etiketleme: Daha uygun ve gerçeği kapsayabilecek değerlendirmeler yapmak yerine kişinin kendisine veya diğerlerine genel etiketler yapıştırması ve bütün durumu bu nitelemenin ışığında değerlendirmesidir. Bir işte başarısız olan birinin ben bu işi beceremedim demek yerine “beceriksizin biriyim” diye düşünmesi etiketlemeye örnek olarak verilebilir.

Bilişsel yaklaşıma göre sık olarak yapılan bu bilişsel hatalar, kişinin kendisiyle ilgili olumsuz şemalarını ve otomatik düşüncelerini artırabilmektedir. Aynı zamanda bu süreç stres yaşantıları tarafından da hızlı bir şekilde aktive edilebilmektedir. Kısaca, yetersiz becerilerinden dolayı problemlerle baş edemeyen bireylerin stres yaşantıları kronikleşebilir ve bu durum bireylerin kaygı ve depresyon gibi ruhsal bozukluklar yaşama olasılığını da artırabilir (Uçar, 2004; Türkçapar, 2011).

Stres ve stresle başa çıkma kavramını ele alan temel bilişsel davranışçı yaklaşımlardan bir diğeri de Ellis’in A-B-C Modeli ya da Akılcı Duygusal Terapi Yaklaşımı’dır. Ellis’e göre, bireyin yaşadığı duygusal rahatsızlıkların temelinde sahip olduğu mantık dışı inançların (irrasyonel inançlar) yer almaktadır. Bu yaklaşımını ise ABC modeli ile açıklamaktadır. ABC modeline göre, bireyin karşılaştığı olaylara ilişkin olarak duygusal ve davranışsal sonuçlar meydana gelmektedir. Modele göre A aktive edici olayı, B bilişsel sistemi yani kişinin inanç sistemi tarafından olayın yorumlanmasını ve çözümlenmesini, C olayın duygusal ve davranışsal sonuçlara yol açmasını ifade etmektedir. Ellis’e göre insanların yaptığı yorumlama ve değerlendirmelerin altında akılcı ve akıl dışı inançların karışımından oluşan bireyin inanç sistemi yatmaktadır. Nesnel gerçeklikle uyumlu olmaya eğilimli olan akılcı inançlar ve değerlendirmeler, kişinin değerlilik duygularını ve amaca yönelik eylemlerini artırmaktadır. Akıldışı inançlar ise genellikle gerçeğin çarpıtılmasıdır, uygunsuz duygulara yol açarlar ve hedefe ulaşmayı engellemektedirler (Ellis, 1996; Türkçapar, 2011;). Genel olarak stres yaşantılarına, uyumsuzluğa ya da ruhsal bozukluk belirtilerine neden olan Ellis’in kuramında vurguladığı 12 temel inanç vardır. Bunlar (Wilde, 1996):

1. Herkes tarafından sevilip onaylanmak gerekir,
2. Tamamen yetkin, başarılı, yetenekli olmak ve hata yapmamak gerekir,
3. Kötü, ayıplanacak şeyler yapan, suçlu bireylerin günahları için ciddi biçimde ayıplanması, lanetlenmesi ve cezalandırılması gerekir,

4. Olaylar kendi istediğimiz biçimde gelişmediğinde, bu yaşam çok kötü, berbat, korkunç veya felakettir,

5. Duygusal sıkıntılar dışsal olaylardan kaynaklanır, depresyon, düşmanlık gibi durumlardan kurtulmak ya da duyguları kontrol etmek için pek fazla becerimiz yoktur,

6. Eğer bir şeyler tehlikeli ya da korkutucu görünüyorsa, bu konuda üzülme ve zihnini sürekli bu konu ile meşgul etmek gerekir,

7. Yaşamın pek çok zorluğu ve sorumluluğuyla yüzleşmekten ve bunları üstlenmekten kaçınmak gerekir,

8. Geçmişimiz çok önemlidir, çünkü bütün yaşamı geçmişimizin belirler,

9. İnsanların ve durumların olduklarından daha iyi görünmeleri gerekir,

10. Hareketsiz ve pasif bir biçimde durarak ve kendini bir şeye adamadan mutlu olunabilir,

11. Rahat edebilmek için son derece düzenli olmak gerekir,

12. İnsan olarak değerini, elde ettiği başarıları ve insanların seni onaylama düzeyine bağlıdır.

Bu yaklaşıma göre, farklı ruhsal problemlerde farklı mantıksız inançlar görülür. Ellis, bu mantıksız inançların dört temel özelliğinin olduğunu varsaymıştır. Bunlar (Tekinsav-Sütçü, 2006):

Meli/Malılar ya da talepkârlık: Örneğin, “herkes tarafından sevilmeliyim”, “sınavı geçmeliydim” ya da “bana bu şekilde davranamazsın” gibi.

Abartma/Felaketleştirme: Örneğin, “olayların istediğim biçimde gelişmemesi korkunç bir durumdur”, “bu işi başaramamak kesinlikle korkunç bir durum” ya da “bana bu şekilde haksızlık yapılması korkunç bir durum” gibi.

Engellenmeye toleransın olmaması: Örneğin, “sınavdan kalmayı kaldıramam” ya da “bana böyle sorumsuzca ve haksızca davranmana dayanmam” gibi.

Kendine ya da başkasına ilişkin olumsuz ve genelleyici değerlendirmeler yapma: Örneğin, “gerçekten bir aptalım” ya da “bana bu şekilde davrandığın için senin yaşamda iyi olan hiçbir şeyi hak etmeyen berbat biri olduğumu düşünüyorum ve bana böyle davrandığın için cezalandırılmalısın” gibi.

Digiuseppe (1999) belirttiğine göre, akılcı duygusal davranışçı terapi yaklaşımına göre düşündüğümüz gibi hissettiğimiz için duygusal sorunlar ve stres ortaya çıkmaktadır. Duygusal rahatsızlıklara yol açan mantıkdışı düşüncelerin yerini daha akılcı ve mantıkdışı düşünceler aldığında duygusal rahatsızlıklarla başa çıkılabilecektir.

Özetle bu modelde, kişinin bir durumu stres verici olarak değerlendirip değerlendirmeyeceği, kişinin durumu nasıl anlamlandırıldığına bağlıdır. Kişinin olaya verdiği anlamda, kişinin özsaygısı, kişilik yapısı, fiziksel özellikleri, sosyal destek kaynakları ve içinde yaşadığı kültürün değerleri büyük önem taşımaktadır (Hisli Şahin, 1998; Akman, 2004).

Farklı yaklaşımların farklı bakış açılarına rağmen, literatürde stres kavramıyla ilgili çok fazla konuda görüş birliği bulunmaktadır. Bu görüşlerin en fazla yoğunlaştığı konulardan bazıları ise, stres faktörleri, stres belirtileri ve stresin yol açtığı bedensel ve ruhsal rahatsızlıklardır.

2.4.3. Stresin Belirtileri

Rowshan'a (2008) göre ise stres belirtileri ruhsal, sosyal, duygusal, zihinsel ve fiziksel olmak üzere beş kategoriye ayrılmaktadır. Bu kategoriler ise birbirleriyle bağlantılıdır.

Ruhsal stres belirtileri; içinde bir boşluk hissetme, affetmeyip kin duyma, hayatın anlamının kaybolması, suçluluk duygusu, diğer insanlara düşmanlık duyma, suç işleme şeklinde sıralanabilir.

Sosyal stres belirtileri; diğer insanlara karşı güvensizlik, başkalarını suçlama, randevulara gitmeme, insanlarda hata arama, insanlardan soyutlanma, ben merkezli olma, yalnızlık, geriye çekilme, toleranslı olamama, insanlarla ilişki kuramama şeklinde sıralanabilir.

Duygusal stres belirtileri; duyguların sık sık değişmesi, kaygı ve endişe, ağlama nöbetleri, huzursuzluk, gerginlik, aşırı hassasiyet ve kolay kırılabilirlik, öfke patlamaları, saldırganlık veya düşmanlık, üzüntü, sakinleşememe, ümitsizlik duygusu, heyecan duymama, kendini hasta hissetmedir.

Zihinsel stres belirtileri; konsantrasyon ve karar vermede güçlük, unutkanlık, zihin karışıklığı, bellekte zayıflama, sık sık hafıza kaybı, düşüncelerin zihne hücum etmesi, öğrenmede güçlük çekilmesi, fobiler, intihar etme düşüncesi şeklinde sıralanabilir.

Fiziksel stres belirtileri ise; kalp çarpıntısı, kan basıncının artması, kabızlık, kulak çınlaması, sırt ağrısı, göğüs ağrısı, kas spazmı, kas gerilmesi, ellerde ve ayaklarda soğukluk ve terleme, cilt hastalıkları, ani kilo değişmesi, kronik yorgunluk, uykusuzluk, baş ağrıları, el ve ayak parmaklarında hissizlik, cinsel isteksizlik, diş gıcırdatma, el ve ayak parmaklarını aşırı oynatma, tırnak yeme, alkol ve sigara içiminde artış, hazımsızlık, alerjiler, ülser, aşırı terleme, boğazda ve ağızda kuruluk, titreme, tikler, sık sık idrar yapma, sık mensturasyon/amenore, erkeklerde impotans, düzensiz aralıklarla

yemek yeme, solunum güçlüğü, baş dönmesi ve bayılma, kekeleme şeklinde sıralanabilir (Güçlü, 2001; Rowshan, 2008; Atkinson ve ark.,2010; Çam Yıldırım, 2014).

Bireyin stres altında olduğunu gösteren temel belirtiler aşağıdaki şekilde de özetlenebilir:

- Daha önce kolaylıkla verebildiği kararları vermekte güçlük çekmesi
- Değersizlik, yetersizlik, güvensizlik ve terk edilmişlik duyguları
- Alışılmış davranış biçimlerinde önemli değişiklikler olması
- Uygun olmayan durumlarda ortaya çıkan öfke, düşmanlık ve kızgınlık duyguları
- Sigara ve içki içme eğiliminin artması
- Kişisel hata ve başarısızlıkların sürekli düşünülmesi
- Aşırı hayal kurarak, sık sık düşünceye dalıp gidilmesi
- Birlikte olunan kimselere aşırı güven ya da güvensizlik duyulması
- Alışılmıştan daha titiz ve işin gerektirdiğinden daha fazla çalışması
- Konuşma ve yazıda belirsizlik ve kopukluk yaşanması
- Önemli konularda aşırı endişelenme ya da tam tersine gerçek sorunlar karşısında ilgisizlik ve kayıtsızlık duyulması
- Sağlığa aşırı ilgi, uyku bozukluğu yaşanması
- Ölüm ve intihar fikirlerinin sık sık tekrarlanmasıdır (Baltaş ve Batlaş, 2008).

2.4.4. Strese Yol Açan Faktörler

Stresin oluşmasına neden olan birçok faktör vardır. Bu faktörlere stres kaynakları ya da stresör de denilmektedir. Bireyin fiziksel ya da psikolojik durumu için tehdit olarak algıladığı her türlü uyaran, faktör strese neden olabilmektedir. Birey tarafından tehdit edici ve zararlı olarak algılanan ve böylelikle gerilim yaratan her olay ve durum stres uyararı olarak değerlendirilmektedir (Scheier ve Carvel 1987, Akt: Aydın ve İmamoğlu 2001). Strese neden olan durumlar çok sayıdadır ve sınırlamak oldukça zordur. Strese neden olan durumları bireysel, çevresel ve örgütsel faktörler olarak üç grupta incelemek mümkündür. Ancak bu faktörler arasında kesin çizgilerle bir ayırım yapılmamaktadır. Çünkü her biri diğerini tamamlar ve etkiler niteliktedir (Aydın, 2004; Özmen, 2008; Çam Yıldırım, 2014).

1. Bireysel Faktörler: Stres tamamen bireyin kendisinden, fiziksel yada psikolojik yapısından ya da bireyin kendi kendine yarattığı pek çok durumdan kaynaklanan süreçlerle ilgili olabilmektedir. Kişilik, kontrol odaklılık, dürtüler, savunma mekanizmaları, eğitim ve gelir düzeyi, istihdam durumu, yaş, cinsiyet ve aile

bireylerde stres yaratan faktörler olarak sayılabilir. Örneğin, özel yaşamda yaşanan süreçler, evlilik, evlilik sorunları, çocukların eğitim, sağlık vb. sorunları, boşanma, ailelerden birinin hastalanması, ölüm vb., kişilik yapısı, algılama farklılıkları, ekonomik sıkıntılar, yeni bir işe girme, başka bir yere taşınma, yaşam tarzı, yaş (özellikle menopoz, andropoz dönemleri, lohusalık ve ergenlik dönemleri gibi) vb (Yaylacı, 2005; Çam Yıldırım, 2014).

2. Çevresel Faktörler: Yaşamımızı sürdürdüğümüz genel çevrede oluşan değişimler, belirsizlikler de birey için stres kaynağı olabilmektedir. Gürültü, aydınlatma, ısınma, havalandırma ile ilgili sorunlar, hava kirliliği, radyasyon, trafik gibi çevresel özellikleri çevresel faktörler arasında sayılabilir. Örneğin; ülkenin ekonomik sisteminde yaşanan dalgalanmalar, politik alanda yaşanan krizler, iktidar değişikliği dönemleri; doğal afetler, savaş, teknolojik gelişmeler, globalizasyon ve değişen rekabet anlayışı, ulaşım ve konaklama sorunları, çevre kirliliği, sosyo-kültürel değerlerin değişimi vb. çevresel faktörler bireylerin özel yaşamlarını veya kariyer gelişimlerini yakından etkileyip strese neden olabilmektedir (Yaylacı, 2005; Özmen, 2008; Çam Yıldırım, 2014).

3. Örgütsel Faktörler: çalışma ortamında karşılaştığımız stres faktörlerini ifade etmektedir. Örgütsel ortamlar ve bu ortamlarda yaşanan gelişimler (yeniden yapılanma dönemleri, iş yoğunluğu, görev karmaşıklıkları, statü uyumsuzlukları vb.) bireyleri yoğun biçimde strese sokmaktadır. İşletmelerde hiyerarşi resmi, katı iletişime dayalı yapılar kadar, yeni organizasyon yapılarının beraberinde getirdiği yeni oluşumlar yeniden yapılanma, yeni iletişim teknolojileri ve iş görme biçimlerinde değişimler, sanal çalışma vb. durumlar bireylerin strese girmelerine neden olabilmektedir. Örgütsel stresin belirli bir düzeyde çalışanlar için yararlı olduğu bilinmektedir. Bununla birlikte kontrol altına alınmadığında; işletmelere çalışanların motivasyon kaybı, performans, eksikliği, üretim hataları, iş kazaları gibi maddi ve manevi kayıplar getirebilmektedir (Yaylacı, 2005; Çam Yıldırım, 2014).

2.4.5. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesinin Yaşadığı Stres

Yapılan birçok çalışmada şizofreni gibi kronik bir hastalığı olan bireye sürekli bakım vermenin ailenin ve bakım vericinin stres yaşamada neden olan faktörlerin başında geldiği belirtilmektedir (Martens ve Addington, 2001; Li ve ark., 2007; González-Bono ve ark., 2013). Nitekim, Cw Lamp, Ng ve Tori (2013) ailelerin bakım verme sırasında yüklendikleri sorumluluklar nedeniyle önemli düzeyde strese maruz kaldıklarını vurgulamaktadırlar. Mc Auliffe, O'Connor ve Meagher (2014) çocuklarına şizofreni

tanısı koyulan ailelerin ciddi düzeyde psikososyal stres yaşadıklarını, ailelerin zaman içinde bu duruma alıştıklarını ve bakım sorumluluğunu üstlenmek zorunda kaldıklarında ise tekrar stres yaşamaya başladıklarını belirtmişlerdir. Aynı zamanda, şizofreni hastalarının bakımı sırasında ailelerin çok önemli roller üstlendiklerini ve aile merkezli bakımın bu hastalar için hayati düzeyde önem taşıdığını da vurgulamaktadırlar. Yapılan bir çalışma da kısa bir süre önce şizofreni tanısı konulan hastaların ve genç hastaların yakınlarının yüksek düzeyde strese maruz kaldıkları gösterilmiştir (Martens ve Addington,2001). Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado ve Miranda-Castillo (2009) yaptıkları literatür incelemesinde de ailelerin fiziksel, duygusal ve ekonomik stresler yaşadıkları belirtilmektedir.

Şizofreni hastası olan bir bireye bakım veren aile üyelerinin stres yaşamasına neden olan faktörlerin incelendiği çalışmalarda, birçok etkenin ailelerin bakım verme sırasında stres yaşamasına neden olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmalar incelendiğinde; Panayiotopoulos, Pavlakis ve Apostolou (2013) bakım vericilerin uzun süre boyunca bakım vermesinin kronik stresle sonuçlandığını ve bakım vericilerin yaşadığı stresin sağlık sisteminin zayıflığıyla ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Chang ve Horrocks (2006) bakım verenlerin hastalarının bakımının tamamını üstlenmek zorunda kaldıklarında öfke, memnuniyetsizlik ve stres yoğunluğunda artma yaşadıkları belirtilmektedir. Şizofreninin hastada yarattığı bilişsel zararlar, yeti yitimi, sosyal ve ekonomik kayıplar nedeniyle aile sisteminin etkilendiği, hem hastalar hem de hastalıkla mücadelede eden aileler için yoğun stres kaynağı haline geldiği yapılan birçok çalışmada vurgulanmaktadır (Wong, 2000; Ferriter ve Huband, 2003; Saunders, 2003; Addington, 2005; Li ve ark., 2007). Arslantaş ve Adana (2011) ise bakım verme sürecinde aile üyelerinin şizofren hastanın durumuyla ilgili çeşitli güçlüklerle karşılaşarak ve hastanın beklenmedik ve garip davranışları karşısında da çaresizlik yaşayarak, strese maruz kaldıklarını belirtmektedirler. Wong (2000) ailelerin hastalık sürecinde oluşan relapslar nedeniyle hastaneye tekrarlı yatışlar, ilaç tedavisinin izlenmesi ve hastanın ilaç uyumunun yönetimi, hastaları için sosyal destek bulma ve hastalıkla ilgili olarak ortaya çıkabilecek çeşitli duygusal çatışmalarla da baş etmek zorunda kaldıklarında da stres yaşadıklarını vurgulamaktadır. Loukissa'nın (1995) yaptığı gözden geçirme çalışmasında hastalığın ailenin yaşam tarzını, rutinlerini bozulmasının ve hastanın durumunun her an kötüleşebileceği beklentisinin en sık karşılaşılan stresörler olduğu belirtilmektedir. Hastada görülen davranışsal problemlerin yaşanan stresin artmasına neden olduğu yapılan bazı çalışmalarda da vurgulanmaktadır

(Bichwood ve Cochrane, 1990; Doornbos, 1997; Ferriter ve Huband, 2003). Aileler tarafından stres yaratıcı olarak tanımlanan davranışsal sorunların başında duygusal çekilme, motivasyon yetersizliği (Schene ve ark., 1998), sosyal izolasyon, uyku sorunları (Loukissa, 1995; Doornbos, 1997), intihar girişimleri, depresif-anksiyöz davranışlar, fiziksel ve sözel şiddet gelmektedir (Boye ve ark. 2001). Ayrıca hastaların ilaç tedavisine uyumsuzluğu, ilaçlara bağlı olarak gelişen yan etkiler, kendine bakımını yerine getirememesi ve alkol ve madde kötüye kullanımı ile hastalığa ilişkin stigma ailelerde stres yaratan diğer faktörlerdir (Friedrich ve ark., 1999; Wong, 2000; Magana ve ark., 2007).

Yukarıda belirtilen birçok faktör aile üyelerinin stres yaşamasına neden olmaktadır. Ancak aile üyelerinin tümünün hastalıktan etkilenimi farklı olmakta, buna paralel olarak da farklı düzeylerde stres yaşamaktadırlar. Ayrıca bakım verenin anne, baba ya da eş olmasının daha fazla duygusal aşırı düşkünlüğe (over-involvement) ve daha fazla stres ve üzüntü yaşamaya neden olduğu literatürde belirtilmektedir (Karancı ve İnandılar, 2002; Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013). Bununla birlikte, bakım vermeden kaynaklanan stres ve yüke ise en çok orta yaş grubundaki bayan aile üyeleri maruz kalmaktadır. Bunun nedeni kadınların kendi ailelerinin duygusal ve fiziksel desteğini birincil olarak üstlenmeleri ve ailelerine bakımı bir görev olarak kabul etmeleri olduğu belirtilmektedir (Şengün, 2007; Arslantaş ve Adana, 2011).

Ailelerin stres yaşamasına ilişkin yukarıda açıklanan nedenlerin daha çok hastayla ve hastalıkla ilişkili olduğu görülmektedir. Oysa bakım veren bireylerin stres yaşamasına neden olan faktörlerden biride stres karşısında kullandıkları baş etme yöntemlerinin etkili ya da etkisiz oluşuyla da ilişkilidir. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin bakım vericileri ile yapılan bir çalışmada yüksek düzeyde stres yaşayan bakım verenlerin etkisiz baş etme yöntemlerini kullandıkları belirlenmiştir (Fortune, Smith ve Garvey, 2005). Bakım vericilerin ise bakım verme sırasında yaşadıkları stresle daha iyi baş etmek için etkili baş etme yöntemlerini kullanmaya gereksinim duydukları birçok çalışmada vurgulanmaktadır (Gümüş, 2006; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013).

2.5. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesinin Yaşadığı Sağlık Sorunları

Şizofrenik bozukluğu olan bireye bakım vermek, bakım veren aile üyesinde stres ve yük yaratan, onların sağlıklarını olumsuz şekilde etkileyen bir süreçtir (Elmore, 2014).Yapılan çalışmalarda bakım vericilerin sağlığını önemli şekilde etkileyen değişkenler arasında kronik stres ve bakım yükünün yer aldığı bildirilmektedir (Schene ve ark., 1998; Vitalino ve ark., 2004; Cw Lamp, Ng ve Tori, 2013). Vitalino ve ark.

(2003) bakım vericilerin yaşadığı stresin iki yolla bakım vericinin sağlığını olumsuz şekilde etkilediğini belirtmektedir. İlk olarak, kronik stresin bakım vericinin yaşadığı psikososyal sıkıntılar ile stres hormonlarını artırdığı, ikinci olarak da, sağlık açısından riskli davranışların (madde kullanma, sedanter yaşam, kötü beslenme alışkanlıkları vb.) artmasına sebep olduğunu bildirmektedirler.

Bakım vericilerin sağlık durumunu olumsuz etkileyen diğer bir değişkende bakım yüküdür. Bakım vericilerin bakım yükü düzeylerinin artması hem fiziksel sağlıklarını olumsuz etkilemekte hem de uyku kalitesinde bozulma (Brummet ve ark., 2006), enfeksiyon riskinde (Kiecolt-Glaser ve ark., 2003) ve stres hormonlarının düzeyinde artışa (Vitaliano ve ark., 2003; Gallagher-Thompson ve ark., 2006) neden olmaktadır. Dyck, Short ve Vitaliano (1999) ise bakım vericilerin artan bakım yükünün ve hastaların yaşadığı pozitif semptomların, bakım vericilerin enfeksiyon hastalığına yakalanma sıklığını artırdığını ve immün sistemi baskıladığını tespit etmişlerdir. Ayrıca bakım sürecinde yaşanan yükün bakım vericinin ruhsal sağlık durumunun bozulmasına neden olduğu ve yaşanan yükün şiddeti arttıkça aile üyelerinin ruhsal sağlık durumlarının kötüleştiği birçok çalışmada belirtilmektedir (Greenberg ve ark., 1993, Maldonado, 2005, Chien ve Wong, 2007).

Yukarıda da belirtildiği gibi şizofrenik bozukluğu olan bireye bakım vermek bakım vericinin hem fiziksel hem de ruhsal sağlığının bozulmasına yol açmaktadır (Cw Lamp, Ng ve Tori, 2013). Dünya Sağlık Örgütü'nün 19 ülkede fiziksel ve ruhsal sağlık sorunu olan bireylerin bakım vericileri ile gerçekleştirdikleri çalışmada, çalışmaya katılan bütün katılımcıların %18,9-40,3'ünün bakım vermeyle ilgili fiziksel ya da ruhsal bir sağlık sorunu olduğu belirlenmiştir (Viana ve ark., 2013).

Bakım veren bireylerde görülen fiziksel sağlık sorunlarının değerlendirildiği çalışmalar incelendiğinde; Koutentaki ve ark. (2014) şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastalara bakım veren 128 bakım vericinin fiziksel sağlık durumunu değerlendirdikleri çalışmada bakım vericide anksiyete, depresyon, uyku bozuklukları, artrit, romatizma ve alerji gelişmesi ile bakım verme arasında önemli bir ilişki olduğunu bulunmuştur. Ayrıca, bakım vermeden kaynaklanan stresin bakım vericide otoimmün hastalıklara, anksiyete, depresyon ve uyku bozukluğuna yol açtığını da belirtmektedirler. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin anneleriyle yapılan bir çalışmada ise bakım vericilerin kalp hastalıklarına yakalanma açısından riskli oldukları vurgulanmaktadır (Gonzales-Bono ve ark.,2013). Connel (1994) kronik hastalara bakım veren bireylerde yüksek tansiyon, kardiyovasküler hastalıklar, sırt ağrısı, artrit, migren,

kolit gibi hastalıkların görülebileceğini belirtmektedir. Bunlara ek olarak, Schulz ve Beach (1999) bakım verenlerde bakım vermeyenlere göre dört yıllık sürede mortalite oranlarının %63'ten daha fazla olduğunu bildirmektedirler. Gallagher ve Mechanic (1996) ise ruhsal hastalığı olan bir bireylere bakım veren aile üyelerinin sağlıklarını daha kötü değerlendirdiklerini, daha fazla sağlık hizmetine ve doktora başvurduklarını, hastanede yattıklarını belirlemişlerdir.

Bakım vericiler yukarıda vurgulanan fiziksel sağlık sorunlarının yanında ruhsal sağlık sorunları da yaşamaktadırlar. Nitekim Şengün (2007) şizofreni hastasına bakım verenlerin %65'inin ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından yüksek riskli olduğunu belirtmektedir. Ayrıca kadın bakım verenlerin, baş etme yöntemi olarak çaresiz yaklaşım ve boyun eğici yaklaşımı kullananların ruhsal sağlık sorunu bulunma riskinin daha yüksek olduğunu da saptamıştır. Bir başka çalışma da ise şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun herhangi bir bireye bakım vermeyenlere göre daha kötü olduğu ve ruhsal rahatsızlık belirtisinin bulunma olasılığının yüksek olduğu belirlenmiştir (Cheng, 2005). Smith ve ark. (2014) ise bakım vermenin bakım vericilerin ruhsal sağlıklarını olumsuz etkilediğini ve hastasına hafta da 20 saat ve üzerinde bakım verenlerin yaşadıkları psikiyatrik semptomların arttığını saptamışlardır. Bir başka çalışmada ise bakım sürecinde damgalanma gibi olumsuz yaşantıları daha yoğun yaşayanlarda ruhsal sağlık durumunun daha kötü olduğu vurgulanmaktadır (Martens ve Addington 2001). Ayrıca, yapılan araştırmalarda kronik ruhsal hastalıkların bakım vericinin yaşam kalitesini olumsuz etkilediği (Boyer ve ark., 2012; Wong ve ark., 2012), psikosomatik, anksiyeteye ve depresyonla ilişkili semptomları artırdığını tespit edilmiştir (Schulz ve Beach, 1999; Perlick ve ark., 2007; Viana ve ark., 2013). Sales (2003) 34 bakım veren kişiyi 816 bakım verme günü ardından değerlendirdiği çalışmasında, bakım verenlerde %76 oranında anksiyete ve %42 gibi yüksek bir oranda depresyon geliştiğini belirtmektedir. Bakım verenlerin ruhsal sağlık durumunun incelendiği bir başka çalışmada da bakım verenlerin %25'inde depresyon ya da anksiyete gibi ruhsal sağlık sorunu bulunma olasılığının yüksek olduğu belirtilmektedir (Laidlow, 2002).

Şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal sağlık durumunun belirleyicisi olarak depresyon önemli bir risk faktörü olarak açıklanmakta ve bu ailelerde depresyon prevalansının genel nüfusa oranla iki kat daha yüksek olduğu belirtilmektedir (Olridge ve Hughes, 1992). Özellikle bakım süresinin artması ile bakım verenlerde duygusal tükenmenin ve depresyonun arttığı vurgulanmaktadır (Sugihara, 2004). Ghosh ve

Greenberg (2009) şizofreni hastalarının babalarının şizofreni hastası olan çocuğuna bakım verme nedeniyle yüksek seviyede depresyon yaşadıklarını, psikolojik iyilik halinde azalma olduğunu ve sağlık durumlarını daha kötü algıladıklarını belirtmektedirler. Tel ve Ertekin Pınar (2013) şizofreni ve bipolar bozukluğu olan hastaların primer bakım verileri üzerinde yaptıkları çalışmalarında kadın, okur-yazar olmayan ve eş konumundaki bakım vericilerde ve 0-1 yıl önce hastaneye yatışı olan hastaların bakım vericilerinde depresyon puanının yüksek olduğunu belirlemişlerdir.

Sonuç olarak; şizofreni hastasına bakım verenlerde ruhsal hastalık riskinin yüksek olduğu, bu duruma ise pek çok faktörün neden olduğu görülmektedir. Özellikle ailenin bakım yükündeki ve stres düzeyindeki artış bakım vericilerin sağlık durumunu olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle ailenin stres düzeyini azaltacak, yaşadıkları stresle ve yüklerle baş etmelerine yardımcı olacak yolların öğretilmesi gerekmektedir (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Ancak ailelere bu konuda yardımcı olabilmek için öncelikle onların kullandıkları baş etme yöntemlerini incelemek yararlı olabilir.

2.6.Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesi ve Stresle Başa Çıkma

2.6.1. Stresle Başa Çıkma Kavramı

Stresli durumların neden olduğu olumsuz duyguların ve psikolojik uyarılmanın rahatsız edici olması, kişiyi bu durumdan kurtulmaya ya da durumu düzeltmek için bir şeyler yapmaya güdülenmektedir. Oluşan güdülenmeyle bireyler, stres karşısında duygularını yöneterek, davranışlarını düzenleyerek, stresin kaynağını azaltarak strese uyum sağlama sürecini yaşamaktadırlar. Yani, stresle başa çıkmaya, stresin olumsuz etkilerini azaltmaya çalışmaktadırlar (Compas ve ark., 2001; Eryılmaz, 2009; Atkinson ve ark., 2010).

Folkman'a (1984) göre başa çıkma (coping), stres vericilerin uyandırdığı duygusal gerilimi azaltma, yok etme ya da bu gerilime direnme amacıyla gösterilen bilişsel, davranışsal ve duygusal tepkilerin bütünüdür. Lazarus ve Folkman (1984) başa çıkmayı, kişinin kaynaklarını tüketici veya aşırı derecede zorlayıcı olarak değerlendirdiği talepleri yönetme süreci olarak tanımlamaktadırlar. Başa çıkma, kişinin psikolojik anlamda kendisini iyi hissetmesini sağlayan uygun davranışsal yaklaşımları ya da kendisini kötü hissetmesini engelleyen kaçınmaları içermektedir (Lazarus, 1976).

Stresle başa çıkmak, stres yaşantısının olumsuz etkilerini bir miktar da olsa azaltabilmek için kullanılabilir ve etkililiğine inanılan bazı uygulamalar öne sürülmektedir. Stres yaşantısını ve stresin yarattığı zararlı etkileri azalttığı öne sürülen bu uygulamalara stresle baş etme yöntemleri denilmektedir. Bu yöntemler ise

“bedensel yöntemler ve zihinsel yöntemler” olarak iki grup içinde incelenebilir (Onbaşıoğlu, 2004; Batlaş ve Baltaş, 2008).

Bununla birlikte, baş etme yöntemlerinin sınıflandırılmasında başka bir yolda izlemek mümkündür. Baş etme yöntemleri işlevlerine göre de sınıflandırılabilir (Onbaşıoğlu, 2004). Başta Lazarus (1986) olmak üzere pek çok araştırmacı, stresle baş etme yöntemlerinin aşağıda belirtilmiş olan işlevlerden birine yönelik olduğunu belirtmektedirler (Lazarus ve ark., 1986; Hess ve Richards, 1999; Nezu ve ark., 2001; Onbaşıoğlu, 2004):

1. Sorun içeren ve bu nedenle strese neden olan durumu değiştirmek. Doğrudan strese neden olan olaya, uyarıcıya veya duruma yönelmek ve bunlarda değişim yaratmak.

2. Durum değiştirilemeyecek gibiyse, durumdan kaynaklı stres tepkilerine veya duygulara yönelmek ve durumu değiştirmeksizin, duruma ilişkin duyguları değiştirmek.

Bütün baş etme yöntemleri, bu iki işlevden birine hizmet etmektedir. Problemlili durumu değiştirmeyi amaçlayan ve bu yönde işlev gören yöntemlere; “Problem-Odaklı Başa Çıkma Yöntemleri”, durum karşısındaki duygusal ve bilişsel tepkileri değiştirmeyi amaçlayan yöntemlere ise; “Duygu Odaklı Başa Çıkma Yöntemleri” denmektedir (Onbaşıoğlu, 2004; Seaward, 2013).

Problem odaklı başa çıkma tarzının kullanılması dış koşullarda bir değişimle sonuçlanırken, duygu odaklı yöntemlerin kullanılmasının bireyde içsel bir değişim meydana getirdiği görülmektedir. Düşünmekten kaçınma, tehlikeli bir durumu yeniden değerlendirerek tehlikesiz olarak algılama, bir olayın önemini inkar etme gibi bilişsel yöntemlerin hepsi stres düzeyini azaltan duygu odaklı başa çıkma tarzı olarak ortaya çıkmaktadır (Oğul, 2004; Seaward, 2013).

Probleme odaklanan başa çıkma daha aktif bir strateji olup stres kaynakları karşısında bilgiye ve planlı eyleme dayanan akılcı tepkileri içermektedir. Duyguya odaklanan başa çıkma ise pasif bir strateji olup stres kaynakları karşısında oluşan duyguları ortadan kaldırmayı içermektedir. Bireylerin başa çıkma örüntülerinde her iki başa çıkma stratejisi birlikte bulunmakta ve kullanılan stratejiler bireysel özelliklere göre değişiklik gösterebilmektedir (Atkinson ve ark., 2010; Seaward, 2013).

Bireyin, stresli durumu değiştirmek için bir şey yapıp yapılamayacağı hakkındaki düşüncesi onun başa çıkma davranışını etkilemektedir. Eğer durumun değiştirilebilir olduğu düşünülüyorsa sorun odaklı yöntemler daha çok kullanılmaktadır.

Durumun deęiřtirilemez olduęu dūřunūldūęinde ise duygu odaklı yōntemlerin daha çok tercih edildięi gōrūlmektedir (Folkman ve Lazarus, 1980; Oęul, 2004; Seaward, 2013).

Yukarıda da gōrūldūęu gibi stresle bař etme yōntemlerini farklı bařlıklar altında incelemek mūmkündür. Bu çalıřmada ise stresle bař etme yōntemleri bedensel ve zihinsel yōntemler olarak iki bařlık altında incelenmiřtir.

2.6.2. Stresle Baş Etmede Bedene Yōnelik Teknikler:

Kiři, stres içerikli bir uyarıcıya maruz kaldıęında çeřitli fizyolojik tepkiler sergilemektedir. Bu tepkiler arasında solunumun hızlanması, kalp atıřlarının artması, gōz bebeklerinin būyūmesi, ellerin ve ayakların terlemesi, kasların gerilmesi sayılabilir. Ayrıca, strese maruz kalmayla iliřkili olarak sindirim sistemi, dolařım sistemi ve bořaltım sistemi faaliyetlerinde de pek çok deęiřiklik sōz konusu olmaktadır (ōzmen ve Őnen, 2005; Rowshan, 2008; Őner, 2010). İnsan bedeninin fiziksel sūreleriyle ilgili olarak oluřan bu tepkilerin kiřinin fizyolojik sūrelerine çok zarar vermeden Őnūne geçilerek tekrar normal dūzeylerine dōndūrūlmesi, gevřemenin ve strese karřı dayanıklılıęın artırılması için fiziksel sūrelere mūdahale edilmesi gerekmektedir. Bu da bedene yōnelik stres yōnetimi tekniklerinin uygulanmasıyla mūmkūn olabilir (Rice, 1999; Gōke, 2004; Baltař ve Baltař, 2008).

1.Solunum egzersizi:

Stresi yōnetebilmek için Őncelikli olarak stres içerikli bir uyarıcıya maruz kalındığında, değişen solunum dūzenini yeniden normale dōndūrmek gerekir. Stresi azaltmak için yapılan solunum egzersizi yavaş, gevşek (relaxed) ve derin nefes almayı ve strese bağlı olarak oluşan gerilimin kontrol edilmesini sağlamaktadır. Solunumun dengelenmesiyle beraber gevşeme oluşur, kas gerilimi azalır, enerji Őretimi ve kan dolaşımı sağlanmış olur (Gōke, 2004; Davis, Eshelman ve McKay, 2009; Tarhan, 2014).

O'Donohue ve Fisher (2008) Őzellikle stresli bir durum karşısında solunum sıkıntısı yaşayan bireylerin solunum egzersizi yapmasının oldukça yararlı olduğunu vurgulamaktadır. Bōyle bir durumla sık karşılaşan bireylerin stresli bir durumla karşılaştıklarında en az 2 dakika solunum egzersizi yapmasını Őnermektedirler. Bireylerin bu egzersizi Őğrenebilmeleri içinde birçok kez alıştırma yapmalarının da yararlı olacağını belirtmektedirler (O'Donohue ve Fisher, 2008). Bu alıştırmaların ortak aşamaları nefese odaklanmak, bir iek koklar gibi derin, uzun ve yavaş nefes almak, nefes alırken karnın şişmesi, nefes verirken karnın inmesi ve bu sūrecin bir sūre tekrarlanmasını içermelidir. Solunum egzersizleri Őğrenildikten sonra, birey sabahları

kalktığında ve akşam yatmadan önce solunum egzersizi yaparak, vücudunda oluşan gerilimi azaltabilir. Böylece hem güne iyi başlar, hem de gece iyi bir uyku uyuyabilir (Gökçe, 2004; Davis, Eshelman ve McKay, 2009; Tarhan, 2014).

2. Fiziksel Egzersiz:

Düzenli egzersizin stresi azaltıcı, duygu durumu iyileştirme, kan basıncını düşürme, kilo kontrolü, anksiyetenin azaltılması, beden imajının geliştirilmesi, uykunun iyileştirilmesi ve enerjinin artırılması gibi bir etkisi olduğu bilinmektedir. Bu yararlarından dolayı bireyler düzenli egzersiz yapması konusunda cesaretlendirilmeli ve bireyin ihtiyaçlarına ve motivasyon düzeyine uygun bir egzersiz planı oluşturulmalıdır. Egzersizin sürdürülmesi için bireyi güçlendirecek ve eğlendirecek nitelikte olması da önemlidir (Kaplan ve Laygo, 2003; Rowshan, 2008; Davis, Eshelman ve McKay, 2009).

Hangi egzersiz seçilmiş olursa olsun egzersiz yapmaya başlamadan önce ısınma hareketlerinin yapılması ve egzersiz bittikten sonra da soğuma hareketlerinin yapılması gerekmektedir. Isınma, 10-15 dakikalık bir süreci içerir. Burada amaç, vücut ısısını yavaşça artırarak, kasları egzersize hazır hale getirmektir. Isınma, esneme hareketleri ve kasları yavaş yavaş çalıştırma biçiminde olabilir. 30-35 dakikalık bir egzersizin ardından soğuma aşamasına geçilir. Soğuma da ısınmaya benzer biçimde, 10-15 dakikalık bir sürede, temponun düşürülmesi (egzersizin bir anda bırakılmaması) ve çalışılan kas gruplarının gevşetilmesi biçiminde olması gerekmektedir. Egzersiz haftada 3-4 gün yapılmalıdır. Daha fazla yapılması durumunda vücut yorgun düşebilir ve bireyin sağlığı olumsuz etkilenebilir (Rice, 1999; Gökçe, 2004; Tarhan, 2014).

3. Aşamalı kas gevşetme:

Aşamalı kas gevşetme ile psikolojik stresin oluşturduğu etkinin tam tersini gerçekleştirmek mümkün olmaktadır. Gevşeme, sempatik sinir sisteminin faaliyetlerini azaltırken parasempatik sinir sisteminin faaliyetlerini artırmaktadır. Parasempatik sinir sisteminin devreye girmesiyle kalp atışları yavaşlar, kan basıncı normale döner, kas gerilimi, tükürük salgısı ve motor faaliyetler azalır (Rice, 1999; Gökçe, 2004; Davis, Eshelman ve McKay, 2009; Brannon, Feisth ve Updegraff, 2013). Gevşeme sonrası ortaya çıkan bu etkiler nedeniyle, aşamalı kas gevşetme tekniği stres yönetimi için etkili bir teknik olarak değerlendirilmektedir. Bu teknik uygulandığında, yalnızca bedensel olarak değil zihinsel olarak da gevşeme sağlanmaktadır. Gevşeme sırasında birey dikkatini sorunlardan gevşemeye doğru çevirmektedir. Odak noktasının değişmesi ile

zihinsel gevşeme de ortaya çıkmaktadır (Gökçe, 2004; Davis, Eshelman ve McKay, 2009; Brannon, Feisth ve Updegraff, 2013).

Gevşeme egzersizinin bu etkilerinin ortaya çıkması için bireyin egzersiz için her gün zaman ayırması ve egzersizi düzenli şekilde yapması gerekmektedir. Her gün yapılan otuz dakikalık bir egzersiz becerinin geliştirilmesi için yeterli olabilir. Bu süre boyunca üzerinde çalışılacak kas grubu önce gerdirilir sonra gevşetilir, böylece gerginlik ve gevşeme arasındaki fark kişi tarafından iyice ayırt edilir. Bireyin mümkün olduğunca çok sayıda kas grubu üzerinde çalışarak, kas gevşetme becerisinin daha iyi kazanılabileceği, gevşemenin derinlemesine yaşanarak içselleştirilebileceği varsayılmaktadır (Holden, 1992; Kaplan ve Laygo, 2003; Gökçe, 2004). Kaplan ve Laygo (2003) gevşeme egzersizini uygulamak için bir video ya da ses kaseti kullanmanın da birey için yararlı olabileceğini belirtmektedir.

4. Biyolojik geribildirim:

Biyolojik geribildirim (BGB), en basit tanımıyla kişinin çeşitli cihazlar yardımıyla biyolojik durumu hakkında bilgi edinmesi sürecidir. İnsanlar genellikle fizyolojik işlevlerinin farkına varmamaktadır. BGB eğitimi, bedenin çeşitli sistemlerinin işleyişinin farkına vararak hem stresi azaltmak hem de daha sağlıklı bir hale gelmek için bu işleyişin kontrol edilmesinin öğrenilmesi içermektedir. Bu anlamda, BGB eğitimi, bir tedavi olmaktan öte, belirli zihinsel ve bedensel becerilerin öğretildiği bir eğitim sürecini kapsamaktadır (Gökçe, 2004; O'Donohue ve Fisher, 2008).

BGB uygulaması için cihazların kullanılması gerekmektedir. Bu cihazlardan biri elektrodlar yardımıyla bireyin vücuduna bağlanır ve bu yolla bireyin vücudunda oluşan fizyolojik süreçler hakkında veriler elde edilmektedir. Elde edilen bu veriler ses ya da görüntü şeklindedir ve bireye bu verilerin nasıl değerlendirileceğinin öğretilmesi gerekmektedir. Bireye çeşitli uygulamalar yaptırılarak (dişleri sıkma, koşma, gözleri açma kapama vb.) her uygulamayla birlikte verilerin nasıl değiştiği gösterilir. Daha sonra, kişiye, cihaza bağlı olduğu sırada doğru nefes alma, gevşeme, imgeleme gibi davranışlar sayesinde bedensel tepkisinin istenilen yönde nasıl değiştiği gösterilmektedir. Kişi kendi kendine yaptığı ya da yapmadığı çeşitli davranışlarla bedeninin işleyişini nasıl değiştirebileceğini, kontrol edebileceğini bu yolla görmüş olur (Gökçe, 2004; Batlaş ve Batlaş, 2008).

5. Beslenme:

Stresle başa çıkabilmek için bedenin enerjiye gereksinimi vardır ve enerji çeşitli besin gruplarından yeterli miktarda alınarak sağlanmaktadır. Her bir besin kaynağının,

enerjinin sağlanmasında metabolizma içinde kendine özgü bir işlevi vardır. Hem beden sağlığının korunması hem de strese karşı dayanıklılığın artırılması için dengeli beslenmeye dikkat edilmesi gerekmektedir (Gökçe, 2004; Davis, Eshelman ve McKay, 2009).

Dengeli bir beslenme için tüm besin gruplarından yeterli miktarda almak gerekir. Besin grupları proteinler, yağlar, karbonhidratlar, vitaminler, mineraller ve su olarak sınıflandırılabilir. Bu besin gruplarından gereken miktardan az ya da çok almak, çeşitli rahatsızlıklara yol açabilmektedir. Özellikle stresli bir durumla karşılaşan bireylerde beslenme düzeninde bozulmalar meydana gelebilmektedir. Öğün atlama, düzensiz zamanlarda yemek yeme, çok fazla yağ ve karbonhidrat tüketme, su içmeme, sebze ve meyve tüketmeme gibi kötü beslenme alışkanlıkları görülmektedir. Böyle durumlarda bireyin beslenme düzenini kayıt etmesi ve yeniden düzenlemesi, mümkünse bireyin bir beslenme uzmanından destek alması da dengeli beslenmesine yardımcı olabilir (Kaplan ve Laygo, 2003; Davis, Eshelman ve McKay, 2009; Tarhan, 2014).

5. Yoga:

Stres yönetiminde etkili bir yöntem olarak ele alınan yoga öğretisinin, bir teknik olmaktan çok bir yaşam felsefesi olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle, bu öğretiyi benimseyenler için aşırılıklardan kaçınarak, düzenli bir yaşam sürmek ve yoga egzersizlerini yapmak normal yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Stres yönetimi amaçlı olarak yoga egzersizlerinin kullanımının oldukça yararlı olduğu bilinmektedir (Gökçe, 2004). Nitekim Smith ve ark.(2007) stres yönetimi tekniği olarak yoga ve gevşeme egzersizlerinin etkinliğini karşılaştırdıkları çalışmalarında yoganın stresi azaltmada gevşeme egzersizi kadar etkili olduğunu saptamışlardır.

2.6.3. Stresle Baş Etmede Zihinsel Teknikler:

1. Problem çözme:

Problem çözme, kişinin sorunu hissedişinden ona çözüm buluncaya kadar geçirdiği bir aşamaları kapsayan bir süreçtir. Problem çözme, belirli bir durumla başa çıkabilme için etkili seçenekleri oluşturmayı, birini seçmeyi ve uygulamayı içeren bilişsel ve davranışsal bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Birey belirli bir sorunla karşılaştığında, kendi analiz etme ve karar verme becerilerini kullanmaktadırlar. Oysa, problem çözme becerisi, diğer beceriler gibi öğrenilebilir bir beceridir ve kişisel problemlerin çözümünde gerekli olan ilk şey, problem çözme sürecinin bilinmesidir. Bu süreç, yaratıcı ve bilimsel düşünme yeteneğini gerektirmektedir (Özkök, 2005; Eskin, 2013).

Stevens ve Bingham (1998) problem çözüme sürecinin aşamalarını problemin anlaşılması, gerekli bilgilerin toplanması, problemin temeline inilmesi, veri toplanması, çözüm yollarının ortaya konulması, en iyi çözüm yolunun seçilmesi, problemin çözülmesi ve değerlendirilmesi olarak tanımlarken; Roskies tarafından önerilen etkili problem çözüme stratejisinin 5 basamağı şöyledir (Hisli Şahin, 1998; Onbaşıoğlu, 2004):

- A. Problemi saptama
- B. Seçenekleri listeleme
- C. Bir çözüm yolu seçme
- D. Eyleme geçme
- E. Sonuçları değerlendirme

A- Problemi Saptama: Problem çözümede ilk adım, söz konusu problemi belirlemektir. Bu ilk aşamada, ‘sorun nedir?’ sorusuna cevap aranmaktadır (Neenan ve Palmer, 2001; Nezu ve ark., 2001; Onbaşıoğlu, 2004). Problem çözümenin bu ilk aşaması zor olduğu kadar önemlidir. Yaşanan durum ne kadar belirsiz olursa, bireyin stres yaşama olasılığı o kadar fazla olmaktadır. Belirsizlik, bireyin durum üzerindeki kontrolünü azaltır ve stres yaşamasına neden olur. Bu nedenle, problemin ne olduğunun netleştirilmesi, stresi azaltma yönünde etkili olmaktadır (Hisli Şahin, 1998; Onbaşıoğlu, 2004; Eskin, 2013).

B- Seçenekleri Listeleme: Problemin belirlenmesi ve problemle ilgili hedeflerin saptanmasından sonraki basamak, bu hedefe ulaşmanın yollarının araştırılmasıdır. Diğer bir deyişle çözüm seçenekleri veya alternatif tepkiler üretmektir (Neenan ve Palmer, 2001; Nezu ve ark., 2001). Bu görevi yerine getirmek için, sıklıkla önerilen teknik; ‘beyin fırtınası’ tekniğidir. Beyin fırtınası tekniğinin yardımı ile üretilen ve uygun olduğu düşünülen çözüm yolları seçilir ve kaydedilir (Walker, 2001; Onbaşıoğlu, 2004; Eskin, 2013).

C- Bir Çözüm Yolu Seçme: Bu aşamada, listelenen çözüm yolu seçeneklerinden bir veya birkaçı üzerinde karar kılma görevi yerine getirilmektedir. Önceki aşamada üretilen fikirlerden, belirlenen çözüm seçenekleri ve stratejilerinden uygun olduğu düşünülenler belirlenmelidir. Sonuçta; elde değerlendirilmek üzere seçilmiş az sayıda strateji kalması gerekmektedir. Bu aşamadaki asıl görev, bu seçeneklerden hangisinin eyleme döküleceğinin kararının verilmesidir. Bu kararın verilebilmesi için, her stratejinin, uygulandığı takdirde, ortaya çıkaracağı tahmin edilen olumlu ve olumsuz sonuçlar düşünülmeli, belirlenmeye çalışılmalıdır. Her strateji için olumlu ve olumsuz sonuçlar bir kağıda kaydedilebilir ve her olumlu ve olumsuz sonuca, sahip olduğu

öneme göre puan verilebilir. Olumlu sonuçların en baskın çıktığı, olumlu-olumsuz farkının en fazla olduğu strateji, uygulamaya koyulması gereken seçenektir (Nezu ve ark., 2001; Neenan ve Palmer, 2001; Onbaşıoğlu, 2004; Eskin, 2013).

D- Eyleme Geçme: Bu aşamaya kadar çözüme yönelik genel bir strateji, izlenecek yol birey tarafından belirlenmiştir. Eyleme geçme aşamasında ise, ilk olarak stratejinin eyleme dökülmesi ile ilgili ayrıntıları üzerinde durulması gerekmektedir. Stratejinin özel davranışsal adımları planlanmalıdır. Buna 'eylem planı' denilmektedir. Sonuç olarak, stratejiyi uygulamak için gereken adımların planlanması, eylem planının tasarlanması ile mümkündür. Bu tasarlardan sonra artık eyleme geçilmesi gerekmektedir (Onbaşıoğlu, 2004; Eskin, 2013).

E- Sonuçları Değerlendirme: Belirlenen eylemler gerçekleştirildikten sonra, bunların sonuçlarının gözlenmesi gerekmektedir. Sonuçlara ulaşıldıktan sonra, bu sonuçların memnun edici olup olmadığının, kişiyi amaçlarına ulaştırıp ulaştırmadığının değerlendirilmesi yapılmalıdır. Eğer, amaçlara ulaşamadığı ve problemin halen varlığını sürdürdüğü ya da harcanan emeğe ve enerjiye değmediği, daha az enerji ve çaba ile aynı sonuca ulaşılacağı düşünülürse, yeniden yeni fikirler üretme aşamasına geri dönülmesi önerilmektedir (Nezu ve ark., 2001; Neenan ve Palmer, 2001; Onbaşıoğlu, 2004; Eskin, 2013).

2. Zaman yönetimi:

Zaman çoğu zaman insanlar için stres yaratan etkenlerin başında gelmektedir. Çünkü geçen zamanı yerine koymanın ve telafi etmenin imkanı yoktur. Zaman yönetimi ise stres yaşantısını azaltan yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Zaman yönetiminin özü 'planlama', 'öncelikleri belirleme' ve 'uygulama'dır. Zamanın etkili kullanılabilmesi için, ilk olarak, o zaman dilimi içinde yapılacak olan işlerin planlanması gerekmektedir. Bu planlama uzun veya kısa vadeli olabilir. Örneğin, bir sonraki gün içinde yapılacak işlerin veya bir yıl içinde gerçekleştirilmek istenen işlerin planlanması mümkündür. Planlama sürecinde yapılması gereken ilk şey, söz konusu zaman dilimi içinde (örneğin ertesi gün) yapılmak istenen işlerin belirlenmesi ve listelenmesidir. Daha sonra listede yer alan her iş veya etkinliğin ne kadar zaman gerektirdiği tahmin edilmeli ve yapılması gereken etkinlikler ya da işler önem sırasına konulmalıdır. Bundan sonraki aşama, belirlenen sırada ve zamanda görevlerin yerine getirilmesidir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta oluşturulan zaman planlamasının yönetilebilir ve gerektiğinde oluşabilecek aksaklıkları tolere edebilecek ölçüde esnek

olmasıdır. Çok katı olan bir zaman planlaması da aksi takdirde stres yaratıcı hale gelebilir (Onbaşıoğlu, 2004; Batlaş ve Batlaş, 2008; Davis, Eshelman ve McKay, 2009).

3. İletişim becerileri:

İletişim insan ilişkilerinin kalitesini belirleyen en önemli faktörlerden biridir. Nitekim, uygun olmayan iletişim sonucunda, kişilerarası ilişkiler, sık rastlanan stres kaynakları haline gelebilmektedir. Etkili iletişim becerilerinin edinilmesi, bireyi kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan stres yaşantısından koruyabilir (Onbaşıoğlu, 2004; Kaplan ve Laygo, 2003). Bundan dolayı da Seaward (2013) etkili iletişim becerilerinin önemli bir stresle baş etme becerisi olduğunu belirtmektedir.

Etkili iletişim becerilerinden bazıları şöyledir:

1- Etkili Mesaj Yollama: İletişimin kalitesi için mesajın ne şekilde aktarıldığı ve kişilerin birbirini doğru şekilde anlaması önemlidir. Etkili mesaj yollayabilmek için, karşıdaki kişinin çeşitli özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır. İletişim kurulan kişinin yaşı, konu ile ilgili bilgisi veya eğitim durumu ifade etme yolu üzerinde değişiklik yapılmasını gerektirebilir.

2-‘Ben’ Dilini Kullanma: İfadelerde ‘ben’ dilini kullanılması, kişinin mesajı açıkça sahiplendiğini göstermektedir ve böylece, aktarılan düşüncenin, duygunun, kişinin kendisine ait olduğu anlaşılacaktır.

3- Etkili Dinleme: Kişilerarası iletişimin söz konusu olabilmesi için dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta da etkili dinlemedir. Bireyin karşıdaki kişiyi etkili dinlemesi, anlaşılır iletişim için temel şarttır.

4-Sözel Olmayan İletişime Duyarlı Olmak: sözel olmayan iletişimde, sözel iletişim kadar bireyler üzerinde etkili olmaktadır. Bu nedenle, etkili iletişim için, sözel olmayan iletişimize de dikkat etmek gerekir (Johnson, 1993; Onbaşıoğlu, 2004; Seaward, 2013).

4. Atılganlık:

Voltan’a göre atılganlık, bireylerin kendilerini oldukları gibi anlatabilme, olumlu ve olumsuz duygularını iletebilme, kendilerine ters gelen isteklere karşı direnebilme ve karşısındakinden bir istekte bulunabilme becerisidir (Voltan, 1981). Atılgan davranış biçimi insan ilişkilerinde eşitliği gözetir ve gereksiz endişelerden arınmış bir şekilde bireyin çıkarları doğrultusunda hareket edebilmesini, kendisini savunabilmesini, duygularını dürüstçe ve rahatlıkla ifade edebilmesini ve başkalarının haklarını çiğnemediği kendi haklarını kullanabilmesini mümkün kılmaktadır (Alberti ve Emnos, 2002; Seaward, 2013). Özellikle kişilerarası iletişimde yaşadıkları güçlükler nedeniyle

stres yaşıyan bireyler için atılganlık eğitimi yararlı olabilmektedir. Atılganlık eğitimi bireylere başkalarının ihtiyaçlarına ve arzularına saygı göstererek, kendi isteklerini etkili bir şekilde açıklamalarında yardım edebilir. Bireylere atılganlık becerileri öğretilirken atılgan, pasif ve agresif iletişim biçimleri arasındaki farkların öğretilmesi gerekmektedir. Atılganlık eğitimi atılganlık becerilerini geliştirmeye ihtiyacı olan her bireye uygulanabilmektedir (O'Donohue ve Fisher, 2008; Davis, Eshelman ve McKay, 2009; Seaward, 2013).

Atılganlık eğitimi; bireyin kişilerarası ilişkilerinde, kendi düşünce ve duygularını kendine güvenli, fakat sosyal ortama uygun bir biçimde ifade etmesini, eleştiriyi kabul etme yöntemlerini, stresle başa çıkma yollarını, kendisiyle olumlu iletişimde bulunmasını, çekingen, girişken ve saldırgan davranış arasındaki farkı anlayabilmesini ve başkalarını zorlamadan, çatışmadan ve başkaları tarafından zorlanmaya izin vermeden kişisel haklarını korumasını öğretmektedir (Buzlu ve Bilgin, 2001; Üstün, Akgün ve Partlak, 2005). Aynı zamanda, atılganlık eğitimi davranışçı ve bilişsel teknikleri içermektedir (Lin ve ark. 2004; Davis, Eshelman ve McKay, 2009).

5. Meditasyon:

Meditasyon, günümüzde stresle baş etmede kullanılan önemli ve geçerliliği kabul edilmiş yöntemlerden biri olarak kabul edilmektedir. Meditasyonun düzenli uygulaması, stres yaşantısı sırasında söz konusu olan sempatik sinir sistemi aktivitesinin şiddeti ve parasempatik sinir sisteminin devreye girme zamanı üzerinde olumlu etkiye sahip olduğu, stres kaynağı karşısındaki bedensel uyarılmanın daha hafif olmasına yani bedenın stres kaynağına daha düşük seviyede uyarılma ile tepki vermesine yol açtığı vurgulanmaktadır (Onbaşıoğlu, 2004; Davis, Eshelman ve McKay, 2009; Seaward, 2013).

Meditasyon uygulamaları, birbirinden farklı yollarla olabilmektedir. Ancak, birbirinden farklı uygulamalar içeren her meditasyon tekniğinde ortak olan bazı özellikler vardır. Bu ortak özelliklerden ilki, dikkatin değişmeden tekrarlayan uyarıcıya yani 'meditasyon nesnesi' ne odaklanması çabasıdır. Her meditasyon tekniğinde ortak olan bir diğer özellik, 'sessiz ve sakin ortam'ın varlığıdır. Günlük olan, sabah ve akşam yirmişer dakikalık uygulamaların meditasyonun olumlu etkisinin görülebilmesi için gerekli olduğu belirtilmektedir (Onbaşıoğlu, 2004; Davis, Eshelman ve McKay, 2009).

6. Mola verme:

Eğer stres yaratan aktivite ya da durum tamamlanmak zorunda ise ama aynı zamanda da bir süreliğine bırakılabiliyorsa bireyin bu aktiviteden bir süre uzaklaşması,

yani mola vermesi ve mola süresince başka şeylerle meşgul olması bireyin stresini azaltabilir. Mola verme bireyi stresli faaliyet veya durumdan kurtarmak için kullanılabilir. Ancak, mola sırasında yapılacak alternatif aktivitenin ek bir stres kaynağı olmaması, stresi azaltıcı bir etkisinin olması gerekmektedir (Kaplan ve Laygo, 2003; O'Donohue ve Fisher, 2008).

7. Dikkati dağıtmak (Dikkati başka yöne çekmek):

Eğer birey için yoğun endişe ya da derin düşünme gibi durumlar strese neden oluyorsa, dikkati dağıtmanın bireylerin stres tepkisini azaltmak için uygun bir teknik olduğu söylenebilir. Birey stresörden uzaklaşmak için görsel, işitsel ya da dokunsal uyarılara odaklanabilir. Birey dikkatini dağıtmak için bir süreliğine müzik dinleyebilir, kitap okuyabilir, bahçe işleriyle uğraşabilir. Ancak dikkati dağıtmanın stres yaratan durumu erteleme anlamı taşımaması gerekmektedir. Böyle bir yaklaşım bireyin stres düzeyini daha da yükseltebilir ve stresörleri ertelemek amacıyla kullanılan dikkati dağıtma yöntemlerinin bireye fark ettirilmesi gerekmektedir (Kaplan ve Laygo, 2003; O'Donohue ve Fisher, 2008).

8. Bilişsel yeniden yapılandırma:

Bilişsel baş etme stratejileri bireyin düşünce biçimini değiştirmesini içermektedir. Bu değişiklik birey stresle karşılaştığında daha soğukkanlı, gerçekçi ve olumlu düşünmesini, bunun sonucu olarak da duygusal olarak daha umutlu olmasını sağlamaktadır. Örneğin, zor bir ders alan öğrenci anksiyete, motivasyon eksikliği, cesaretin kırılması gibi durumları deneyimleyebilir ve bunun sonucu olarak da dersten tamamen uzaklaşabilir. Öğrencinin yaşadığı korku ve katastrofik düşünceler (Ör: hata yaparsam ne olur? gibi), daha fazla stres yaşamasına neden olmaktadır. Bilişsel baş etme stratejileri katastrofik düşüncelerin rasyonel düşünceler haline gelmesini sağlar ve bireyin stresörleri tehdit değil de bir fırsat olarak görmesine yardım etmektedir. Bu yeniden yapılandırma süreci “bilişsel yeniden yapılandırma” olarak adlandırılmaktadır (Bernstein, 2011).

Bilişsel yeniden yapılandırma tekniği, en genel anlamıyla, olay veya uyarıcı hakkında yapılan değerlendirmelerin değiştirilmesine hizmet etmektedir (Rice 1999, Onbaşıoğlu 2004). Bilişsel yeniden yapılandırma ilk önce stres yaratan düşünceleri tanımlamayı (asla onu anlayamam gibi) ve ardından stres altında iken daha olumlu düşünceleri kullanmayı (yapabileceğimin en iyisini yaptım gibi) sağlamaktadır. Bilişsel baş etme bireyin stresörlerini ortadan kaldırmaz, fakat onları daha az tehdit edici ve yıkıcı algılamasına yardım etmektedir (Bernstein, 2011; Seaward, 2013).

Bilişsel yeniden yapılandırma tekniğinin bireye bu konuda eğitim almış bir uzman tarafından öğretilmesi gerekmektedir. Öncelikle bireyin çarpık düşünceleri ve irrasyonel inançlarının ele alınması gerekmektedir. Bu durumla uyumlu alternatif düşünceler ya da başa çıkma davranışları bireye kazandırılmalıdır. Bireye ABC modeli öğretilmeli ve bilişsel çarpıtmalar ve irrasyonel inançların bireyin stresli olaylar karşısında verdiği tepkileri nasıl etkilediği bireye gösterilmelidir. Bu süreçte, bireyin stres yaşamsına neden olan düşünceleri fark etmesine yardım etmek için bir düşünce kayıt formu tutması da sağlanmaktadır. Böylece bireyin stresli durumlarda ortaya çıkan irrasyonel düşünceleri ile davranışları ve duyguları arasındaki ilişki bireye gösterilmiş olacaktır. Bilişsel yeniden yapılandırma ile hedeflenen bireyin stres düzeyini azaltarak, kontrol duygusunu artırmaktır (O'Donohue ve Fisher, 2008).

Bilişsel yeniden yapılandırma tekniği, şu amaçlara yönelik olarak kullanılmaktadır (Onbaşıoğlu, 2004):

- Bireyin düşünceler arasında seçim yapılabileceğinin fark etmesini sağlamak.
- Bireyin bir düşünce yerine diğer düşünceyi seçmenin stres yaşantısı üzerindeki etkisini anlamasını sağlamak.
- Bireyin seçim hakkını olumlu ve işlevsel olan düşünceden yana kullanılmasını sağlayarak ve bu şekilde stres deneyimlerinin yoğunluğunu azaltmak.

Bilişsel yeniden yapılandırma, bilişsel-davranışçı terapilerin en temel bileşenlerinden biridir. Hoş olmayan ve rahatsızlık veren duygu veya stres yaşantısı üzerine yapılan bilişsel davranışçı terapilerde, danışanlara bu teknik öğretilmektedir. Danışan ile yapılan bilişsel yeniden yapılandırma çalışmasında amaç; danışana, rahatsız edici duygular yaşadığı durumlarda, stres tepkisini ve duygularını kontrol altına alabilmesi için uygun bilişsel baş etme tepkisinin kazandırılmasıdır. Danışan, bilişsel yeniden yapılandırma tekniğini, gündelik yaşamında uygulayabildiği takdirde, stresörler karşısında uygun düşünce, duygusal ve davranışsal tepkileri gösterebilecektir (Onbaşıoğlu, 2004).

Bilişsel yeniden yapılandırma için, bireyin ilk başta, stres tepkisinin hangi durumlarda, hangi olaylar ve uyarıcılar karşısında tetiklendiğinin farkına varması gerekmektedir. Diğer bir deyişle; bireyden stres yaşantısının farkına varması ve o an içinde bulunduğu durumun, karşılaştığı uyarıcının kendisi için bir stresör niteliğinde olduğunu anlaması beklenmektedir (Onbaşıoğlu, 2004). Bireyin, stres tepkisini tetikleyen olayı belirledikten sonra, bu olaya ilişkin değerlendirmelerini gözden geçirmesi istenmektedir. Olay olduğu an aklından neler geçmiştir? Olaya dair zihninde

canlanan düşünceler nelerdir? Bu noktada amaç; uyumsuz ve gerçeğe uygun olmayan, Ellis'in deyimiyle 'mantıklı olmayan (irrasyonel)', Beck'in deyimiyle 'otomatik' düşünceleri yakalayabilmektir. Birey, ancak, bu düşüncelerinin, değerlendirmelerinin farkındalığını kazanarak ve bunlara meydan okuyarak tepki değişimini sağlayabilir. Aslında, bilişsel yeniden yapılandırma tekniğinde bu sürecin not edilmesi önerilmektedir. Kişi bu kayda yaşadığı duyguyu veya stres tepkisini, bu deneyimlerin ortaya çıktığı durumu ve o an aklından geçen düşünceyi kaydetmektedir. Kayıt tutma, hem kişinin farkındalığını artırmada etkili bir yol olabilir, hem de kişi kayıt tutma yöntemi sayesinde, yaptığı değerlendirmeler ve düşünceleri üzerinde tekrar çalışma şansı elde edebilecektir (Gramling ve ark., 1997; Onbaşıoğlu, 2004). Olayın, stresör haline gelmesini sağlayan düşünceler belirlendikten sonra, bunlara alternatif olabilecek yeni düşünceler üretmek gerekir.

Karşılaşılan olay/uyarıcı hakkında, akla gelebilecek diğer düşünceler nelerdir? Bu olay/uyarıcı daha başka ne şekilde değerlendirilebilir? Amaç önceki değerlendirmenin, düşüncenin yerine geçebilecek alternatifleri yaratmaktır (Gramling ve ark., 1997; Onbaşıoğlu, 2004). Üretilen alternatiflerin gerçeğe uygun olmasına ve kişinin aklına yatmasına dikkat edilmesi gereklidir.

Bilişsel yeniden yapılandırma tekniği uygulamasının bir sonraki basamağı; üretilen alternatiflerden, en makul ve olası görünenleri belirlemektir. Söz konusu stresörle karşılaşıldığı durumlarda, artık, makul bulunarak seçilen yeni değerlendirmeye ve düşüncelere odaklanılmaya çalışılmaktadır. Zihnin, önceki değerlendirmeler ve düşüncelerden uzak tutulması gerekmektedir. Bu değerlendirmelerin, düşüncelerin, istenen sonucu yaratması zaman ve tekrar gerektirebilir. Bu yeni değerlendirmelerin, düşüncelerin tekrarlanması ile eski irrasyonel düşünceler gitgide zayıflaması beklenmektedir (Onbaşıoğlu, 2004).

2.6.4. Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programları

Bilişsel davranışçı stres yönetim programları bireylerin olumsuz ve mantık dışı düşüncelerini değiştirmeleri sağlayarak, onların stres düzeylerini düşürmeyi ve strese neden olan durumlarla daha aktif baş etmelerine yardımcı olmayı amaçlamaktadır. Başa çıkma becerisi eğitim programlarının temelinde, bilişsel yapının nasıl değiştirileceğini bireye öğretmek, stresli durumlarla başa çıkmada daha etkili stratejiler edinilebileceğini fark ettirmesi yer almaktadır. Bireye öğretilen başa çıkma becerileri bir durumda başarılı olurken diğer bir durumda veya aynı durumunun yaşandığı bir başka zamanında başarısız olabilmektedir. Bu nedenle başa çıkma becerilerinin bilişsel ve davranışsal

farklılıkları kapsayacak şekilde yeterince esnek olması gerekmektedir. Bunun yanında, başa çıkma becerilerini öğretmeyi hedefleyen eğitim programlarında kullanılan tekniklerin bireysel ve kültürel farklılıklar ile yaşanabilecek farklı durumlara duyarlı olması da beklenmektedir (Corey, 2009; Brannon, Feist ve Updegraff, 2013).

Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı stresle başa çıkmada en fazla kullanılan eğitim programlarından biri Meichenbaum ve Cameron (1973) tarafından geliştirilen *stres aşılama eğitimidir*. Bu eğitim programı yarı yapılandırılmıştır ve birçok tekniği içermektedir. Amacı, stresli durumlara karşı baş etme becerileri kazandırmak, kişisel kontrol stratejileri geliştirmek, “öğrenilmiş çaresizlik tepkileri” yerine geçebilecek “öğrenilmiş beceri” kaynakları sunmaktır. Eğitim programı içinde birçok yöntem (sokratik sorgulama, bilişsel yeniden yapılandırma, problem çözme, gevşeme, prova yapma, vb) bir arada uygulanmaktadır. Bireye baş etme becerileri önce klinik ortamda öğretilmekte sonra da gerçek ortamlarda uygulaması sürdürülmektedir. Bu eğitimler bir saatlik görüşmeler şeklinde ve genellikle 12 ile 15 seansta tamamlanmaktadır (Meichenbaum, 1996; Brannon, Feist ve Updegraff, 2013). Yapılan birçok çalışmada stres aşılama eğitiminin stres ve aksiyete düzeyini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (Litz ve ark, 2004; Sheehy ve Horan, 2004; Cahill ve Foa, 2007).

Bilişsel davranışçı yaklaşım stres aşılama eğitimi dışında da birçok çalışmada bireylerin stresini azaltmada ve etkili baş etme becerilerini geliştirmede kullanılmaktadır (Brannon, Feist ve Updegraff, 2013). Bu konuda yapılan bazı çalışmalar incelendiğinde ise; Antoni ve ark. (2009) bilişsel davranışçı stresle baş etme programının kortizol seviyesini azaltarak, bireyi stresin olumsuz etkilerinden koruduğunu saptamışlardır. Urizar ve Munoz (2011) ise gebelere uygulanan bilişsel davranışçı stres yönetimi müdahalesinin hem annenin hem de bebeğin stresini ve kortizol düzeyini azalttığını tespit etmiştir. Bilişsel davranışçı teknikleri içeren stresle baş etme programlarının iş stresiyle baş etmede ve öğrencilerin yaşadıkları stresi azaltmada ve performanslarını artırmada da etkili olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (Keogh, Bond ve Flaxman, 2006; Richardson ve Rothstein, 2008). Back, Gentilin ve Bradly (2007) bu müdahalenin madde bağımlısı bireylerin stres karşısında tekrar maddeye başlamalarını önlemek amacıyla kullanılabilirliğini belirtmektedirler.

Diğer yandan, stresle baş etme amacıyla hazırlanan bilişsel davranışçı stres yönetimi programları incelendiğinde; programların çoğunlukla 10-12 oturumdan oluştuğu ya da yaklaşık bir yıl boyunca danışanın programa devam etmesini gerektirdiği görülmektedir. Oysa bireylerin bu kadar uzun süre boyunca programa devam

etmelerinin sağlanması oldukça güç olduğu da belirtilmektedir (De Vente ve ark., 2008; Leung ve ark., 2011). Van der Klink'in (2001) 46 stres yönetimi müdahalesinin sonucunu incelediği çalışmada bireylerin en iyi şekilde müdahaleden yarar görecekları bir sürenin olmadığı vurgulanmaktadır. İş yerinde yaşanan stresle mücadele etmeyi hedefleyen bir başka çalışma da ise 6 kez 30 dakikalık kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi programına katılmanın yaşanan psikososyal stresi azalttığı ve iş performansını artırdığı belirtilmektedir (Umanodan ve ark., 2009). Benzer şekilde HIV pozitif bireylere uygulanan bilişsel davranışçı stres yönetimi çalışmalarının gözden geçirildiği bir çalışma da uygulamanın kısa sürede yapılmasının ve katılımcılar açısından maliyet etkinliğinin de düşünülmesinin gerekliliği vurgulanmaktadır (Brown ve Vanable, 2008). Bu durum ise kısa bilişsel davranışçı müdahale programlarına gereksinimi artırmaktadır. Kısa bilişsel davranışçı terapi müdahalesi bilişsel davranışçı terapinin sıkıştırılmış halidir ve 12-20 oturum süren terapinin 4-8 oturum arasındaki bir sürede verilmesini gerektirmektedir. Bu terapi biçiminde hastanın sınırlı bir sorun alanıyla ilgilenilmekte ve hastanın gelişiminin desteklenmesi için ev ödevleri ve okuma materyalleri kullanılmasını gerektirmektedir. Özel bir alana ilişkin sorunların kısa bilişsel davranışçı terapi yöntemiyle çalışılması daha uygun olacağı da belirtilmektedir (Cully ve Teten, 2008).

Kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi müdahalesi yapılan çalışmalar incelendiğinde; çalışmaların sağlıklı ve hasta bireyler üzerinde gerçekleştirildiği görülmektedir. Sağlıklı bireylere uygulanan kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi müdahalesini içeren şu araştırmalara ulaşılmıştır:

Leung ve arkadaşları (2011) orta öğretim öğretmenlerine 3 oturumdan oluşan, kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi programı uygulamışlardır. İlk oturumda bireylere bilişsel model tanıtılmış, ikinci oturumda strese neden olan irrasyonel düşüncelerden bahsedilmiş ve üçüncü oturumda ise irrasyonel düşüncelere neden olan temel inançlar ve gevşeme egzersizleri bireylerle çalışılmıştır. Çalışmanın sonucunda çalışmaya katılan öğretmenlerin işle ilgili stresini azaltmada kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi programı etkili olduğu bulunmuştur. Banken ve Mahone (1991) pilotluk eğitimi alan öğrencilerin streslerini azaltmak amacıyla yatıkları iki oturumlu kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi çalışmasında öğrencilere ilk oturumda stresin bilişsel, davranışsal ve psikolojik nedenleri ile gevşemenin etkisini, ikinci oturumda ise stresle baş etme yöntemlerini tartışmışlardır. Çalışmanın sonucunda öğrencilerin stres yönetim becerilerinde ve öğrenme düzeylerinde bir artış olduğu saptanmıştır. Hammerfeld ve

arkadaşları ise (2006) sağlıklı bireyleri 10 saatlik bilişsel davranışçı stres yönetimi programına dahil etmişler ve program sırasında bireylerle bilişsel yeniden yapılandırma, stresle baş etme, gevşeme gibi teknikleri çalışmışlardır. Araştırmanın sonunda programa katılan bireylerin kortizol düzeyinde önemli ölçüde gerileme olduğunu tespit etmişlerdir.

Hasta bireyler üzerinde kısa bilişsel davranışçı stres yönetim programının etkinliğini test eden çalışmalar incelendiğinde ise; yaşları 7 ile 12 arasında olan 29 baş ağrısı çeken çocuğa küçük grup oturumları ile kısa bilişsel davranışçı terapi uygulanmış, çocuklardan 90 dakika süren stres yönetimi ve gevşeme becerilerini içeren iki oturuma katılmaları istenmiştir. Araştırmada program sonunda çocukların %50'sinin baş ağrılarında bir azalma olduğu ancak bunun bu yöntemin etkili olduğu söylemek için yeterli bir sonuç olmadığı vurgulanmaktadır. (Barry ve Von Baeyer, 1997). Litt ve ark., (2010) teporomandübüler ağrı yaşayan bireylere 6 haftalık kısa bilişsel davranışçı terapi programı uygulanmışlar ve program sonrası hastaların ağrılarında azalma olduğu saptamışlardır. İn vitro fertilizasyon tedavisi gören çiftelerin stres düzeyini düşürmeyi amaçlayan bir başka çalışmada ise çiftlere kısa bilişsel davranışçı stres yönetim programı uygulanmış ve bu uygulamanın çiftlerin infertilite stresini azaltmada etkili olduğu bulunmuştur (McNaughton-Cassill ve ark., 2000). Côté ve Pepler (2002) HIV Pozitif erkek hastalara 3 gün boyunca 20-30 dakikalık oturumlar şeklinde bilişsel baş etme uygulaması yapmışlardır. Çalışmada uygulamanın bireylerin hastalığa karşı olan duygusal tepkilerini düzenlemeye yardımcı olduğu belirtilmektedir. Vázquez-Rivera ve ark. (2009) 34 kadın fibromiyalji hastasıyla yaptıkları çalışmalarında 5-6 haftalık kısa bilişsel davranışçı terapiye katılan hastaların stres düzeylerinin azaldığını tespit etmişlerdir. Bu çalışmalardan elde edilen sonuçlar incelendiğinde, kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi programının bireylerin stres düzeylerini azaltmada oldukça etkili olduğu söylenebilir.

2.6.5. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireyin Ailesinin Stresle Başa Çıkma Durumu

Bakım verme pek çok bakım verici için stres yaratan bir durumdur. Stresör olarak algılanan bakım verme sürecinin olumsuz etkilerinin üstesinden gelebilmede, bakım vericinin baş etme yeteneği önemli bir faktördür (Wong, 2000). Fortune, Smith ve Garvey (2005) yüksek düzeyde stres yaşayan bakım verenlerin stresle baş etmek için etkisiz, düşük düzeyde stres yaşayanların ise etkili baş etme davranışını kullandıklarını tespit etmişlerdir. Huang ve ark. (2008) ise şizofrenik bozukluğu olan bireylere bakım veren ailelerin yaşadıkları stres ile baş edebilmek için ağlama, inkar, kızgınlık, sosyal

yaşamdan çekilme, saldırgan davranışlar, olumlu düşünme, bilgi edinme, arkadaş ve komşu desteği alma, sosyal destek arama gibi baş etme yöntemlerini kullandıklarını belirtmektedirler. Hassan ve ark. (2011) bakım vericilerin en sık kullandıkları baş etme becerilerinin kendini kontrol etme, kaçma-kaçınma ve pozitif yeniden yapılanma olduğunu saptamışlardır

Literatürde şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin hastalıkla mücadelede çaresiz davranma, hastayla daha fazla birlikte olma, hastanın bakımını üstlenmek için sosyal etkinliklerden uzaklaşma, madde kötüye kullanımı, sorunu yok sayma, hastaya karşı saldırgan davranışlar sergileme gibi başa çıkmada işlevsel olmayan yollara başvurabildiklerine de dikkat çekilmektedir (Hall ve Docherty, 2000; Gülseren, 2002). Yurt dışında yapılan bir çalışmada Doherty ve Doherty (2008) şizofrenik bozukluğu olan bireye bakım verenlerin %96,8'inin davranışsal baş etme yöntemlerini, %48,4'ünün bilişsel baş etme yöntemlerini, %41,9'unun kaçınan baş etme yöntemlerini kullandıklarını ve %16,1'inin ise her üç baş etme yöntemini birlikte kullandıkları tespit etmişlerdir.

Ülkemizde şizofreni hastasına bakım verenlerle yapılan birçok çalışmada hasta yakınlarının stresle baş etmede probleme odaklı ve duyguya odaklı baş etme yöntemlerini bir arada kullandıkları saptanmıştır (Ofiaz, 1995; Yılmaz, 1998; Tel, 1999). Şizofrenik bozukluğu olan hastaların eşleri ile yapılan bir başka çalışmada hastaların eşlerinin stresle baş etmede kendine güvenli yaklaşımı ve duyguya odaklı bir yöntem olan çaresiz yaklaşımı birlikte kullandıkları belirlenmiştir (Yılmaz, 1998). Dülgerler'in (2004) Şizofrenik bozukluğu olan hastaların aileleriyle yaptığı çalışmada hasta yakınlarının yarıdan fazlasının baş etmek için tıp dışı yöntemlere başvurdukları ve tıp dışı yöntem olarak sıklıkla hacı-hocaya gittikleri gösterilmiştir. Başbüyük (2004) psikiyatri kliniğinde yatan hastaların evde bakımı konusunda aile üyelerinin yaşadığı güçlükler ve stresle baş etme düzeylerinin belirlenmek amacı ile yaptığı çalışmada da aile üyelerinin çoğunlukla stresle baş etmede "kendine güvenli yaklaşım" içinde olduklarını, kadınlarda ve eğitim düzeyi düşük olanlarda çaresiz ve boyun eğici yaklaşımın daha çok görüldüğünü ve aile üyelerinin olumlu ve olumsuz baş etme yöntemlerini birlikte kullandıklarını saptamıştır.

Ailelerin yaşadıkları stresle baş etmede kullandıkları yöntemleri etkileyen faktörler incelendiğinde ise; yapılan bazı çalışmalarda cinsiyet, yaş, bakım süresi, eğitim durumu, şizofreni hakkında sahip olunan bilgi, sosyal destek, yük gibi değişkenlerin baş etme yöntemi üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir (Magliano ve

ark.,1998; Nehra ve ark., 2005). Yapılan bazı çalışmalarda ise yaşça daha büyük, daha iyi eğitilmiş ve erkek bakım vericilerin çoğunlukla problem odaklı bir baş etme stratejisi kullandıkları ve stresle baş etmede daha başarılı oldukları belirtilmektedir (Rammohan, Rao ve Subbakrishna, 2002; Saunders, 2003). Bu konuda yapılan bir başka çalışmada yaşı genç olan bakım vericilerin problem odaklı baş etme davranışlarını, yaşlı bakım vericilerin ise duygu odaklı baş etme davranışlarını daha fazla kullandıkları belirtilmektedir. Yaşlı bakım vericiler ile hastaya uzun süredir bakım veren ve eğitim düzeyi düşük bakım verenlerin ise baş etme biçimi olarak spiritüel yardım aramayı daha fazla kullandıkları gösterilmiştir. Aynı çalışmada hastasına daha uzun süredir bakım veren, sosyal desteği yetersiz ailelerin baş etmede duyguya odaklı baş etme yöntemi kullandıkları da belirtilmektedir (Magliano ve ark.,1998). Kumar ve ark.(2010) ise erkek şizofreni hastalarının eşlerinin daha çok duygu odaklı başa çıkma stratejilerinden bir olan dini olarak başa çıkmayı kullandıklarını belirlemiştir.

Şizofrenik bozukluğu olan bireylere bakım veren ailelerin stres karşısında birbirinden farklı şekilde baş etme davranışları gösterdikleri yukarıdaki çalışmalar incelendiğinde görülmektedir. Liu ve ark. (2007) kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin bakım verme sürecinde aile işlevselliğini sürdürmek için kullandıkları baş etme stratejilerinin yetersiz olduğunu ve bakım verenlerin baş etmelerini geliştirmek için profesyonel desteğe ihtiyaç duyduklarını belirtmektedirler. Bademli ve Çetinkaya Duman (2013) ise bakım vericilerin yaşayabilecekleri sorunlar konusunda önceden bilgilendirilmelerinin ve etkili baş etme yöntemleri geliştirmelerinin bakım vericinin yaşadığı stresli durumlarla baş etmesinde önemli olduğunu ve hastanın bakımını üstlenen bakım verenlerin hastanın tedavi sürecine dahil edilmelerinin gerekli olduğunu vurgulamaktadır. Yapılan birçok çalışmada şizofreni hastasına bakım verenlere sosyal destek sağlama ve stresle baş etme becerilerini geliştirmenin yaşanan stresi ve yükü azaltmak için de önemli olduğu gösterilmiştir (Schulze ve Rössler, 2006; Liu ve ark., 2007; Khajavi ve ark., 2011). Nitekim Rexhaj ve ark. (2013) çalışmasında problem odaklı baş etme stratejilerinin ve sosyal desteğin bakım vericilerin stresini azaltmada etkili olduğunu bulmuşlardır. Bu doğrultuda, bu çalışma da ailelerin stresle etkili baş etmesine katkı vereceği düşünülen bir programın denemesi yapılmıştır.

2.7. Şizofrenik Bozukluğu Olan Bireylerin Bakım Vericilerine Yönelik Hemşirelik Uygulamaları

Şizofreni hem hastanın hem de ailenin yaşamını olumsuz şekilde etkileyen, özellikle bakım verme sürecinde ailenin güçlükler, stres, bakım yükü, fiziksel ve ruhsal sıkıntılar

yaşamalarına neden olan kronik ruhsal bir hastalıktır. Yapılan çalışmalarda hastaların hastalık sürecinde kaybettikleri yetileri nedeniyle desteğe ihtiyaç duydukları ve bu desteğin ise çoğunlukla aileler tarafından sağlandığı belirtilmektedir (Weimand ve ark., 2010; Rafiyah ve Sutharangsee, 2011; Şengün İnan ve Çetinkaya Duman 2013). Aileler ise hastalarını desteklemeye çalışırken hastalık, belirtiler, tedavi, bakım, yaşanan sıkıntılarla ve stresle baş etme gibi konularda bilgiye gereksinim duymaktadırlar. Ailelerin bilgi gereksinimlerini karşılamada ve onlara destek olmada psikiyatri hemşirelerine önemli görevler düşmektedir (Dülgerler, 2014).

Psikiyatri hemşiresi ailenin gereksinimlerini karşılarken; danışman, eğitmen, konsültan, araştırmacı, klinisyen, vaka yöneticisi gibi rolleri üstlenmektedir. Bu rollerini yerine getirirken de ev ziyaretleri, psikoeğitim, terapi uygulamaları, aileden aileye destek grupları, grup çalışmaları, vaka yönetimi gibi uygulamaları gerçekleştirmektedir (Çimen, 2009). Aileye yönelik yapılan bu uygulamalarda ise ailelere zorlandıkları hastalık sürecindeki rollerini olabildiğince iyi öğretip benimsetebilmek, ruhsal hastalıkla baş etme ve problem çözme becerilerini kazandırmak ve bu yolla aile yükünü ve stresinin azaltılması amaçlanmaktadır (Doornbos, 2001). Macleod, Elliott ve Brown (2011) yaptıkları gözden geçirme çalışmasında aileleri desteklemek amacıyla yapılan uygulamaların (davranışçı aile müdahalesi, psikoeğitim, sosyal destek vb) ailenin yaşadığı yükü ve stresi azalttığını, baş etme becerilerini ve sağlık durumlarını da geliştirdiğini belirtmektedirler.

Psikiyatri hemşiresinin aileyi desteklemek amacıyla yararlanabileceği uygulamalardan biri psikoeğitimidir. Bu uygulamada psikiyatri hemşiresinin rolü ise hasta ve ailelerin eğitim gereksinimlerini belirleyerek bu gereksinimlerin karşılanmasında özgül psikoeğitim programları planlamak ve uygulamaktır (Gümüş, 2006). Literatürde şizofreni hastasına bakım veren ailelerin eğitime gereksinim duydukları temel alanlar; hastalık, tedavi ve semptomlar hakkında bilgi, ilaçların yan etkileri, akut alevlenme belirtilerini fark etme, hasta davranışlarıyla baş etme, evde hasta bireyin tedavisinin yönetimi, iletişim becerileri, bakım verenin yaşadığı stresle baş etme becerilerinin geliştirilmesi ve stres yönetimi, toplumsal destek kaynaklarından haberdar olması ve bu kaynakları kullanılması olarak sıralanmakta ve oluşturulan eğitim programlarının bu alanları kapsamaması gerektiği belirtilmektedir (Chien ve Norman, 2003; Gümüş, 2006; Yılmaz, 2011).

Psikiyatri hemşiresinin şizofreni hastasına bakım verenlere sağlayabileceği diğer bir destek alanı psikiyatrik evde bakım hizmetleridir. Psikiyatrik evde bakım hizmetleri,

psikiyatri hemşiresinin de yer aldığı bir ekip tarafından yürütülmektedir. Evde bakım ekibi; taburculuk sonrası tedaviye/ilaca uyumu ve evde bakım planlarını düzenlemede, uygulamada, izleme ve değerlendirmede hasta ailesiyle birlikte işbirliği içinde çalışmaktadır. Evde bakım uygulamalarının relaps ve hastaneye yatış oranlarını azalttığı, hasta bireyin belirtilerinin şiddetinde azalma, kişiler arası ilişkilerinde artma, toplumsal davranışlarında iyileşme ve yaşam kalitesinde artma sağladığı açıklanmaktadır. Hastanın fonksiyonelliğindeki ve yaşam kalitesindeki bu artışın bakım veren aileyi de olumlu yönde etkileyeceği belirtilmektedir (Doğan, 2001; Çam ve Engin, 2014).

Aileden aileye destek programları da ailenin desteklenmesi amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılmaktadır (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011). Bu programlar, ailelere ruhsal hastalıklar konusunda bilgi sağlayan duygu ve düşüncelerin paylaşıldığı destek programıdır. Bu programlarda gönüllü aile üyeleri sağlık çalışanları tarafından eğitilmekte, eğitim alan aile üyeleri de diğer aile üyelerini eğitmektedir (Burland, 1998; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011). Aileler bu programlar aracılığı ile benzer durumdaki diğer aileler ile etkileşime girebilmekte, kendi yaşamlarına farklı bir bakış açısı ile bakabilmekte ve deneyimlerini paylaşabilmektedirler (Chien ve ark., 2008; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011). Wyman ve ark., (2008) aile destek gruplarına katılan bakım verenler genellikle olumlu deneyim yaşadıklarını belirtmektedirler. Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri için uygulanan aile destek gruplarına katılmak, bakım vermeyi kolaylaştırmakta ve aynı zamanda ailelerin yaşadıkları yük ve stresin azalmasına katkı sağlamaktadır (Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011; Yıldırım ve ark.,2013).

Hemşireler aileyi desteklemek amacıyla psikoterapilerden de yararlanmaktadır. Günümüzde psikiyatri hemşireleri bu alana ilişkin özel eğitimler alarak, psikoterapi yöntemlerini hastanın ve ailenin bakımında kullanmaktadır. Hemşireler aileyi desteklemek amacıyla birçok psikoterapi yöntemlerini kullanırken şu amaçları gözetmektedirler:

- Aile üyesinin fonksiyonel olmayan davranışlarını azaltmak,
- Aile içi iletişim sorunlarını çözmek,
- Ailenin kaynaklarını harekete geçirmek ve onları problemleri çözmek konusunda cesaretlendirmek,
- Aile içi iletişimi geliştirmek,
- Aile bireylerinin ihtiyaçlarını fark etmek ve bunlara karşı hassas davranmak,

- Aileyi yaşamsal streslere karşı güçlendirmek
- Aile ile sosyal sistem arasındaki entegrasyonu sağlamaktır (Halter ve Varcarolis, 2012).

Psikiyatri hemşireleri bu amaçlara ulaşmak için aile terapisi, bilişsel davranışçı terapiler, çözüm odaklı terapi, grup terapisi gibi birçok terapi yöntemini kullanmaktadır (Özbaş ve Buzlu, 2011; Halter ve Varcarolis, 2012; Ünsal ve ark., 2014). Demiralp ve Oflaz (2007) bu yöntemlerden özellikle bilişsel davranışçı yaklaşımın bireylerinin sağlıklı baş etme yanıtlarını artırmak amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılabilceğini belirtmektedirler. Bu doğrultuda şizofreni hastalarının bakım vericilerinin stresle daha etkili baş etmelerini sağlamada katkı verici olabileceği de söylenebilir.

Şizofrenik bozukluğu olan bireye bakım veren aile üyelerinin desteklenmesi amacıyla psikiyatri hemşireleri tarafından uygulanan girişimlerin yararlı olduğu, onların yaşadıkları yükü ve stresle daha etkili baş edebilir hale geldikleri birçok çalışmada gösterilmiştir (Maldonado ve Urizar, 2007; Chien, 2010; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011). Ailelerin desteklenmesi amacıyla yapılan bu girişimlerin devamlılığının sağlanması ile ailenin sağlık durumunun ve işlevlerinin iyileşeceği ve dolayısıyla da hastanın bakımını daha sağlıklı bir şekilde sürdürebilir duruma gelebileceklerdir.

3. YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Şekli

Araştırma, “Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetiminin” şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ruhsal durumları, stresle başa çıkma tutumları ve bakım yüküne etkisini değerlendirmek amacıyla ön test-son test kontrol gruplu modelde deneysel olarak yapılmıştır.

3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Özellikleri

Araştırma Sivas Numune Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) Aralık 2011 yılında Sağlık Bakanlığı'nın 16.02.2011 tarih ve 7364 sayılı kararıyla ağır ruhsal bozukluğu olan hastalara, toplum temelli ruh sağlığı modeli çerçevesinde psikososyal destek hizmetlerinin verilmesi, takip ve tedavilerinin gerektiğinde evde sağlık hizmetleri uygulamasına entegre bir şekilde yaşadıkları ortamda sunulabilmesi amacıyla açılmış olup, Ocak 2012 tarihinde hasta kabul etmeye başlamıştır. Araştırmanın yapıldığı süre içinde merkezde bir psikiyatri uzmanı, üç hemşire, bir psikolog, bir sosyal çalışmacı, iş ve uğraş hocaları ve yardımcı personeller görev yapmakta idi.

TRSM'ye şizofreni, şizoaffektif bozukluk ve bipolar bozukluğu olan hastalar kabul edilmektedir. Kaydı yapılan hastalar merkezde çalışan sağlık profesyonelleri tarafından değerlendirmeleri yapıldıktan sonra, sağlık ekibi tarafından ailelerinde görüşleri alınarak merkezin sunduğu hizmetlerden hangisine katılacaklarına karar verilmektedir. Merkezde yapılan rehabilitasyon programlarına katılmayan hastalar ise ev ziyaretleri ile takip edilmektedir. Merkezdeki rehabilitasyon programına devam eden hastalar için haftalık planlar doğrultusunda psikoeğitim, sosyal beceri eğitimi, meşguliyet ve uğraş tedavisi, müzik, resim ve tiyatro dersleri, kitap okuma, film ve çay saatleri ile haftanın bir günü sosyal saat düzenlenmektedir. Hasta ailelerine yönelik olarak şizofreni hastalığı, nedenleri, belirtileri ve tedavisi konularında aile eğitimleri sürdürülmektedir. Eğitim kurumunda çalışan hemşire, psikolog ve sosyal çalışmacı tarafından haftada bir kez 30-45 dakika arasındaki bir sürede yapılmaktadır. Bu eğitimlerde ailelerin şizofreni hastalığı konusunda bilgilendirilmesi amaçlanmaktadır. Aileler merkezde çalışan personeller tarafından telefonla aranarak eğitime davet edilmektedir, ancak ailelerin eğitimlere düzenli katılımları sağlanamamaktadır.

Araştırmanın uygulaması Toplum Ruh Sağlığı Merkezi eğitim salonunda yapılmıştır.

3.3.Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Sivas Numune Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde 01 Ocak 2012- 01 Ocak 2013 tarihleri arasında DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı ile 100 hasta takip edilmekteydi. Araştırmanın evrenini TRSM tarafından takip edilen 100 şizofreni hastasının bakım vericileri oluşturmuştur. TRSM'den bakım vericilerin telefon ve adres bilgileri alınmış, ailelere telefon yoluyla ulaşılarak çalışma ve "Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı" konusunda bilgi verilerek, programa katılmaları için davet edilmişlerdir. Görüşme sonrası TRSM'ye gelebileceğini ifade eden bakım vericiler ile TRSM'de görüşme odasında, gelemeyeceğini belirten bakımvericilerin ise evlerinde görüşme yapılmıştır. Belirtilen tarihler arasında TRSM'de bakım almaya başlamış şizofreni hastalarının bakım vericilerinden araştırmaya alınma kriterlerine uyan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olduğuna dair yazılı onam veren 100 hastanın 71 bakım vericisi araştırma kapsamına alınmıştır. 29 bakım verici ise çeşitli nedenlerle çalışmaya dahil edilmemiştir. (3 hasta yalnız yaşıyordu, 2 hastanın bakım vericisi çalışıyordu, 4 hastaya verilen adres ve telefondan ulaşılamadı, 2 hasta ve yakını il dışında idi, 2 hasta köyde yaşıyordu, 4 hasta yakını araştırmaya katılmayı kabul etmedi, 3 hastanın hastalık belirtilerinde alevlenme olduğu için yakını hastayı yalnız bırakamadı, 4 hasta yakınının fiziksel/ruhsal hastalığı vardı, 3 hasta yakını hastası dışında başka bir hastaya da bakım veriyordu, 1 hasta hastanede tedavi görüyordu ve 1 hasta merkezden kaydını sildireceğini söyleyerek, katılmak istemedi) .

Bakım vericiler cinsiyet ve ölçek puanları açısından gruplanarak deney (36 kişi) ve kontrol (35 kişi) grubuna atanmıştır. Gruplar oluşturulurken bakım vericiler yaş, cinsiyet ve Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Stres Belirtileri Ölçeği, Genel Sağlık Anketi-28, Aile Değerlendirme Ölçeği puanları açısından eşleştirilerek, deney grubuna 30 kadın, altı erkek bakım verici, kontrol grubuna ise 28 kadın, yedi erkek bakım verici basit rastgele örnekleme yöntemi ile alınmıştır. Deney grubuna alınan bakım vericilerden sekizi uygulamalar süresi içinde işe başlama, aile içinde sorumluluklarının artması, şehir dışına çıkmak zorunda kalma, eşin izin vermemesi, hastalanma, hastayı yalnız bırakamama, gibi nedenlerle oturumlara düzenli olarak katılmadığından program 28 kişi (24 kadın, dört erkek bakım verici) ile tamamlanmıştır. Kontrol grubunda ise 2 bakım vericiye verdikleri adres ve telefon numarasından ulaşılamadığı için kontrol grubu 33 bakım verici (26 kadın, yedi erkek bakım verici) ile tamamlanmıştır.

Araştırmaya Alınma Kriterleri:

Hasta yakınları için;

- 18 yaşının üstünde olması
- Sivas il merkezinde ikamet etmesi,
- İletişim ve işbirliğine açık olması,
- Araştırmanın yapıldığı sırada psikotik bir hastalık, madde bağımlılığı ve mental retardasyon gibi çalışmaya katılımını engelleyici bir bozukluğunun olmaması,
- Bakım vericinin hastaya en az 3 aydır bakım veriyor olması,
- Bakım vericinin hastanın bakımından doğrudan sorumlu olması,
- Bakım gereksinimi olan başka bir bireye bakım vermemesi,
- Araştırmaya katılmayı kabul etmesi

Hastalar için;

- DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı ile takip ediliyor ve Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı olması

3.4.Araştırmanın Değişkenleri

Araştırmanın değişkenleri yaş, cinsiyet, eğitim durumu, bakım verme süresi, stresle başa çıkma tutumu, stres belirtileri, bakım yükü, genel sağlık anketi ve aile değerlendirme ölçek puanları olarak belirlenmiştir. Araştırmanın bağımsız değişkeni “Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi” programının uygulaması; bağımlı değişkenleri ise stres belirtileri, stresle başa çıkma tutumları, bakım yükü, ruhsal durumları ve aile işlevleridir. Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, bakım verme süresi araştırmanın sonucunu etkileyebilecek dış değişkenler olarak belirlenmiştir.

3.5.Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri şizofreni hastalarının bakım vericilerine “Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği”, “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği”, “Stres Belirtileri Ölçeği”, “Genel Sağlık Anketi-28”, “Aile Değerlendirme Ölçeği” ve araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu “ kullanılarak toplanmıştır.

3.5.1. Veri Toplama Araçları

3.5.1.1.Tanıtıcı Bilgi Formu

Tanıtıcı Bilgi Formu, araştırmacı tarafından literatür bilgileri doğrultusunda geliştirilmiş olup, bakım vericilerin ve bakım verilen bireyin yaş, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, eğitim düzeyi, bakım verme süresi, hastalık süresi, yatış sayısı gibi tanıtıcı özelliklerini belirlemeye yönelik toplam 27 sorudan (8 açık uçlu 19 kapalı uçlu soru) oluşmaktadır (EK I).

3.5.1.2.Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (ZBVYÖ)

Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması 2006 yılında İnci tarafından yapılmıştır (İnci, 2006). Ölçek bakım gereksinimi olan bireylerin bakım verenlerinin yaşadığı güçlükleri değerlendirmek amacıyla geliştirilmiştir. Bakım verenlerin kendisi ya da araştırmacı tarafından sorularak doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek "hiç", "nadiren", "bazen", "sık sık," ya da "hemen her zaman" şeklinde 0 dan 4 e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan 26 madde genellikle sosyal ve duygusal alana yöneliktir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanılan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin yapılan faktör analizi sonunda tek boyutlu olarak kullanılabilieceği belirlenmiştir (EK II).

3.5.1.3.Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE-SBÇTDÖ)

Stresli durumlar karşısında kullanılan başa çıkma yöntemlerini belirlemek için Carver ve arkadaşları (1989) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ağargün ve arkadaşları (2005) yapılmıştır. "İnsanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini" sapmaya yönelik olarak geliştirilen ölçek, 60 sorudan oluşan öz bildirim dayalı bir ölçektir. Ölçek "Asla böyle bir şey yapmam", "Çok az böyle yaparım", "Orta derecede böyle yaparım", ya da "Çoğunlukla böyle yaparım" şeklinde 1'den 4'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek 15 alt ölçekten oluşmuştur.

Her alt ölçek dörder sorudan oluşmaktadır. Bu alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi verir. Bu 15 başa çıkma tutumu ya da alt ölçekler aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Başa Çıkma Tutumları	Alt Ölçekler	Ölçek Madde Numaraları
Sorun Odaklı Başa Çıkma	4.Yararlı sosyal destek kullanımı	(4,14,30,45. maddelerin toplamı)
	5.Aktif başa çıkma	(5,25,47,58. maddelerin toplamı)
	10.Geri durma	(10,22,41,49. maddelerin toplamı)
	14.Diğer meşguliyetleri bastırma	(15,33,42,55. maddelerin toplamı)
	15. Plan yapma	(19,32,39,56. maddelerin toplamı)
Duygusal Odaklı Başa Çıkma	1.Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	(1,29,38,59. maddelerin toplamı)
	7. Dini olarak başa çıkma	(7,18,48,60. maddelerin toplamı)
	8. Şakaya vurma	(8,20,36,50. maddelerin toplamı)
	11.Duygusal sosyal destek kullanımı	(11,23,34,52. maddelerin toplamı)
	13. Kabullenme	(13,21,44,54. maddelerin toplamı)
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma	2. Zihinsel boş verme	(2,16,31,43. maddelerin toplamı)
	3.Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	(3,17,28,46. maddelerin toplamı)
	6. İnkâr	(6,27,40,57. maddelerin toplamı)
	9. Davranışsal olarak boş verme	(9,24,37,51. maddelerin toplamı)
	12. Madde kullanımı	(12,26,35,53. maddelerin toplamı)

Her alt ölçekten toplam 4 ve 16 puan arasında alınabilmektedir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınacak puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olasılığı verir. Bu alt ölçeklerden 4,5,10,14,15.'i alt ölçeklerin puanlarının toplamı sorun odaklı başa çıkma puanını, 1,7,8,11,13'i alt ölçek puanlarının toplamı duygusal odaklı başa çıkma puanını, 2,3,6,9,12 alt ölçek puanlarının toplamı ise işlevsel olmayan başa çıkma puanını vermektedir (EK III).

3.5.1.4. Genel Sağlık Anketi-28 (GSA)

1972 yılında Goldberg tarafından 60 maddelik olarak geliştirilen GSA, son haftalarda ortaya çıkmış ruhsal sorunların araştırılması ya da taranması amacıyla birçok dil ve kültüre uyarlanmıştır. GSA; kısa, uygulaması kolay bir ölçektir ve ruhsal hastalıkları inceleyen toplumsal çalışmalarda ilk aşama tarama testi olarak kullanılır. Psikotik olmayan depresyon ve bunaltı belirtilerinin saptanmasında güvenle kullanılabilceği belirtilirken, psikotik ve manik hastalarda kullanılması önerilmemektedir. Daha kısa bir anket elde etmek için yapılan çalışmalar sonucu 30, 28 ve 12 maddelik GSA'lar ortaya çıkmıştır. Türkçe'ye çevrilerek geçerlik güvenilirlik çalışması Kılıç tarafından yapılmıştır. Her soru son birkaç haftadaki belirtileri sorgular ve dörder şıklıdır ("hiç olmuyor, her zamanki kadar, her zamankinden sık, çok sık") bu dört sütun yanıtlayıcı tarafından 0,1,2,3 olarak kodlanır ya da uygulayıcı tarafından yüksek sesle okunarak verilen yanıtlar kodlanır. "5" puan üzerinde alan bireyler ruhsal sorunlu olarak (anksiyete ve depresyon) belirlenmektedir. Puan yükseldikçe psikiyatrik rahatsızlık olasılığı artmaktadır. Puanlamada GSA'nın değerlendirmesinde kullanılan GHQ tipi

puanlama adı verilen yöntem kullanılmıştır. Buna göre ilk iki kolon 0, son iki kolon da 1 olarak puanlanmıştır (Kılıç, 1996). Çalışmada GSA'nın 28 soruluk formu kullanılmıştır. (EK IV).

3.5.1.5. Stres Belirtileri Ölçeği (SBÖ)

Das Gupta (1992) tarafından insanların stresli durumlardaki belirtilerini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. Hovardaoğlu (1997) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçeğin yapı geçerliliğini incelemek amacıyla yapılan faktör analizi sonucunda, özgün ölçeğin faktör yapısıyla uyumlu olarak stresin bilişsel-duyuşsal, fizyolojik ve ağrı-yakınma adı verilen üç bileşeni belirlenmiştir. Ancak belirtiler listesinde yer alan aşırı yeme, kabızlık ve sabahları erken uyanma belirtileri hiçbir faktörle 0.20'nin üstünde faktör yükü göstermediğinden, bu üç faktörün dışında bırakılmıştır. Stres Belirtileri Ölçeği Türkçe Formu, 38 maddeden oluşmaktadır ve her bir madde dört dereceli bir (1=Hiç, 2=Ara sıra, 3=Sık sık, 4=Sürekli) puanlamaya sahiptir. Ölçekten elde edilebilecek en düşük puan 38; en yüksek puan da 152'dir. Puanların artması, belirtilerin sıklığında artış anlamına gelmektedir (Hovardaoğlu, 1997).

Aşağıda her bir alt boyuta ait olan maddeler ve alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar verilmiştir:

- Bilişsel-duyuşsal (2,8,9,14,15,16,20,23,28,31,33,34,35,36,37,38) (Puan aralığı 16-64)
- Fizyolojik (3,7,10,11,12,13,17,19,24,26,27) (Puan aralığı 11-44)
- Ağrı-yakınma (1,6,18,21,25,29,30,32) (Puan aralığı 8-32) (EK V).

3.5.1.6. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Aile Değerlendirme Ölçeği, Amerika Birleşik Devletleri'nde Brown Üniversitesi ve Buttler Hastanesi tarafından Aile Araştırma Programı çerçevesinde geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirip getirmediğini ortaya çıkarmak amacıyla kullanılan bir ölçüm aracıdır. Epstein ve Bishop tarafından 1983 yılında geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan ölçek, daha önce geliştirilmiş olan McMaster Aile İşlevleri Modelinin klinik olarak aileler üzerinde uygulanmasıyla elde edilmiştir. Türkiye için geçerlilik güvenilirliği Bulut (1990) tarafından yapılmıştır.

Ölçek, yedi alt boyuttan ve toplam 60 maddeden oluşmaktadır. Her madde, aile yaşamına ilişkin olumlu ve olumsuz ifadelerin yer aldığı bir cümleden meydana gelmiştir ve her cümle yedi alt boyuttan birine aittir. Yedi alt boyutun altısı Mc. Master'in Aile İşlevleri Modelinin alt boyutları olup, aile işlevlerindeki her bir sorun alanını tek tek ele almakta sonradan eklenen yedinci boyut da genel işlevlere

odaklaşmaktadır. Soruların bazıları sağlıklı işlevleri, bazıları ise sağlıksız işlevleri tanımlamaktadır.

Ölçeğin alt grupları şunlardır; “*Problem Çözme*”, ailenin bütünlüğünü tehdit eden sorunları ailenin işlevselliğini sürdüreceği düzeyde çözebilme yeteneğine işaret etmektedir. “*İletişim*”, aile bireyleri arasında bilginin değişimi olarak tanımlanır, mesajın içeriği ve kimin amaçlandığı ile ilgili olarak sözel mesajın açık ve doğrudan olup olmadığına odaklanır. “*Roller*”, ailenin farklı aile görevlerini ele alışlarını ve bu görevlerin nasıl dağıldığı ve yerine getirildiğiyle ilgili davranış modelleri oluşturma ve sürdürme becerilerine ilişkindir. “*Duygusal Tepki Verebilme*”, aile bireylerinin duygularını açıkça ifade edip edemediğini değerlendirir. “*Gereken İlgiyi Gösterme*”, aile bireylerinin birbirlerinin etkinliklerine ve onları ilgilendiren şeylere karışma boyutu ile ilgilendirir. “*Davranış Kontrolü*”, bir ailenin bireylerinin davranış standartlarının belirleme ve sürdürme yollarını değerlendirir. “*Genel İşlevler*”, ailenin önceki tüm alanlardaki genel işlevselliğini değerlendirir.

ADÖ, 12 yaş üzerindeki tüm aile üyelerine bireysel olarak uygulanır. Ölçeğin cevaplanması ortalama 20 dakika almaktadır. Ancak eğitim düzeyi düşük olanlarda ve okuma yazma bilmeyenlere maddelerin uygulamacılar tarafından okunduğu durumlarda bu süre 30 dakikayı aşabilmektedir. Ölçek puanları 1.00 (sağlıklı) ile 4.00 (sağlıksız) arasında değişir (Aynen katılıyorum= 1 puan, büyük ölçüde katılıyorum =2 puan, biraz katılıyorum =3 puan, hiç katılmıyorum =4 puan). 2.00 sağlıklı ve sağlıksız işlevleri ayırt eden bir puan olup, 2.00'nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesidir. Her alt ölçek için hesaplanan puan ortalamaları 4.00'e yaklaştıkça o işlev açısından sağlıksızlığın arttığı yorum yapılmaktadır. (EK VI).

Aşağıda her bir alt boyuta ait olan maddeler verilmiştir:

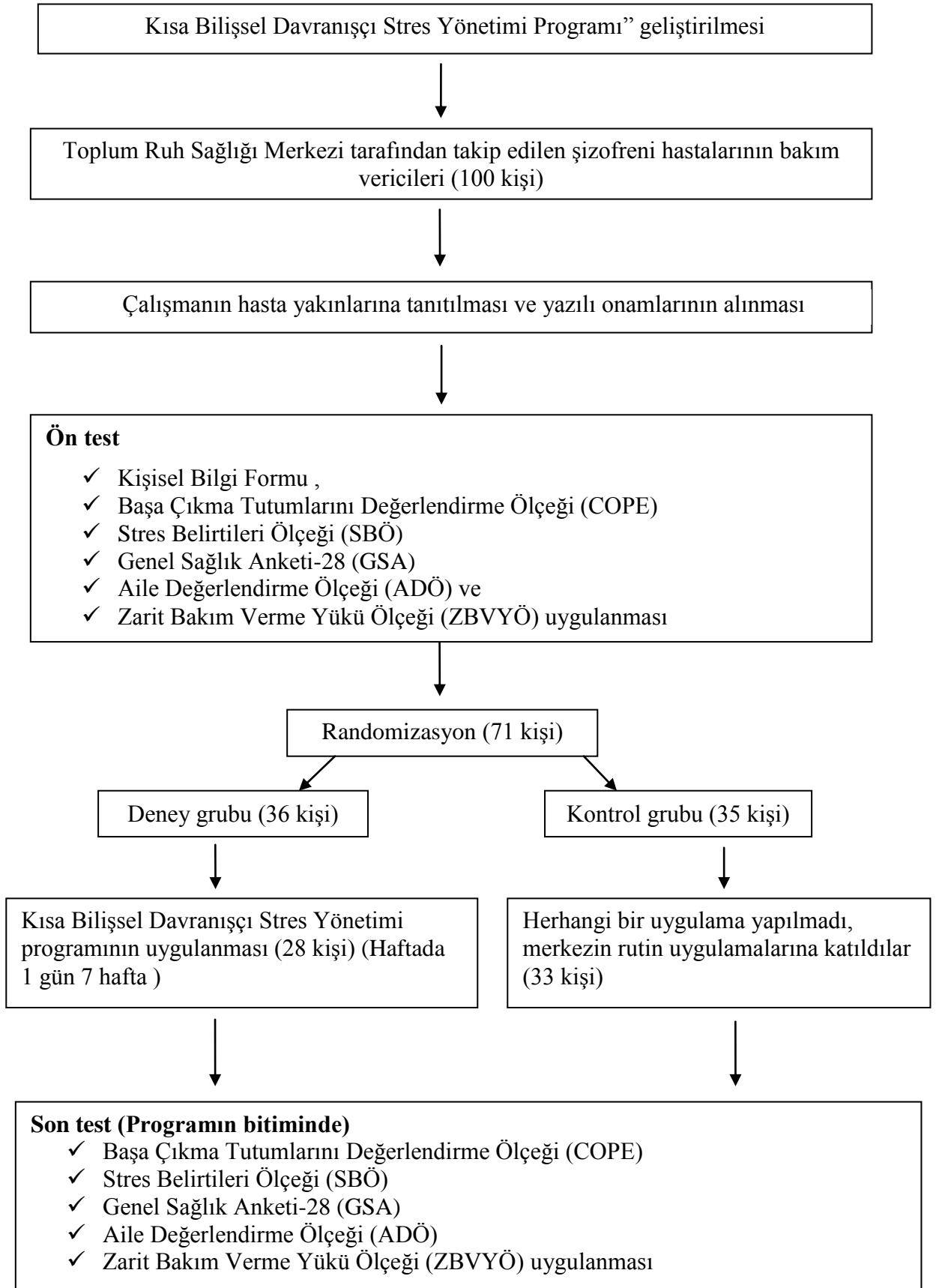
Problem çözme	2, 12, 24,38, 50, 60	.../6=
İletişim	3,14*,18,22*,29,35*,43,52*,59	.../9=
Roller	4*,8*,10,15*,23,30,34*,40,45*,53*,58*	.. /11=
Duygusal tepki verebilme	9*,19*,28*,39*,49,57	.../6=
Gereken ilgiyi gösterme	5*,13*,25,33*,37*,42*,54*	.../7=
Davranış kontrolü	7*,17,20,27*,32,44*,47*,48*,55	.../9=
Genel işlevler	1*,6,11*,16,21*,26,31*,36,41*,46,51*,56	.. /12=

* işaretli sorular ters olup puanlaması ters yani (4,3,2,1) şeklinde olmaktadır.

3.6. Araştırmanın Uygulanması

Araştırmanın uygulaması dört aşamada tamamlanmıştır. İlk aşamada araştırmacı tarafından literatür taraması doğrultusunda ‘‘Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı’’ geliştirilmiştir. İkinci aşamada bakım vericilere program tanıtılarak onamları alınmıştır. Bakım vericilere araştırmanın değişkenlerini içeren ölçekler ön testte uygulanmış ve bakım vericiler cinsiyet ve ölçek puanları doğrultusunda eşleştirilerek deney ve kontrol grubuna atanmıştır. nc aşamada ‘‘Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı’’nın uygulanmıştır. Son aşamada ise ölçüm araçları tekrar uygulanarak araştırmanın uygulama aşaması sonlandırılmıştır (şekil 1)

Şekil 1: Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programı Uygulama Şeması



Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programı, bakım vericinin günlük yaşamı ve bakım vermeye bağlı yaşadığı stres durumunu fark etmesi ve stresi yönetme becerisini geliştirmeye yönelik hazırlanmış, yarı yapılandırılmış bir programdır.

Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programı temelde;

1. Duyguları tanıma, duygu, düşünce ve davranış arasındaki farkı ayırt etme, davranışın kısa ve uzun vadeli sonuçlarını tanıma gibi bileşenleri içeren bir psikoeğitimi;
2. Duygu, düşünce ve davranış arasındaki ilişkiyi tanıma ve strese yol açan hatalı bilişleri fark edip değiştirme gibi bileşenleri içeren bilişsel yeniden yapılandırmayı;
3. Fizyolojik uyarımı kontrol etmek amacıyla nefes egzersizini ve aşamalı kas gevşetme egzersizini kullanmayı içeren gevşeme eğitimini,
4. Öğrenilen tekniklerin gerçek yaşamda uygulanmasını içeren maruz bırakmayı kapsamaktadır.

Kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi programının genel amacı yaşantısal grup ortamında bakım vericilerin stres yönetimi becerilerini geliştirmektir.

Bu amaç doğrultusunda genel hedefler ise aşağıda belirtilmektedir.

1. Stres altında olup olmadığının farkında olabilme (I. Oturum),
2. Stres yaşantısı sırasında verdiği fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal tepkileri fark edebilme (I. Oturum),
3. Stres altında iken solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulayabilme (I. Oturum),
4. Strese neden olan durumları tanıyabilme (II. Oturum),
5. Duygu, düşünce ve davranış ilişkisini karayabilme (II. Oturum),
6. Stresle etkisiz baş etme sonucunda meydana gelen durumları fark edebilme (II. Oturum),
7. Stresle etkili baş etmenin önemini kavrayabilme (II. Oturum),
8. Stresle baş etmeyi kolaylaştırmak için zaman yönetimi becerisini kullanabilme (II. Oturum),
9. Stres yaşantısı sırasında işlevsel olmayan otomatik düşünceleri fark edebilme (III. Oturum),
10. Olumsuz otomatik düşüncelerin stres yaşantısı üzerindeki etkisini kavrayabilme (III. Oturum),
11. Stres yaşantılarındaki işlevsel olmayan otomatik düşüncelerine neden olan ara ve temel inançlarının farkında olabilme (III. Oturum),
12. Bilişsel çarpıtmaların stresle baş etmeye etkisini fark edebilme (IV. Oturum),

13. Stres yaşantısına neden olan işlevsel olmayan otomatik düşüncelerini daha işlevsel olanlarla değiştirebilme (V. Oturum),

14. Stresle baş etmek için sorun çözme becerisini kullanabilme (V. Oturum),

15. Stresle başa çıkma becerilerini kullanmanın önemini kavrayabilme (VI. Oturum),

16. Stresi azaltmak için girişkenlik becerilerini kullanabilme (VI. Oturum),

17. Öğrendiği stresle başa çıkma becerilerini kullanabilmedir. (VI. Oturum).

Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programı geliştirilmesinde stres yönetimi ile ilgili geliştirilmiş olan programlar (Barrowclough ve Tarrier, 2001; Lopez, Crespo ve Zarit, 2007; Penedo, Antoni ve Schneiderman, 2008; Wells, Lochman ve Lenhart, 2008; Hiçdurmaz, 2010; Özgü, 2010; Leung ve ark., 2011), bilişsel-davranışçı terapi teknikleri (Hisli Şahin, 2006; Cully ve Teten, 2008; O'Donohue ve Fisher, 2008; Türkçapar, 2008; Dobson ve Dobson, 2009; Savaşır, Soygüt ve Barışkın, 2009; Türkçapar, 2011) ve grup psikoterapileri (Yalom, 2002; Yalom, 2003) ile ilgili kaynaklardan yararlanılarak, alanda uzman üç kişiden görüş alınarak aşağıdaki şekilde program yapılandırılmıştır.

I. Oturum: Tanışma, Grubun Oluşturulması ve Bakım Vermeyle İlgili Duyguları Tanıma ve Stres Altında Verilen Tepkileri Fark Etme, Solunum ve Aşamalı Gevşeme Egzersizlerini Öğrenme

II. Oturum: Strese Neden Olan Durumları Tanıma, Düşünce-Duygu-Davranış İlişkisini Kavrama ve Zaman Yönetimi

III. Oturum: Otomatik Düşünceleri Belirleme ve İncelemeyi Öğrenme

IV. Oturum: Bilişsel Çarpıtmaları Fark Etme

V. Oturum: Olumsuz Düşünceleri ve Atıfları Değiştirmek için Alternatif Düşünce Bulma, Kayıt Tutma ve Sorun Çözme

VI. Oturum: Stresli Yaşam Olayları Karşısında Baş Etme

VII. Oturum: Sonlandırma ve Nüksü Önleme

Her bir ana başlığın altında konunun amacı, öğrenme hedefleri, oturumun içeriği ve işleyişi ayrıntılı şekilde yer almaktadır (EK VII).

3.6.2. Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı Grup Oturumlarının Yapılandırılması

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı grup oturumlarında oturum akışı standarttır ve tüm oturumlar belli basamaklarla aynı sıralamayı izlemektedir. Bilişsel-davranışçı modelin

temel ilkeleri doğrultusunda yapılandırılan bir programın ilk oturumu için önerilen format aşağıdaki gibidir (Hisli Şahin, 2006; Türkçapar, 2008; Beck, 2011).

- Gündemin belirlenmesi
- Duygudurumun kontrol edilmesi
- Üyelerin o gün grupta konuşmak istediklerinin kısaca üzerinden geçirilmesi
- Gündemde yer alan konuların konuşulması
- Ev ödevlerinin belirlenmesi
- Özetleme ve geribildirim alma

İkinci ve daha sonraki oturumların tipik gündemi için önerilen format ise aşağıdaki gibidir (Hisli Şahin, 2006; Türkçapar, 2008; Beck, 2011).

- Duygudurum kontrolü
- Bir önceki oturumun özetlenmesi
- Ev ödevlerinin gözden geçirilmesi
- Gündemdeki maddelerin ele alınması
- Yeni ev ödevlerinin verilmesi
- Oturumun özetlenmesi ve grup üyelerinden geribildirim alınması.

Grup Oturumlarının Süre, Sıklık ve İçeriği: Grup oturumlarında ısınma süresi ve oturumların ana temalarının tartışılması için en az 60 dakikaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu konuda, 80-90 dakika aralığındaki bir sürenin etkili bir grup çalışması için en işlevsel olduğu söylenmektedir (Yalom 2003). Grup çalışmalarının sıklığı ise haftada bir den beşe kadar değişebilmektedir. Ancak haftada bir veya iki oturumun daha uygun olduğu belirtilmektedir (Yalom 2002, Yalom 2003).

Tipik bir bilişsel davranışçı stres yönetimi uygulaması küçük grup müdahalesi şeklinde sürdürülmeli ve danışan tedaviye 6-19 seans süresince ortalama 10-15 saat devam etmelidir (O'Donohue and Fisher, 2008). Genelde stres yönetimi müdahalesi danışana 6 farklı stres yönetim tekniğinin öğretilmesini ve her bir teknik için danışanın 1-2 saatini bu teknikleri öğrenmek için harcamasını, bir teknikte uzmanlaşması yerine birden çok tekniği öğrenmesi gerektirir (O'Donohue and Fisher, 2008).

Yukarıdaki görüşler doğrultusunda, çalışma yürütülürken grup çalışması, haftada bir gün 120 dakikalık oturumlar halinde 7 haftalık bir zaman dilimini kapsayacak şekilde planlanmıştır. Her oturumun ilk 5-10 dakikasında bir önceki oturum özetlenmiştir. Bunun nedeni, bir önceki hafta yapılanları hatırlatmak ve bir önceki hafta toplantıya katılmayan üyelerin oryantasyonunu sağlamaktır. Daha sonra üyelerin duygu

düşüncelerinin sorulmasına ve ödevlerin tartışılmasına geçilmiştir. Ev ödevleri ile oturum gündemi ilişkilendirerek, planlanan oturum gündemi üyelerle paylaşılmıştır. Bir sonraki oturuma hazırlık yapmak ve tartışılan konuların pekiştirilmesi amacıyla yeni bir ev ödevi üyelere verilmiştir. Oturum gündemi özetlendikten sonra üyelerden geri bildirim alınarak oturum sonlandırılmıştır. Bütün oturumlarda çalışma önceden belirlenmiş hedefler doğrultusunda sürdürülmüştür.

Bu genel yapılandırmaya ek olarak, ilk oturumda bakım vericilerin stres yaşadıklarını fark edebilmeleri için, stresin tanımı, belirtileri ve strese neden olabilecek durumlar ele alınmıştır. Bireylerden bir hafta boyunca şizofrenik bir bireye bakım vermektten kaynaklanan, onlar için sıkıntı yaratan bir durumu ve bu duruma gösterdikleri tepkileri yazmaları istenmiştir. İlk oturumdan itibaren bakım vericilere verilen bu tip ev ödevleri ile oturum gündemi ilişkilendirilmiştir. Ev ödevlerinin bakım vericinin bakım verme sırasında ya da bakım vermektten kaynaklanan sıkıntıları üzerine odaklanmıştır. Sonraki oturumlarda ise strese neden olan durumlar, duygu-düşünce-davranışlar ilişkisi, olumsuz otomatik düşünceler ve bilişsel çarpıtmaların yaşanan strese ilişkisi üyelerle tartışılmıştır. Bu düşüncelerle stresin ilişkisini fark etmeleri sağlandıktan sonra alternatif düşünceleri bulma, olumsuz düşüncelerle yer değiştirme çalışması yapılmıştır. Son oturum öncesi stresle baş etmeye ilişkin genel girişimler bakım vericilere anlatılmış, kendi yaşamlarına nasıl uygulayabilecekleri örneklerle tartışılmıştır. Bütün oturumlar sırasında aşamalı gevşeme ve solunum egzersizleri davranışçı bir yöntem olarak tekrarlanmıştır. Son oturumda ise üyelerin anlayamadıkları ya da başarısız oldukları durumlar tartışılmıştır.

Oturumlar grup çalışması şeklinde sürdürülmüştür. Grup çalışmasının bakım vericilerin birbirleri ile deneyimlerini paylaşmaları, birbirlerini desteklemeleri, deneyimlerinden öğrenmeler çıkarmaları, yaşadıkları sıkıntıların ortak olduğunu fark etmeleri ve farklı bakış açılarını görmeleri açısından yararlı olacağı düşünülmüştür.

Grubun Genişliği: Tedavi edici gruplarda en az sayının 4, en fazla sayının 12 olması ve ideal sayımında 8 olduğu belirtilmektedir (Voltan Acar, 2003). Bu bilgiler ışığında grubun en fazla 15 üyeden oluşması planlanmış ve çalışma dört grup şeklinde, I. Grup 10 kişi, II. Grup 9 kişi, III. Grup 8 kişi ve IV. Grup 9 kişi olarak gerçekleştirilmiştir.

Fiziksel Ortam: Yalom, 2002, Grup toplantılarının gizliliği koruyacak ve dikkatin dağılmasını engelleyecek bir ortamda yapılması ve grup üyelerinin sözel olmayan tepkilerini daha kolay görebilmek amacıyla danışmanın her üyeyi görebileceği şekilde

bir oturma düzeni organize edilmesi gerektiğini bildirmektedir. Bu doğrultuda, Çalışmanın üyeler için daha kolay ulaşılabilir bir mekanda yürütülmesi gruba devamı ve iletişimi kolaylaştıracağı için, çalışma Toplum Ruh Sağlığı Merkezi eğitim salonunda sürdürülmüştür. Danışmanın tüm üyeleri gözleyebilmesi için üyelerin “U” şeklinde oturmaları sağlanmıştır. Ortamda fliph-chart, tahta, masa, sandalye ve barkovizyon bulundurulmuştur.

3.6.3.Verilerin Toplanması ve Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programının Uygulanması

Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde şizofreni tanısıyla takip edilen hastaların bakım vericilerine ilk olarak ön testte; “Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği” “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği”, “Stres Belirtileri Ölçeği”, “Genel Sağlık Anketi-28”, “Aile Değerlendirme Ölçeği” ve araştırmacı tarafından hazırlanan “Tanıtıcı Bilgi Formu” uygulanmıştır. Bakım vericilerin program öncesi bakım vermektan kaynaklanan strese ne düzeyde maruz kaldıkları, stres belirtisi yaşama durumları ve bununla baş etme yöntemleri, bakım yükü düzeyleri, ruhsal durumları ve aile işlevleri yönünden program öncesi kontrol edilmeleri gerektiğinden formlar bakım vericilere toplu bir şekilde uygulanmıştır. Formlar deney ve kontrol grubundaki bakım vericilere merkezde bulunan özel bir odada, eğitim programı başlamadan bir hafta önce, yüz yüze görüşülerek uygulanmıştır. Bakım verenlere uygun günler belirlenerek, I. Grup (10 kişi) ve II. Grup (9 kişi) için Çarşamba günü, III. Grup (8 kişi) için Salı ve IV. Grup (9 kişi) için Perşembe günü olmak üzere dört grup oluşturulmuştur. “Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi” programı oluşturulan dört deney grubuna sırasıyla 7 hafta süreyle, haftada bir gün 120 dakika sürecek şekilde uygulanmıştır. Oturumlar merkezin içinde yer alan eğitim salonunda sürdürülmüştür. Ortamda fliph-chart, tahta, tahta kalemi, masa, sandalye, bilgisayar ve barkovizyon bulundurulmuştur.

Birinci oturumda, önce bakım vericilerin birbiri ile tanışması sağlanmış, ardından grup üyelerinin grupta bulunmaya ilişkin duygu, düşünce ve beklentileri paylaşılmıştır. Araştırmacı tarafından grubun amacı, süresi, sıklığı ve grup kuralları konusunda bilgiler verilmiştir. Her grupta grup kuralları paylaşıldıktan sonra bir grup ismi belirlenmiştir. Bakım vericilerden oturumlara devam konusuna dikkat etmeleri istenmiştir. Sonraki oturumlarda da bakım vericiler bir gün önceden telefonla aranarak grup çalışmasının günü ve saati kendilerine hatırlatılmıştır. Birinci oturuma oturum gündeminin paylaşılması ile devam edilmiş, bakım vericilere yapılacak ev aktivitesi açıklanmış ve oturum özetlenerek, ilk oturum sonlandırılmıştır.

İkinci ve daha sonraki oturumlarda öncelikle bakım vericilere nasıl hissettikleri sorularak duygu durum kontrolü yapılmış, ardından bir önceki oturum özetlenmiş ve ev ödevleri gözden geçirilmiştir. Sonra gündemdeki maddeler ele alınmış ve yeni ev ödevlerinin verilmesinin ardından oturum özetlenerek, bakım vericilerden geribildirim alınmış ve oturum sonlandırılmıştır. Her oturum sonrası bakım vericilerden oturum değerlendirme formunu doldurmaları istenmiştir. Her oturumun amacı, hedefleri ve yapılan uygulamalara ilişkin bilgi Ek VII’de verildiğinden burada oturumların genel akışı üzerinde durulmuştur.

Yedinci son oturumda ise oturumun sonlandırılmasının ardından deney grubundaki bakım vericilere tekrar “Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı” “Başta Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğı”, “Stres Belirtileri Ölçeğı”, “Aile Değerlendirme Ölçeğı” ve “Genel Sağlık Anketi-28” uygulanmıştır. Kontrol grubundaki bakım vericilere ise aynı hafta içinde formlar tekrar uygulanmıştır (Şekil 1).

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeğı, Başta Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeğı, Stres Belirtileri Ölçeğı, Genel Sağlık Anketi-28, Aile Değerlendirme Ölçeğı ve Tanıtıcı Bilgi Formu kullanılarak elde edilen veriler bağımlı ve bağımsız değişkenler dikkate alınarak, bilgisayar ortamında SPSS 16 paket programına yüklenerek değerlendirilmiştir.

Araştırmadan elde edilen verilerin analizinde ne tür çözümleme tekniklerinin kullanılması gerektiğine karar vermek amacıyla deney ve kontrol gruplarının ölçeklerden elde ettikleri değerlerin parametrik testlerin temel varsayımlarını karşılayıp karşılamadığı sorgulanmıştır. Bu amaç çerçevesinde öncelikli olarak deney ve kontrol gruplarında bulunan deneklerin değişkenler bağlamında birbirine denk olduğunu, yani aynı evreni temsil ettiklerini test etmek amacıyla varyansların homojen olup olmadığına (Levene testi) bakılmıştır (Özdamar, 2009).

Tablo 1. Deney ve Kontrol Grubuna Uygulanan Ölçeklerin Levene Hata Varyansları Eşitliği Testi Sonuçları

Değişkenler	Gruplar		Levene Testi	
	Deney Grubu (n=28)	Kontrol Grubu (n=33)	F	p
	X ± Sd	X ± Sd		
GSA Genel Puanı	7.42±4.48	8.15±5.77	0,290	0,592
ZBVYÖ Genel Puanı	47.17±16.90	42.27±15.38	1,407	0,240
SBÖ Genel Puanı	56.75±9,59	56.93±12.46	0,004	0,948
Bilişsel-Duyuşsal	25.53±5.25	25.60±7.60	0,002	0,967
Fizyolojik	13.96±2.25	14.00±2.10	0,004	0,949
Ağrı-Yakınma	12.82±3.35	12.87±3.39	0,004	0,948
Sorun Odaklı Başa Çıkma (Toplam)	45,92±10,20	47,03±7,42	0,237	0,628
Duygusal Odaklı Başa Çıkma (Toplam)	51,92±7,66	52,96±8,40	0,252	0,618
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma (Toplam)	35,21±6,80	34,81±6,01	0,058	0,810
Problem Çözme	2,08±0,63	1,97±0,61	0,462	0,499
İletişim	1,94±0,66	1,69±0,46	3,069	0,085
Roller	2,09±0,34	2,07±0,46	0,026	0,873
Duygusal Tepki Verebilme	1,76±0,44	1,77±0,61	0,013	0,910
Gereken İlgiyi Gösterme	2,39±0,27	2,29±0,26	1,867	0,177
Davranış Kontrolü	2,34±0,42	2,48±0,48	1,402	0,241
Genel İşlevler	2,03±0,54	1,74±0,60	3,850	0,054

Varyansların homojenliği testinden elde edilen veriler doğrultusunda grupların birbirlerine denk olduğu sonucuna varılmıştır ($p>0.05$) (Tablo1).

İkinci aşamada iki grup için dağılımların normal olup olmadığı (Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile) incelenmiştir. Gözeneklerde yer alan kişi sayılarının 50'den küçük olduğu durumlarda Kolmogorov-Smirnov yerine Shapiro-Wilk testi sonuçlarının dikkate alınması önerildiğinden (Büyüköztürk, 2009) normallik hakkında karar vermek amacıyla Shapiro-Wilk testi dikkate alınmıştır. Shapiro-Wilk testi için elde edilen anlamlılık düzeyleri (p) incelendiğinde, Stres Belirtileri Ölçeği, Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği, Aile Değerlendirme Ölçeği genel ve alt boyut puanlarının normal dağılıma uygun olmadığı ($p<0.05$), Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği, Genel Sağlık Anketi puanlarının ise normal dağılıma uygun ($p>0.05$) olduğu belirlenmiştir.

Verilerin değerlendirilmesinde;

- Bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma,

- Deneysel ve kontrol grubundaki bakım vericilerin tanıtıcı özelliklerini karşılaştırmak amacıyla Ki-kare testi (çok gözlü ki-kare, Yates düzeltmeli ki-kare ve Fisher Kesin testi) kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olmayan verilerin analizinde;

- Ölçeklerin ön-test ve son-test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Wilcoxon testi,

- Deneysel ve kontrol grubunun ön-test ve son-test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi kullanılmıştır.

Normal dağılıma uygun olan verilerin analizinde ise;

- Ölçeklerin ön-test ve son-test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında independent sample t testi,

- Deneysel ve kontrol grubunun ön-test ve son-test puan ortalamalarının karşılaştırılmasında paired t testi kullanılmıştır.

- İstatistiksel sonuçların anlamlılığı için yanılma düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

- Araştırmada kullanılan ölçeklerin güvenilirlik katsayıları cronbach alfa katsayısı ile değerlendirilmiştir (Tablo 2.).

Tablo 2. Çalışmada Kullanılan Ölçüm Araçlarının Cronbach Alfa Güvenirlik Katsayıları

Ölçüm araçları	Program Öncesi	Program Sonrası
Zararlı Bakım Verme Yükü Ölçeği	0.89	0.88
Başta Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği	0.90	0.88
Genel Sağlık Anketi-28	0.84	0.81
Stres Belirtileri Ölçeği	0.84	0.85
Aile Değerlendirme Ölçeği	0.88	0.89

3.8. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmaya başlamadan önce, Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK VIII) (10.04.2012 tarih ve onay no: 2012-04/09) ve araştırmanın yapılacağı Sivas Sultan 1.İzzettin Keykavus Devlet Hastanesi'ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nden (EK IX) yazılı izin alınmıştır. Araştırma kapsamındaki bakım vericilerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce bakım vericilere, araştırmanın yapılma amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler sözlü olarak açıklanarak "*Aydınlatılmış Onam*

Formu”nu onaylamaları sağlanmıştır. Kontrol grubundaki bakım vericilere araştırma bittikten sonra Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı uygulanmak istenmiş ancak otumlara düzenli katılamayacaklarını ileterek programa katılmayı istemediklerini belirtmiş ve stres yönetim programı kontrol grubuna uygulanamamıştır.

3.9. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmanın bulgularının, Sivas Numune Hastanesi’ne bağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi’nde 01 Ocak 2012- 01 Ocak 2013 tarihleri arasında DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre şizofreni tanısı ile takip edilen 61 hastanın bakım vericilerini kapsamaması, araştırmaya katılan bakım verici sayısının az olması ve uygulamaya başladıktan sonra bakım verenlerin sayısında kayıplar olması, uygulamadan hemen sonra ölçeklerin tekrar uygulanması, izlem yapılmaması, yalnızca ölçeklerle değerlendirmenin yapılmış olması, gönüllü bir grupta uygulamanın yapılmış olması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

3.10. Araştırmanın Güçlü Yanları

Bakım vericilerin deney ve kontrol grubuna atanması sırasında, yaş, cinsiyet ve ölçek puanları açısından randomizasyonun yapılması, araştırmada kullanılan Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı’nın kısa süre içinde uygulanan bir program olması araştırmanın güçlü yanlarındanır.

3.11. Araştırmanın Uygulanması Sırasında Yaşanan Güçlükler

Araştırmanın uygulanması aşamasında bakım vericilerin isteklerine uygun grupların oluşturulması sırasında güçlük yaşanmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde, “Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı”nın şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ruhsal durumları, stresle başa çıkma tutumları ve bakım yüküne etkisini ortaya koymak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular yer almaktadır.

Tablo 3. Bakım Vericilerin Bireysel Özelliklerine Göre Dağılımı

Bireysel özellikler	Deney Grubu (n=28)		Kontrol Grubu (n=33)		Test
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş 19-38 yaş 39-58 yaş 59-78 yaş	10 11 7	35,7 39,3 25,0	7 14 12	21,2 42,4 36,4	$\chi^2=1,808$ $p = 0,405$
Yaş Ortalaması	48,35 ±14,12		53,15±14,64		$t = 1,295$ $p = 0,200$
Cinsiyet Kadın Erkek	24 4	85,7 14,3	26 7	78,8 21,2	$p = 0,526$
Medeni durum Evli Bekar	22 6	78,6 21,4	24 9	72,7 27,3	$\chi^2=0,053$ $p = 0,818$
Hastaya yakınlık derecesi Eş Evlad Anne Baba Kardeş	8 4 8 3 5	28,6 14,3 28,6 10,7 18	11 2 12 3 5	33,3 6,1 36,4 9,1 15,1	$\chi^2 = 2,691$ $p = 0,846$
Aile tipi Çekirdek aile Geniş aile Parçalanmış aile	23 4 1	82,1 14,3 3,6	28 5 -	84,8 15,2 -	$\chi^2=1,200$ $p = 0,549$
Çocuk Var Yok	26 2	92,9 7,1	28 5	84,8 15,2	$p = 0,437$
Çocuk sayısı Çocuğu yok 1-3 çocuk 4-6 çocuk 7-9 çocuk	2 17 7 2	7,1 60,8 25,0 7,1	5 12 13 3	15,1 36,4 39,4 9,1	$\chi^2=3,763$ $p = 0,288$
Çocuk sayısı ortalaması	3,39±2,14		3,42±2,16		$t = 0,057$ $p = 0,955$
Eğitim durumu Okur-yazar değil Okur-yazar İlköğretim Lise Üniversite	- 7 13 6 2	- 25 46,4 21,4 7,2	4 7 19 2 1	12,1 21,2 57,6 6,1 3	$\chi^2=7,096$ $p = 0,131$
Aylık gelir ortalaması	1,108±566,48		1,010±367,99		$t = 0,790$ $p = 0,434$
Çalışma durumu Çalışıyor Çalışmıyor	- 28	- 100	4 29	12,1 87,9	$\chi^2=6,709$ $p = 0,035$
Sosyal güvence Var Yok	26 2	92,9 7,1	29 4	87,9 12,1	$p = 0,678$
Fiziksel sağlık sorunu Var* Yok	16 12	57,1 42,9	25 8	75,8 24,2	$\chi^2=1,612$ $p = 0,204$
Sürekli ilaç kullanma durumu Var Yok	16 12	57,1 42,9	20 13	60,6 39,4	$\chi^2 = 0,075$ $p = 0,784$
TOPLAM	28	100,0	33	100,0	

*Diyabet, hipertansiyon, disk herni, kvs hastalıkları, kas ve eklem ağrıları, peptik ülser.

Tablo 3’de deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin bireysel özelliklerine göre dağılımı verilmiştir. Deney grubundaki bakım vericilerin % 39,3’ünün 39-58 yaş grubunda, yaş ortalamasının $48,35 \pm 14,12$ olduğu, %85,7’sinin kadın, % 21,4’ünün bekar, %82,1’inin çekirdek ailede yaşadığı, %28,6’sının hastanın annesi, % 60,8’inin çocuk sayısının 1-3 arasında, % 46,4’ünün ilköğretim mezunu olduğu, aylık gelir ortalamasını $1,108 \pm 566,48$ olup, %92,9’unun sosyal güvenceye sahip olduğu ve tamamının çalışmadığı belirlenmiştir. Bakım vericilerin %57,1’inin fiziksel sağlık sorunu olduğu ve sürekli ilaç kullandığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki bakım vericilerin ise % 42,4’ünün 39-58 yaş grubunda, yaş ortalamasının $53,15 \pm 14,64$, %78,6’sının kadın, % 27,3’ünün bekar, %84,8’inin çekirdek ailede yaşadığı, %36,4’ünün hastanın annesi, %36,4’ünün çocuk sayısının 1-3 arasında, %57,6’sının ilköğretim mezunu, aylık gelir ortalamasının $1,010 \pm 367,99$ olup, %87,9’unun sosyal güvencesinin olduğu ve %87,9’unun çalışmadığı bulunmuştur. Bakım vericilerin %75,8’inin fiziksel bir sağlık sorunu vardı ve %60,6’sı sürekli ilaç kullanmakta idi.

Gruplar yaş, cinsiyet, medeni durum, aile tipi, çocuk sayısı, eğitim durumu, ortalama aylık gelir durumu, sosyal güvencenin varlığı, çalışma durumu, fiziksel sağlık sorunu ve sürekli ilaç kullanma durumu açısından karşılaştırıldığında, çalışma durumu dışında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı ve grupların benzer özellik gösterdikleri saptanmıştır ($p > 0,05$).

Tablo 4. Bakım Vericilerin Bakım Vermeye İlgili Özellikleri

Bakım verme özellikler	Deney Grubu (n=28)		Kontrol Grubu (n=33)		Test
	Sayı	%	Sayı	%	
Hastaya bakım verme süresi (yıl)					
1-10 yıl	8	28,6	13	39,4	$\chi^2=6,793$ $p=0,147$
11-20 yıl	11	39,3	12	36,4	
21-30 yıl ve üzeri	9	32,1	8	24,2	
Hastaya bakım verme süresi ortalaması (yıl)	15,82±8,13		15,72±10,31		$t=0,039$ $p=0,969$
Hastaya günlük bakım verme süresi					
1-6 saat	7	25	4	12,1	$\chi^2=2,800$ $p=0,423$
7-12 saat	12	42,9	13	39,4	
13-18 saat	2	7,1	2	6,1	
19-24 saat	7	25	14	42,4	
Hastaya günlük bakım verme süresi ortalaması (saat)	11,96±7,56		14,90±8,14		$t=1,454$ $p=0,151$
Bakıma destek olan diğer kişiler					
Var	22	78,6	19	57,6	$\chi^2=2,152$ $p=0,142$
Yok	6	21,4	14	42,4	
TOPLAM	28	100,0	33	100,0	

Tablo 4'te, deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım vermeye ilgili özellikleri yer almaktadır. Hastaya bakım verme süresi yönünden; deney grubundaki bakım vericilerin %39,3'ünün, kontrol grubundaki bakım vericilerin ise %36,4'ünün bakım verme süresinin 11-20 yıl arasında olduğu, her iki grubun ortalama bakım verme süresinin 15 yıl olduğu (deney grubu 15,82±8,13 yıl, kontrol grubu 15,72±10,31 yıl) saptanmıştır. Gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Bakım vericilerin günlük bakım verme süreleri değerlendirildiğinde; deney grubundakilerin %42,9'unun, kontrol grubundakilerin ise %39,4'ünün günlük bakım verme süresinin 7-12 saat arasında olduğu ve deney grubundaki bakım vericilerin günlük ortalama 11,96±7,56 saat, kontrol grubundaki bakım vericilerin ise günlük ortalama 14,90±8,14 saat hastalarına bakım verdikleri belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Bakım vericiler destek alma yönünden karşılaştırıldığında ise, deney grubundakilerin %78,6'sının, kontrol grubundakilerin %57,6'sının bakım verme sırasında destek aldıkları belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5. Bakım Verilen Bireylerin Demografik ve Hastalık Özellikleri

Bakım verilen bireylerin özellikleri	Deney Grubu (n=28)		Kontrol Grubu (n=33)		Test
	Sayı	%	Sayı	%	
Yaş					
21-40 yaş	13	46,4	19	57,6	$\chi^2=2,322$ $p=0,508$
41-60 yaş	13	46,4	10	30,3	
61-80 yaş ve üzeri	2	7,2	4	12,1	
Yaş Ortalaması	41,53±10,72		42,84±14,22		$t=0,401$ $p=0,690$
Cinsiyet					
Kadın	9	32,1	13	39,4	$\chi^2=0,103$ $p=0,749$
Erkek	19	67,9	20	60,6	
Medeni durum					
Evli	14	50,0	15	45,5	$\chi^2=0,009$ $p=0,923$
Bekar	14	50,0	18	54,5	
Eğitim durumu					
Okur-yazar değil	2	7,1	3	9,1	$\chi^2=0,670$ $p=0,955$
Okur-yazar	3	10,7	2	6,1	
İlköğretim	16	57,1	21	63,6	
Lise ve üzeri	7	25,1	7	21,2	
Hastalık süresi					
1-10 yıl	7	25,0	10	30,3	$\chi^2=4,483$ $p=0,345$
11-20 yıl	10	35,7	14	42,4	
21-30 yıl ve üzeri	11	39,3	9	27,3	
Hastalık süresi ortalaması (yıl)	7,03±9,19		16,72±10,28		$t=0,122$ $p=0,903$
Hastanede yatış sayısı					
Hiç yatmadı	3	10,7	3	9,1	$\chi^2=2,708$ $p=0,745$
1-5 kez	19	67,9	21	63,6	
6-10 kez ve üzeri	6	21,4	9	27,3	
Hastanede yatış sayısı ortalaması	4,17±4,46		5,00±5,97		$t=0,603$ $p=0,549$
Fiziksel sağlık sorunu					
Var	11	39,3	11	33,3	$\chi^2=0,046$ $p=0,830$
Yok	17	60,7	22	66,7	
TOPLAM	28	100,0	33	100,0	

Tablo 5’de deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım verdikleri bireye ilişkin özellikler verilmiştir. Tüm değişkenlerde özelliklerin benzer olduğu ortaya konulmuştur. Deney grubundaki bakım vericilerin bakım verdikleri bireylerin yaş ortalamasının 41,53±10,72, % 46,4’ünün 21-40 yaş grubunda, %32,1’i kadın, % 50’si evli, % 57,1’i ilköğretim mezunu olduğu, kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım verdikleri bireylerin yaş ortalaması ise 42,84±14,22, % 57,6’sının 21-40 yaş grubunda, %39,4’ünün kadın, %45,5’inin evli, %63,6’sının ilköğretim mezunu olduğu saptanmış ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$).

Deney grubundaki bakım vericilerin bakım verdikleri bireylerin ortalama 17,03±9,19 yıldır hasta olduğu, 4,17±4,46 kez hastaneye yattığı, kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım verdikleri bireylerin 16,72±10,28 yıldır hasta olduğu, 5,00±5,97 kez hastaneye yattığı belirlenmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Deney grubunda bakım vericilerin bakım verdikleri bireylerin %35,7'sinin 11-20 yıldır hasta olduğu, %7,9'unun 1-5 kez hastaneye yattığı, %39,3'ünde fiziksel sağlık sorunu bulunduğu, kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım verdikleri bireylerin %42,4'ünün 11-20 yıldır hasta olduğu, %63,6'sının 1-5 kez hastaneye yattığı, %33,3'ünün fiziksel sağlık sorunu olduğu saptanmıştır. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır (p>0.05).

Tablo 6. Bakım Vericilerin Program Öncesi ve Sonrası Stres Belirtileri Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SBÖ Genel ve Alt Grupları	Deney Grubu (n=28) X±SD	Kontrol Grubu (n=33) X±SD	Test	
			U	p
<u>Programdan Önce</u>				
SBÖ Genel	56,75±9,59	56,93±12,46	452,00	0,885
Bilişsel-duyuşsal	25,53±5,25	25,60±7,60	427,50	0,617
Fizyolojik	13,96±2,25	14,00±2,10	443,50	0,786
Ağrı-yakınma	12,82±3,35	12,87±3,39	457,50	0,948
<u>Programdan Sonra</u>				
SBÖ Genel	49,67±8,19	56,75±11,13	275,50	0,007
Bilişsel-duyuşsal	21,96±4,68	25,57±6,94	311,50	0,029
Fizyolojik	12,57±1,73	14,03±2,20	273,50	0,006
Ağrı-yakınma	11,14±2,97	12,81±3,10	299,50	0,018

Tablo 6'da görüldüğü gibi, programdan önce deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin SBÖ genel ve alt grup puan ortalamaları benzer bulunmuştur (p>0.05). Programdan önce SBÖ genel puan ortalaması deney grubunda 56,75±9,59, kontrol grubunda ise 56,75±11,13'dür. Gruplar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak fark olmadığı saptanmıştır. Diğer yandan deney grubu ile yürütülen programdan sonra SBÖ genel ve alt grup puan ortalamalarında deney grubu lehine anlamlı derecede fark elde edilmiştir (p<0.05). Ölçeğin genel puan ortalaması kontrol grubunda 56,75±11,13 ile aynı kalırken, deney grubunda eğitim öncesine göre anlamlı derecede düşmüştür (P.Ö.:56,75±9,59, P.S.:49,67±8,19).

KBDSY Programı öncesi bakım vericilerin SBÖ alt ölçek puan ortalamaları incelendiğinde; bilişsel-duyuşsal stres belirtileri puan ortalaması deney grubunda 25,53±5,25, kontrol grubunda 25,60±7,60; fizyolojik stres belirtileri puan ortalaması deney grubunda 13,96±2,25, kontrol grubunda 14,00±2,10; ağrı-yakınma stres belirtisi puan ortalaması deney grubunda 12,82±3,35, kontrol grubunda ise 12,87±3,39 olarak saptanmıştır. Gruplar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Programdan sonra yapılan ölçümde ise deney grubundaki bakım vericilerin bilişsel-duyuşsal stres belirtileri (deney grubu: 21,96±4,68, kontrol grubu: 25,57±6,94), fizyolojik stres belirtileri (deney grubu: 12,57±1,73, kontrol grubu: 14,03±2,20) ve ağrı-yakınma stres belirtisi (deney grubu: 11,14±2,97, kontrol grubu: 12,81±3,10) alt ölçek puan ortalaması kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşme göstermiş ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 7. Bakım Vericilerin Programdan Önceki ve Sonraki Stres Belirtileri Ölçeği Genel ve Alt Grup Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması

SBÖ Genel ve Alt Grupları	Programdan önce X±SD	Programdan sonra X±SD	Test	
			z	p
Deney Grubu (n= 28)				
SBÖ Genel	56,75±9,59	49,67±8,19	-3,153	0,002
Bilişsel-duyuşsal	25,53±5,25	21,96±4,68	-2,873	0,004
Fizyolojik	13,96±2,25	12,57±1,73	-2,996	0,003
Ağrı-yakınma	12,82±3,35	11,14±2,97	-2,884	0,004
Kontrol Grubu (n=33)				
SBÖ Genel	56,93±12,46	56,75±11,13	-0,680	0,496
Bilişsel-duyuşsal	25,60±7,60	25,57±6,94	-0,165	0,869
Fizyolojik	14,00±2,10	14,03±2,20	-0,264	0,792
Ağrı-yakınma	12,87±3,39	12,81±3,10	-0,471	0,637

Tablo 7 incelendiğinde, deney grubundaki bakım vericilerin program sonrası SBÖ genel ve alt grup puan ortalamalarının program öncesine göre anlamlı ölçüde gerilediği, kontrol grubunda ise anlamlı bir gerilemenin olmadığı görülmektedir. Deney grubunun programdan önce SBÖ genel puan ortalaması 56,75±9,59 iken, programdan sonra 49,67±8,19 düşmüştür. Puanlar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05). Ölçeğin alt boyutlarından olan bilişsel duyuşsal stres belirtisi alt boyutu puan ortalaması deney grubunda program öncesi 25,53±5,25 iken, programdan sonra 21,96±4,68'e gerilemiştir. Fizyolojik stres belirtisi alt boyutu puan

ortalaması deney grubunda uygulamadan önce $13,96 \pm 2,25$ iken, uygulama sonrası $12,57 \pm 1,73$ düşmüştür. Deney grubundaki bakım vericilerin ağrı-yakınma stres belirtisi alt boyutu puan ortalamasının program öncesi $12,82 \pm 3,35$ iken, programdan sonra $11,14 \pm 2,97$ gerilemiştir. Puanlar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0.05$).

Diğer yandan, kontrol grubundaki bakım vericilerin SBÖ genel ve alt grup puan ortalamalarında uygulama sonrası, uygulama öncesine göre anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ($p > 0.05$). Kontrol grubunun program öncesi SBÖ Genel puan ortalaması programdan önce $56,93 \pm 12,46$ iken, programdan sonra $56,75 \pm 11,13$, bilişsel duyuşsal stres belirtisi alt boyutu puan ortalaması programdan önce $25,60 \pm 7,60$ iken, programdan sonra $25,57 \pm 6,94$, fizyolojik stres belirtisi alt boyutu puan ortalaması programdan önce $14,00 \pm 2,10$ iken, programdan sonra $14,03 \pm 2,20$, ağrı-yakınma stres belirtisi alt boyutu puan ortalaması programdan önce $12,87 \pm 3,39$ iken, programdan sonra $12,81 \pm 3,10$ olarak kalmıştır. Her bir alt boyut için yapılan değerlendirmede, puanlar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$).

Tablo 8a. Bakım Vericilerin Program Öncesi Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SBÇTDÖ Alt Grupları	Deney Grubu (n=28) X±SD	Kontrol Grubu (n=33) X±SD	Test	
			U	p
Sorun Odaklı Başa Çıkma				
Genel toplam	45,92±10,20	47,03±7,42	410,50	0,455
Yararlı sosyal destek kullanımı	8,32±3,68	8,51±3,08	433,00	0,673
Aktif başa çıkma	10,42±2,60	10,66±1,94	426,50	0,603
Geri durma	8,57±2,61	8,30±1,96	448,00	0,838
Diğer meşguliyetleri bastırma	8,25±2,35	8,30±1,82	445,00	0,803
Plan yapma	10,35±2,29	11,24±1,82	324,50	0,043
Duygusal Odaklı Başa Çıkma				
Genel toplam	51,92±7,66	52,96±8,40	391,00	0,303
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	11,07±2,27	11,51±2,25	422,00	0,557
Dini olarak başa çıkma	13,96±2,18	14,15±2,36	424,50	0,571
Şakaya vurma	5,89±2,24	6,03±2,97	430,00	0,627
Duygusal sosyal destek kullanımı	9,67±2,86	9,15±2,56	427,50	0,615
Kabullenme	11,32±2,07	12,12±1,59	356,50	0,120
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma				
Genel toplam	35,21±6,80	34,81±6,01	460,50	0,983
Zihinsel boş verme	7,71±2,57	8,36±2,11	397,50	0,346
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	9,21±2,62	9,96±2,45	375,00	0,203
İnkâr	7,28±2,33	6,06±1,98	309,00	0,024
Davranışsal olarak boş verme	6,53±2,26	6,24±1,83	437,00	0,713
Madde kullanımı	4,46±1,03	4,18±0,63	418,50	0,283

Tablo 8a'da, uygulama öncesi deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin SBÇTDÖ alt grup puan ortalamaları verilmiştir. Uygulamadan önce ölçeğin sorun odaklı başa çıkma alt grubu ve duygu odaklı başa çıkma alt grubundaki tüm boyutlarda gruplar arasında fark olmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Deney ve kontrol grubu bu alt gruplar açısından benzerlik göstermektedir. Ölçeğin işlevsel olmayan başa çıkma alt grubunda inkar boyutu dışında diğer boyutlarda uygulama öncesi, deney ve kontrol grubu benzerlik göstermektedir ($p>0.05$). Bu alt grupta bulunan inkar boyutunda deney grubunun puanı $7,28\pm 2,33$ iken, kontrol grubunun puanı $6,06\pm 1,98$ bulunmuştur.

Tablo 8b. Bakım Vericilerin Program Sonrası Stresle Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SBÇTDÖ Alt Grupları	Deney Grubu (n=28) X±SD	Kontrol Grubu (n=33) X±SD	Test	
			U	p
Sorun Odaklı Başa Çıkma				
Genel toplam	56,21±6,93	46,33±6,97	142,00	0,000
Yararlı sosyal destek kullanımı	11,75±2,42	8,48±2,81	176,00	0,000
Aktif başa çıkma	12,46±1,97	10,45±1,88	197,50	0,000
Geri durma	8,64±2,00	8,27±1,94	421,00	0,548
Diğer meşguliyetleri bastırma	9,85±2,12	8,18±1,74	250,00	0,002
Plan yapma	13,50±1,77	10,93±1,57	138,50	0,000
Duygusal Odaklı Başa Çıkma				
Genel toplam	57,67±5,13	52,66±7,54	231,50	0,001
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	13,39±1,52	11,45±1,96	191,50	0,000
Dini olarak başa çıkma	14,60±1,72	14,21±2,35	448,50	0,836
Şakaya vurma	6,42±2,25	5,87±2,52	366,00	0,154
Duygusal sosyal destek kullanımı	10,75±2,61	9,09±2,45	275,00	0,006
Kabullenme	12,50±1,73	12,03±1,48	348,00	0,091
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma				
Genel toplam	33,78±5,23	35,93±5,53	387,50	0,280
Zihinsel boş verme	8,14±2,08	8,48±1,93	435,50	0,696
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	10,03±2,06	10,24±2,20	435,50	0,698
İnkar	6,17±1,63	6,27±1,97	448,50	0,842
Davranışsal olarak boş verme	5,00±1,44	6,48±1,71	217,00	0,000
Madde kullanımı	4,42±1,10	4,45±1,20	458,00	0,925

Tablo 8b’de, bakım vericilerin SBÇTDÖ alt grup puan ortalamaları uygulamadan sonra sorun odaklı başa çıkma ve duygusal odaklı başa çıkma alt gruplarında genel olarak deney grubunda yükselirken, işlevsel olmayan başa çıkma alt grubunda düşmüştür. Kontrol grubunda ise anlamlı bir değişiklik olmamıştır.

Ölçeğin alt gruplarından sorun odaklı başa çıkma alt grup toplam puan ortalaması kontrol grubunda 46,33±6,97 iken, deney grubunda 56,21±6,93 olarak bulunmuştur. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır (p<0.05). Bu grupta özellikle yararlı sosyal destek kullanma (p=0.000), aktif başa çıkma (p=0.000), plan yapma (p=0.000) ve diğer meşguliyetleri bastırma (p=0.002) boyutlarında deney grubu lehine anlamlı derecede olumlu yönde gelişme olduğu saptanmıştır.

Program sonrası duygusal odaklı başa çıkma alt grup toplam puan ortalaması deney grubunda 57,67±5,13 iken, kontrol grubunda 52,66±7,54 olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır (p<0.05). Bununla birlikte, bu alt grupta pozitif yeniden yorumlama ve gelişme (p=0.000) ile duygusal sosyal destek

kullanımı ($p=0.006$) alt boyutlarında deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0.05$).

Bakım vericilerin program sonrası işlevsel olmayan başa çıkma alt grup toplam puan ortalaması deney grubunda $33,78\pm 5,23$, kontrol grubunda $35,93\pm 5,53$ olarak bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0.05$). Bu grubun alt boyutları incelendiğinde; davranışsal olarak boş verme alt boyutu dışındaki tüm boyutlarda anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p>0.05$). Ancak, kontrol grubundaki bakım vericilerin davranışsal olarak boş verme puan ortalamasının programdan sonra deney grubuna göre yükseldiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Tablo 9a. Deney Grubundaki Bakım Vericilerin Programdan Önceki ve Sonraki Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (SBÇTDÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SBÇTDÖ Alt Grupları	Programdan önce X±SD	Programdan sonra X±SD	Test	
			z	p
Sorun Odaklı Başa Çıkma				
Genel toplam	45,92±10,20	56,21±6,93	-4,146	0,000
Yararlı sosyal destek kullanımı	8,32±3,68	11,75±2,42	-3,960	0,000
Aktif başa çıkma	10,42±2,60	12,46±1,97	-3,330	0,001
Geri durma	8,57±2,61	8,64±2,00	-0,211	0,833
Diğer meşguliyetleri bastırma	8,25±2,35	9,85±2,12	-2,855	0,004
Plan yapma	10,35±2,29	13,50±1,77	-4,194	0,000
Duygusal Odaklı Başa Çıkma				
Genel toplam	51,92±7,66	57,67±5,13	-3,432	0,001
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	11,07±2,27	13,39±1,52	-4,107	0,000
Dini olarak başa çıkma	13,96±2,18	14,60±1,72	-1,725	0,084
Şakaya vurma	5,89±2,24	6,42±2,25	-1,237	0,216
Duygusal sosyal destek kullanımı	9,67±2,86	10,75±2,61	-2,355	0,019
Kabullenme	11,32±2,07	12,50±1,73	-2,234	0,025
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma				
Genel toplam	35,21±6,80	33,78±5,23	-0,930	0,352
Zihinsel boş verme	7,71±2,57	8,14±2,08	-0,751	0,453
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	9,21±2,62	10,03±2,06	-1,526	0,127
İnkar	7,28±2,33	6,17±1,63	-2,243	0,025
Davranışsal olarak boş verme	6,53±2,26	5,00±1,44	-3,068	0,002
Madde kullanımı	4,46±1,03	4,42±1,10	-0,256	0,798

Tablo 9a'da görüldüğü gibi, deney grubundaki bakım vericilerin SBTDÖ sorun odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma puan ortalamaları program sonrası program öncesine göre önemli ölçüde artış göstermiştir. Bunun yanında, deney grubunun ölçeğin işlevsel

olmayan başa çıkma alt grubu alt boyutlarından inkar ve davranışsal olarak boş verme alt boyutlarında önemli derecede gerileme gösterdiği saptanmıştır ($p<0.05$).

Bakım vericilerin sorun odaklı başa çıkma alt grup toplam puan ortalaması program öncesi $45,92\pm 10,20$ iken, program sonrası $56,21\pm 6,93$ 'e yükselmiştir. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Bu grupta, uygulama sonrası yapılan değerlendirmede, uygulama öncesine göre yararlı sosyal destek kullanımı ($p=0,000$), aktif başa çıkma ($p=0,001$), diğer meşguliyetleri bastırma ($p=0,004$) ve plan yapma ($p=0,000$) alt boyutlarında anlamlı derecede yükselme meydana gelmiştir. Diğer yandan geri durma alt boyutunda anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ($p>0.05$).

Ölçeğin alt boyutlarından olan duygusal odaklı başa çıkma toplam puan ortalaması program öncesi $51,92\pm 7,66$ iken, program sonrası $57,67\pm 5,13$ 'e yükselmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0.05$). Bu alt grupta yer alan pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ($p=0,000$), duygusal sosyal destek kullanımı ($p=0,019$) ve kabullenme ($p=0,025$) alt boyutlarında deney grubu lehine anlamlı bir yükselme saptanmıştır. Ancak dini olarak başa çıkma ve şakaya vurma alt boyutlarında anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir ($p>0.05$).

İşlevsel olmayan başa çıkma alt grup puan ortalaması ise program öncesi $35,21\pm 6,80$ iken, programdan sonra $33,78\pm 5,23$ 'e gerilemiş, ancak ölçümler karşılaştırıldığında aralarında fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0.05$). Aynı alt grupta yer alan inkar ($p=0,025$) ve davranışsal olarak boş verme ($p=0,002$) alt boyut puan ortalamaları program öncesine göre program sonrası anlamlı bir gerileme göstermiştir ($p<0.05$). Bununla birlikte, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ve madde kullanımı alt boyutlarında anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 9b. Kontrol Grubundaki Bakım Vericilerin Programdan Önceki ve Sonraki Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

SBÇTDÖ Alt Grupları	Programdan önce X±SD	Programdan sonra X±SD	Test	
			z	p
Sorun Odaklı Başa Çıkma				
Genel toplam	47,03±7,42	46,33±6,97	-2,866	0,004
Yararlı sosyal destek kullanımı	8,51±3,08	8,48±2,81	-0,122	0,903
Aktif başa çıkma	10,66±1,94	10,45±1,88	-2,111	0,035
Geri durma	8,30±1,96	8,27±1,94	-1,000	0,317
Diğer meşguliyetleri bastırma	8,30±1,82	8,18±1,74	-1,633	0,102
Plan yapma	11,24±1,82	10,93±1,57	-2,352	0,019
Duygu Odaklı Başa Çıkma				
Genel toplam	52,96±8,40	52,66±7,54	-1,201	0,230
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	11,51±2,25	11,45±1,96	-0,577	0,564
Dini olarak başa çıkma	14,15±2,36	14,21±2,35	-1,414	0,157
Şakaya vurma	6,03±2,97	5,87±2,52	-0,957	0,339
Duygusal sosyal destek kullanımı	9,15±2,56	9,09±2,45	-0,707	0,480
Kabullenme	12,12±1,59	12,03±1,48	-0,812	0,417
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma				
Genel toplam	34,81±6,01	35,93±5,53	-3,980	0,000
Zihinsel boş verme	8,36±2,11	8,48±1,93	-1,633	0,102
Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma	9,96±2,45	10,24±2,20	-2,496	0,013
İnkâr	6,06±1,98	6,27±1,97	-2,333	0,020
Davranışsal olarak boş verme	6,24±1,83	6,48±1,71	-2,530	0,011
Madde kullanımı	4,18±0,63	4,45±1,20	-1,732	0,083

Tablo 9b incelendiğinde, kontrol grubundaki bakım vericilerin uygulama sonrası uygulama öncesine göre SBÇTDÖ'nin işlevsel olmayan başa çıkma genel ve alt gruplarında olumsuz yönde bir gelişme olduğu; duygusal odaklı başa çıkma genel ve alt gruplarında anlamlı bir farklılığın olmadığı ($p>0,05$) belirlenmiştir. Sorun odaklı başa çıkma genel puan ortalaması ve alt gruplardan aktif başa çıkma ve plan yapma boyutlarında olumsuz yönde bir azalma olduğu; diğer alt grupların ise değişmediği saptanmıştır.

Diğer yandan, bakım vericilerin SBÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma alt grup puan ortalaması program öncesi 47,03±7,42 iken, program sonrası 46,33±6,97'ye gerilemiş ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu alt ölçeğin aktif başa çıkma ($p=0,035$) ve plan yapma alt boyutlarında ($p=0,019$) anlamlı bir gerileme yaşanırken, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma ve diğer meşguliyetleri bastırma alt boyutlarında anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ($p>0,05$).

Kontrol grubundaki bakım vericilerin duygusal odaklı başa çıkma alt grup puan ortalamasının program öncesi $52,96 \pm 8,40$ iken, program sonrası $52,66 \pm 7,54$ olarak kalmıştır. Ölçümler arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0,05$). Bu alt grupta yer alan, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme alt boyutlarında ise kontrol grubu lehine anlamlı bir değişiklik olmamıştır ($p > 0,05$).

İşlevsel olmayan başa çıkma alt grup puan ortalaması program öncesi $34,81 \pm 6,01$ iken, programdan sonra $35,93 \pm 5,53$ yükselmiş, ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu grupta özellikle sorunlara odaklanma ve duyguları açığa vurma ($p = 0,013$), inkar ($p = 0,020$) ve davranışsal olarak boş verme ($p = 0,013$) puanlarında program öncesine göre program sonrası önemli ölçüde bir artış saptanmıştır.

Tablo 10. Bakım Vericilerin Program Öncesi ve Sonrası Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

GSA	Deney Grubu (n=28) X±SD	Kontrol Grubu (n=33) X±SD	Test	
			t	p
Programdan Önce				
GSA genel puanı	7,42±4,48	8,15±5,77	0,538	0,592
Programdan Sonra				
GSA genel puanı	2,03±2,08	8,12±4,85	6,159	0,000

Tablo 10’da, deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin program öncesi ve sonrası GSA puan ortalamaları verilmiştir. Program öncesi deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin GSA genel puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Programdan önce GSA genel puan ortalaması deney grubunda $7,42 \pm 4,48$, kontrol grubunda ise $8,15 \pm 5,77$ ’dir.

Programdan sonra yapılan değerlendirmede ise; GSA genel puan ortalaması deney grubunda ($2,03 \pm 2,08$) kontrol grubuna ($8,12 \pm 4,85$) göre anlamlı derecede bir düşme göstermiş ve puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p < 0,05$).

Tablo 11. Bakım Vericilerin Programdan Önceki ve Sonraki Genel Sağlık Anketi Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması

GSA	Programdan önce X±SD	Programdan sonra X±SD	Test	
			t	p
<u>Deney Grubu (n= 28)</u>				
GSA genel puanı	7,42±4,48	2,03±2,08	6,985	0,000
<u>Kontrol Grubu (n=33)</u>				
GSA genel puanı	8,15±5,77	8,12±4,85	0,107	0,916

Tablo 11’de görüldüğü gibi, deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin GSA puan ortalamaları gruplar içinde karşılaştırılmıştır. Deney grubundaki bakım vericilerin GSA puan ortalamaları uygulanan program öncesi 7,42±4,48 iken, programdan sonra 2,03±2,08 düşmüştür (p<0.05). Kontrol grubunda ise puan ortalamaları aynı kalmış (önce: 8,15±5,77, sonra: 8,12±4,85) ve aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Tablo 12. Bakım Vericilerin Program Öncesi ve Sonrası Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ZBVYÖ	Deney Grubu (n=28) X±SD	Kontrol Grubu (n=33) X±SD	Test	
			t	p
<u>Programdan Önce</u>				
ZBVYÖ genel puanı	47,17±16,90	42,27±15,38	1,186	0,240
<u>Programdan Sonra</u>				
ZBVYÖ genel puanı	31,92±13,98	42,18±13,73	2,882	0,006

Tablo 12’de, deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamaları verilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamaları uygulamadan önce benzer bulunmuştur (p>0.05). Program öncesi deney grubunun puan ortalaması 47,17±16,90, kontrol grubunun 42,27±15,38’dir. Gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur (p>0.05).

Diğer yandan deney grubu ile yürütülen programdan sonra, deney grubunun ZBVYÖ puan ortalamasında kontrol grubuna göre anlamlı derecede bir düşme saptanmıştır (p<0.05). Program sonrası deney grubunun puan ortalaması 31,92±13,98 gerilerken, kontrol grubununki 42,18±13,73 olarak kalmıştır. Puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.05).

Tablo 13. Bakım Vericilerin Programdan Önceki ve Sonraki Zarit Bakım Verme Yükü Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması

ZBVYÖ	Programdan önce X±SD	Programdan sonra X±SD	Test	
			t	p
<u>Deney Grubu (n= 28)</u>				
ZBVYÖ genel puanı	47,17±16,90	31,92±13,98	4,792	0,000
<u>Kontrol Grubu (n=33)</u>				
ZBVYÖ genel puanı	42,27±15,38	42,18±13,73	0.262	0.795

Tablo 13’de, deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin program öncesi ve sonrası ZBVYÖ genel puanı ortalamalarının gruplar içindeki karşılaştırılması verilmiştir. Uygulanan KBDSYP öncesi deney grubundaki bakım vericilerin ZBVYÖ genel puan ortalaması 47,17±16,90 iken, program sonrası 31,92±13,98 olarak anlamlı derecede düşmüştür (p<0.05). Kontrol grubunda ise her iki ölçümde fark elde edilmemiştir (p<0.05).

Tablo 14. Bakım Vericilerin Program Öncesi ve Sonrası Aile Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

ADÖ	Deney Grubu (n=28) X±SD	Kontrol Grubu (n=33) X±SD	Test	
			U	p
<u>PROGRAMDAN ÖNCE</u>				
Problem çözme	2,08±0,63	1,97±0,61	410,00	0,450
İletişim	1,94±0,66	1,69±0,46	363,00	0,150
Roller	2,09±0,34	2,07±0,46	440,00	0,749
Duygusal tepki verebilme	1,76±0,44	1,77±0,61	457,00	0,942
Gereken ilgiyi gösterme	2,39±0,27	2,29±0,26	368,00	0,164
Davranış kontrolü	2,34±0,42	2,48±0,48	381,00	0,239
Genel işlevler	2,03±0,54	1,74±0,60	296,00	0,016
<u>PROGRAMDAN SONRA</u>				
Problem çözme	1,80±0,57	1,95±0,52	381,50	0,241
İletişim	1,74±0,54	1,71±0,40	456,50	0,936
Roller	1,85±0,31	2,07±0,45	328,50	0,052
Duygusal tepki verebilme	1,69±0,63	1,76±0,60	408,00	0,431
Gereken ilgiyi gösterme	2,43±0,33	2,29±0,25	364,00	0,151
Davranış kontrolü	1,97±0,42	2,47±0,45	181,00	0,000
Genel işlevler	1,72±0,56	1,77±0,54	442,50	0,777

Tablo 14’de görüldüğü gibi, program öncesi deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin ADÖ alt boyutları, genel işlevler alt boyutu dışında birbiriyle benzerlik gösterirken (p>0.05), genel işlevler alt boyutunda deney grubunun puan ortalaması

(2,03±0,54), kontrol grubuna (1,74±0,60) göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p<0.05).

Deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin program sonrası ADÖ alt boyutları incelendiğinde; roller (deney grubu:1,85±0,31, kontrol grubu: 2,07±0,45) ve davranış kontrolü (deney grubu: 1,97±0,42, kontrol grubu: 2,47±0,45) alt boyutlarında deney grubu lehine anlamlı derecede bir düşüş saptanmıştır (p<0.05). Bununla birlikte, ölçeğin problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler alt boyutlarında, gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (p<0.05).

Tablo 15. Bakım Vericilerin Programından Önceki ve Sonraki Aile Değerlendirme Ölçeği Puan Ortalamalarının Gruplar İçinde Karşılaştırılması

ADÖ	Programdan önce X±SD	Programdan sonra X±SD	Test	
			z	p
Deney Grubu (n= 28)				
Problem çözme	2,08±0,63	1,80±0,57	-2,556	0,011
İletişim	1,94±0,66	1,74±0,54	-1,889	0,059
Roller	2,09±0,34	1,85±0,31	-3,236	0,001
Duygusal tepki verebilme	1,76±0,44	1,69±0,63	-1,797	0,072
Gereken ilgiyi gösterme	2,39±0,27	2,43±0,33	-0,409	0,683
Davranış kontrolü	2,34±0,42	1,97±0,42	-3,371	0,001
Genel işlevler	2,03±0,54	1,72±0,56	-3,666	0,000
Kontrol Grubu (n=33)				
Problem çözme	1,97±0,61	1,95±0,52	-0,635	0,526
İletişim	1,69±0,46	1,71±0,40	-1,115	0,265
Roller	2,07±0,46	2,07±0,45	-0,229	0,819
Duygusal tepki verebilme	1,77±0,61	1,76±0,60	-0,707	0,480
Gereken ilgiyi gösterme	2,29±0,26	2,29±0,25	-0,378	0,705
Davranış kontrolü	2,48±0,48	2,47±0,45	-0,676	0,499
Genel işlevler	1,74±0,60	1,77±0,54	-1,557	0,119

Tablo 15’de, deney grubuna uygulanan KBDSYP sonrası program öncesine göre deney grubunun ADÖ’ nün problem çözme, roller, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarında deney grubu lehine anlamlı bir düşüş olduğu (p<0.05); iletişim ve duygusal tepki verebilme alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamsız bir gerileme olduğu (p>0.05); gereken ilgiyi gösterme alt boyutunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir (p>0.05).

Ölçeğin problem çözme alt boyut puan ortalamasının deney grubunda programdan önce 2,08±0,63 iken, programdan sonra 1,80±0,57, roller alt grup puan ortalamasının

programdan önce $2,09 \pm 0,34$ iken, programdan sonra $1,85 \pm 0,31$, davranış kontrolü alt grup puan ortalamasının program öncesi $2,34 \pm 0,42$ iken, program sonrası $1,97 \pm 0,42$, genel işlevler alt grup puan ortalamasının programdan önce $2,03 \pm 0,54$ iken, programdan sonra $1,72 \pm 0,56$ gerilediği ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). İletişim (p.ö.: $1,94 \pm 0,66$, p.s.: $1,74 \pm 0,54$) ve duygusal tepki verebilme (p.ö.: $1,76 \pm 0,44$, p.s.: $1,69 \pm 0,63$) alt gruplarında ise program öncesine göre program sonrası puan ortalamalarında bir gerileme olmuş ancak, bu gerileme istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$). Gereken ilgiyi gösterme alt grubu puan ortalamaları (p.ö.: $2,39 \pm 0,27$, p.s.: $2,43 \pm 0,33$) karşılaştırıldığında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p > 0,05$).

Diğer yandan, kontrol grubunda ADÖ'nün bütün alt boyutlarında program öncesine göre program sonrası puan ortalamaları karşılaştırıldığında önemli bir fark elde edilmemiştir ($p > 0,05$). Kontrol grubundaki bakım vericilerin ADÖ alt gruplarından problem çözme (p.ö.: $1,97 \pm 0,61$, p.s.: $1,95 \pm 0,52$), iletişim (p.ö.: $1,69 \pm 0,46$, p.s.: $1,71 \pm 0,40$), roller (p.ö.: $2,07 \pm 0,46$, p.s.: $2,07 \pm 0,45$), duygusal tepki verebilme (p.ö.: $1,77 \pm 0,61$, p.s.: $1,76 \pm 0,60$), gereken ilgiyi gösterme (p.ö.: $2,29 \pm 0,26$, p.s.: $2,29 \pm 0,25$), davranış kontrolü (p.ö.: $2,48 \pm 0,48$, p.s.: $2,47 \pm 0,45$) ve genel işlevler (p.ö.: $1,74 \pm 0,60$, p.s.: $1,77 \pm 0,54$) puan ortalamaları program öncesine göre program sonrası benzer düzeyde kalmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığına puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, “Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı’nın (KBDSYP)” şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ruhsal durumları, stresle başa çıkma tutumları ve bakım yüküne etkisini ortaya koymak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular yedi bölümde tartışılmaktadır.

1. Bölüm: bakım vericilerin genel özelliklerinin tartışılması
2. Bölüm: Bakım vericilerin SBÖ puan ortalamalarının tartışılması,
3. Bölüm: Bakım vericilerin SBÇTDÖ puan ortalamalarının tartışılması,
4. Bölüm: Bakım vericilerin GSA puan ortalamalarının tartışılması,
5. Bölüm: Bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamalarının tartışılması,
6. Bölüm: Bakım vericilerin ADÖ puan ortalamalarının tartışılması,
7. Bölüm: Bakım vericilerin ölçeklerden aldıkları puanların birbiri ile ilişkisinin tartışılması.

Bakım Vericilerin Genel Özelliklerinin Tartışılması

Şizofreni daha çok genç yaşta başlayan, her iki cinste de eşit olarak ortaya çıkan ve her toplumda görülebilen, özellikle düşünce, algı ve duygulanım alanlarında bozulmalarla, iyileşme ve yinelemelerle seyreden süregelen bir hastalıktır (Öztürk ve Uluşahin, 2011; Lieberman ve Murray, 2012). Kişinin davranışsal, düşünsel, algısal ve duygusal alanlarda daha önce gösterdiği olağan işlevselliğin dışında, gerçeklerle bağdaşmayan bir işlevselliğe geçtiği bu hastalık, bireylerin önemli bir kısmında ruhsal ve toplumsal yeti yitimine neden olur (Yıldız, 2005; Lieberman ve Murray 2012). Hastalığın hastada yarattığı bilişsel zararlar, yeti yitimi, sosyal ve ekonomik kayıplar nedeniyle aile sistemini etkilemekte, hem hastalar hem de hastalıkla mücadelede en önemli kaynaklardan biri olan aileler için yoğun stres kaynağı haline gelmektedir (Saunders, 2003; Schenk ve ark. 2008; Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013).

Bakım vericilerin yaşadığı stresle daha etkin baş etmelerine katkı sağlamayı hedefleyen bu çalışmada deney grubundaki bakım vericilerin % 39,3'ünün 39-58 yaş grubunda, yaş ortalamasının $48,35 \pm 14,12$ olduğu, %85,7'sinin kadın, % 21,4'ünün bekar, %82,1'inin çekirdek ailede yaşadığı, % 60,8'inin çocuk sayısının 1-3 arasında, % 46,4'ünün ilköğretim mezunu olduğu, aylık gelir ortalamasını $1,108 \pm 566,48$ olup, %92,9'unun sosyal güvenceye sahip olduğu ve tamamının çalışmadığı belirlenmiştir. Ayrıca bakım vericilerin %57,1'inin fiziksel sağlık sorunu olduğu ve sürekli ilaç kullandığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki bakım vericilerin ise % 42,4'ünün 39-58 yaş grubunda, yaş ortalamasının $53,15 \pm 14,64$, %78,6'sının kadın, % 27,3'ünün bekar, %84,8'inin çekirdek ailede yaşadığı, %36,4'ünün çocuk sayısının 1-3 arasında, %57,6'sının ilköğretim mezunu, aylık gelir ortalamasının $1,010 \pm 367,99$ olup, %87,9'unun sosyal güvencesinin olduğu ve %87,9'unun çalışmadığı belirlenmiştir. Bakım vericilerin %75,8'inin fiziksel bir sağlık sorunu olduğu ve %60,6'sı sürekli ilaç kullandığı tespit edilmiştir. Grupların çalışma durumu dışındaki tüm özelliklerinin birbirine benzer olduğu saptanmıştır ($p > 0,05$). (Tablo 3) Literatür incelendiğinde şizofren bireylere bakım veren aile bireyleri ile yapılan çalışmalarda bu çalışmadaki bakım vericiler ile benzer özellikteki bireylerle çalışıldığı görülmektedir. Çalışmamızda bakım vericilerin çoğunun yetişkin yaş grubunda olduğu tespit edilmiştir. Şizofrenik bozukluğu olan bireylere bakım verenlerle yapılan bir çalışmada Tan ve ark. (2012) bakım vericilerin yaş ortalamasını 46,62 olarak bulmuşlardır. Şengün İnan ve Çetinkaya Duman (2013) ise bakım vericilerin yaş ortalamasının $56,28 \pm 8,62$ olup, %52,4'ünün kadın olduğunu saptamışlardır. Bununla birlikte, Sharif, Shaygan ve Mani'nin (2012)

çalışmasında şizofren bireye bakım veren bireylerin çoğunluğunun kadın ve hastanın eşi ya da annesi olduğunu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda da hastaların çoğunlukla eşi ya da annesi yani ailenin kadın üyelerinden biri tarafından bakım verildiği görülmektedir. Hastalara bakım veren bireylerin çoğunlukla kadın olması, toplum tarafından kadınlara yüklenen bakım verme rolüyle ilişkili olabilir. Diğer yandan, çalışmamızda deney grubundaki bakım vericilerin çoğunun çalışmadığı, aksine kontrol grubundaki bakım vericilerin ise çalışmayı sürdürdükleri saptanmıştır. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin bakım vericileri ile yapılan çalışmalarda da çelişkili sonuçlar ortaya çıkmıştır. Wong ve ark. (2012) ile Goncalves-Pereira ve ark. (2013) bakım vericilerin çoğunun hastalık ortaya çıktıktan sonra ya işini bıraktığını ya da işe devam edemedikleri gün sayısının arttığını vurgulamaktadırlar. Oysa Tan ve arkadaşları (2012) ise bakım vericilerin çoğunun çalışmayı sürdürdüğünü tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar ise çalışmamızla benzerlik göstermektedir. Hasta yakınlarının çoğunun çalışmaması ise ekonomik güçlükleri de beraberinde getirebilir. Çalışmalarda hasta yakınlarının, özellikle kadınların daha çok ekonomik güçlük yaşadıkları belirtilmektedir (Schulz ve Sherwood, 2008; Tan ve ark., 2012; Chatterjee ve ark., 2014). Bununla birlikte, çalışmamızda bakım vericilerin aylık ortalama gelirinin yaklaşık 1000 TL olduğu ve bu miktarın yoksulluk sınırının (3555 TL) altında olduğu görülmektedir. Bakım vericilerin yaşadıkları kronik stres sonrası fiziksel sağlıklarının bozulmuş olduğu çalışmamızda saptanmıştır. Yusuf ve Nuhu (2011) ise hasta yakınının unutulmuş hastalar olarak tanımlamaktadır. Benzer şekilde, Schulz ve Sherwood (2008) bakım vericilerin yaşadıkları stresin sonucu olarak ruhsal sıkıntı, sağlıkla ilgili alışkanlıklarda bozulma, fiziksel, ruhsal hastalıklar ve hatta ölümle karşı karşıya kalabileceklerini belirtmektedirler. Goncalves-Pereira ve ark. (2013) ise çalışmalarında bakım vericilerde fiziksel sağlık sorunu görülme sıklığının %55,6 olduğunu tespit etmişlerdir.

Bakım vericilerin bakım vermeye ilgili özellikleri incelendiğinde ise, hem deney hem de kontrol grubundaki bakım vericilerin sırasıyla hastanın eşi, annesi kardeşi, babası ve çocuğu olduğu; ortalama bakım verme süresinin 15 yıl (deney grubu 15,82±8,13 yıl, kontrol grubu 15,72±10,31 yıl) olduğu; bakım vericilerin çoğunluğu için günlük bakım verme süresinin 7-12 saat arasında olup ve deney grubundakilerin %78,6'sının, kontrol grubundakilerin %57,6'sının bakım verme sırasında destek aldıkları belirlenmiştir. Bakım verme özellikleri açısından grupların benzer özellikte olduğu tespit edilmiştir ($p>0,05$). (Tablo 4) Çalışmamızda bakım verme süresinin ortalama 15 yıl olmasının, hastalığın kronik seyirli olması ve yeti yitimine neden olması

ile ilişkili olabileceği de düşünülmektedir. Portekizli bakım vericiler ile yaptıkları çalışmada Goncalves-Pereira ve ark. (2013) bakım verme süresinin $14,3\pm 9,4$ yıl olduğunu ve bakım vericilerin %74,3'ünün haftada 32 saatten daha uzun süre bakım verdiklerini belirlemişlerdir. Oshodi ve ark. (2012) ise bakım vericilerin günlük 9 ± 11 saat, haftada 39 ± 35 saat hasta yakınlarına bakım verdiklerini saptamışlardır. Çalışmamızda da bakım vericilerin çoğunun bakım verme sırasında destek aldıkları da görülmektedir. Bakım vericinin çoğunlukla kadın olması beraberinde ailedeki birçok sorumluluğun da kadın tarafından üstlenilmesine neden olmakta ve bakım vericilerin bakım verme sırasında desteğe gereksinimlerini artırmaktadır (Atagün ve ark., 2011).

Bakım verilen bireye ilişkin özellikler değerlendirildiğinde, deney grubundaki bakım vericilerin bakım verdikleri bireylerin yaş ortalamasının $41,53\pm 10,72$, %46,4'ünün 21-40 yaş grubunda, %32,1'i kadın, %50'si evli, %57,1'i ilköğretim mezunu olduğu, kontrol grubundaki bakım vericilerin bakım verdikleri bireylerin yaş ortalaması ise $42,84\pm 14,22$, %57,6'sının 21-40 yaş grubunda, %39,4'ünün kadın, %45,5'inin evli, %63,6'sının ilköğretim mezunu olduğu saptanmıştır. Deney grubundaki bakım vericilerin bakım verdikleri bireylerin ortalama $17,03\pm 9,19$ yıldır hasta olduğu, $4,17\pm 4,46$ kez hastaneye yattığı, kontrol grubundakilerin ise, $16,72\pm 10,28$ yıldır hasta olduğu, $5,00\pm 5,97$ kez hastaneye yattığı belirlenmiştir. Gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p>0,05$). (Tablo 5) Pazvantoğlu ve arkadaşlarının (2014) 92 şizofreni hastası ve bakım vericileri ile bakım yükünün boyutlarını araştırdıkları çalışmalarında hastaların yaş ortalamalarının $33,82\pm 10,61$ olduğunu, ortalama $11,70\pm 8,58$ yıldır hasta ve $4,46\pm 4,32$ kez hastaneye yattıklarını tespit etmişlerdir. Durmaz ve Okanlı (2014) ise çalışmalarında hastaların yaş ortalamasının $35,93 \pm 14,40$, %51,6'sının ilköğretim mezunu olduğunu, ortalama $9,16 \pm 7,74$ yıldır hasta olduklarını saptamışlardır. Hastalık süresinin çalışmamızda ve yapılan çalışmalarda oldukça uzun olduğu görülmektedir. Hastalığın kronik bir seyir göstermesiyle hastalık süresi uzamakta ve tekrarlı yatışları da beraberinde getirmektedir. Hastaların çoğunun eğitim durumlarının ilköğretim seviyesinde olması da hastalıkla yaşama ve kendilerini yönetme becerilerinin gelişimini olumsuz etkileyebilir. Bu durumun ise hastanın tekrarlı hastane yatışlarına ve hastalığın kronikleşmesine neden olabileceği düşünülmektedir.

Sürekli kronik ruhsal hastalığı olan bir bireye bakım vermekte bakım vericilerin stres yaşamasına neden olabilir. Çalışmamızda bu düşünceden hareketle bakım vericilerin program öncesi ve sonrası stres düzeyleri değerlendirilmiştir.

Bakım Vericilerin SBÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Stres organizmanın fiziksel ve ruhsal sınırlarının zorlandığı, tehdit edildiği, çatışmaya düştüğü, huzursuzluk hissettiği anlarda ortaya çıkan ve psikososyal tepki ve adaptasyonla sonuçlanan bir durum olarak tanımlanmaktadır (Altıntaş, 2003; Seaward, 2012). Birçok çalışmada, şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin ciddi düzeyde stres altında oldukları vurgulanmaktadır (Saunders, 2003; Magana ve ark., 2007; Perlick ve ark., 2006; Li, Lambert ve Lambert, 2007; Chan, 2011; Barker ve ark., 2012; Şengün İnan ve Çetinkaya Duman, 2013;). Nitekim Barman ve Chakravortty (2012) şizofreni hastasına bakım veren aile üyelerinin %22'sinin yüksek, %56'sının orta, %22'sinin ise hafif düzeyde stres yaşadıklarını belirtmektedirler. Urizar ve arkadaşları (2009) yaptıkları literatür incelemesinde, şizofreni hastasına bakım verenlerin fiziksel, duygusal ve ekonomik stresler yaşadıkları vurgulamaktadır. Yaşanan stresli durumlar ise bakım vericilerin ruh sağlığını olumsuz etkilemekte ve uzun süre devam etmesi ise fiziksel sağlıklarını da tehlikeye sokmaktadır. Bu doğrultuda bakım vericilerin stres düzeyinin belirlenmesi ve uygun baş etme stratejilerinin kendilerine öğretilmesi önem kazanmaktadır. Barker ve ark. (2012) ise 61 bakım vericinin stres ve kortizol düzeyini inceledikleri çalışmalarında bakım vericilerin stres düzeyinin yüksek olduğunu ve buna bağlı olarak da kortizol seviyelerinin yükseldiğini ve sağlıklarının tehlike altında olduğunu saptamışlardır.

Bu bilgilerden hareketle, bu çalışmada bakım vericilerin stres düzeylerinin azaltması ve baş etme davranışlarını geliştirmesi amacıyla bakım vericilere Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı uygulanmış ve program öncesi ve sonrası ölçümler yapılmıştır.

Bakım vericilerin Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı öncesi SBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki bakım vericilerin SBÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubundaki bakım vericilerle benzer olup ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$) (Tablo 6). Bu bulguya dayanılarak program öncesi iki grubun birbirine benzer düzeyde stres belirtisi yaşadığı söylenebilir. Bununla birlikte SBÖ alınabilecek en düşük puanın 38 olduğu ve alınan puan yükseldikçe stres düzeyinin arttığı düşünüldüğünde deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin (D:56,75±9,59, K:56,75±11,13, $p>0,05$) orta düzeyde stres yaşadıkları görülmektedir. Bu sonuçlar Barman ve Chakravortty (2012) çalışmasında elde ettiği çalışmalarla benzerlik gösterirken, Barker ve ark. (2012) çalışmasından daha düşüktür. Bunun hastalığın kronik olmasından kaynaklandığı

düşünülebilir. Uzun yıllardır hastalık semptomları ile yaşayan ailelerin bu durumla yaşamayı öğrendiği göz ardı edilmemelidir.

Deney grubundaki bakım vericilerin program uygulanmadan önceki SBÖ genel ve alt grup puan ortalamalarının program uygulandıktan sonra anlamlı derecede düştüğü saptanmıştır ($p<0,05$). Kontrol grubundaki bakım vericilerin stres belirtilerinde ise anlamlı bir azalma gözlenmemiştir ($p>0,05$). Bu sonuçlara dayanarak H1 hipotezi kabul edilmiştir. Deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin programdan sonraki SBÖ puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki bakım vericilerin SBÖ genel ve alt boyut puan ortalamalarının kontrol grubundaki bakım vericilerden düşük olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$) (Tablo7). Bu sonuç, KBDSYP'nın bakım vericilerin genel stres belirtilerini azaltmada etkili olduğunu gösterebilir.

Ölçeğin alt boyutlarına ilişkin ölçümler incelendiğinde KBDSY programı öncesi bakım vericilerin bilişsel-duyuşsal stres belirtileri (deney: $25,53\pm 5,25$, kontrol: $25,60\pm 7,60$), fizyolojik stres belirtileri (deney: $13,96\pm 2,25$, kontrol: $14,00\pm 2,10$) ve ağrı-yakınma stres belirtisi puan ortalamalarının (deney: $12,82\pm 3,35$, kontrol: $12,87\pm 3,39$) birbirine benzer düzeyde olduğu saptanmıştır ($p>0,05$). Ölçeğin alt boyutlarından alınabilecek en yüksek ve en düşük puanlar değerlendirildiğinde: bilişsel-duyuşsal stres belirtisi alt boyutundan 16-64 puan; fizyolojik stres belirtisi alt boyutundan 11-44 puan; ağrı-yakınma stres belirtisi alt boyutundan 8-32 puan alınabileceği ve puanlar yükseldikçe yaşanan stres belirtisinin yoğunluğunun artacağı bilinmektedir. Buna göre bakım vericilerin yaşadıkları bilişsel duyuşsal, fizyolojik ve ağrı-yakınma stres belirtilerinin orta düzeye yakın olduğu söylenebilir. Bakım vericilerin uzun süredir (yaklaşık 15 yıl ve üzeri) hastalığı olan bir bireye bakım verdikleri düşünüldüğünde, tanıyı yeni öğrenen bir birey kadar şiddetli düzeyde stres yaşamıyor olmaları doğal sayılabilir. Ancak bu bulgular bize bakım vericilerin yaşadıkları kronik bir stresin var olduğu da göstermektedir. Yaşanan bu kronik stres ise Şizofrenik bozukluğu olan bireye bakım vermekten kaynaklanıyor olabilir.

Programdan sonra yapılan ölçümde ise deney grubunun bilişsel duyuşsal stres belirtisi (p.ö.: $25,53\pm 5,25$, p.s.: $21,96\pm 4,68$), fizyolojik stres belirtisi (p.ö.: $13,96\pm 2,25$, p.s.: $12,57\pm 1,73$), ağrı-yakınma stres belirtisi alt boyutu puan ortalaması (p.ö.: $12,82\pm 3,35$, p.s.: $11,14\pm 2,97$) anlamlı düzeyde bir gerileme göstermiştir ($p<0,05$). Diğer yandan, kontrol grubundaki bakım vericilerin bilişsel-duyuşsal, ağrı-yakınma ve fizyolojik stres belirtisi puan ortalamalarında uygulama sonrası, uygulama öncesine

göre anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ($p>0,05$). Uygulama sonrası yapılan ölçümde ise deney grubundaki bakım vericilerin bilişsel-duyuşsal, fizyolojik ve ağrı-yakınma stres belirtisi alt ölçek puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşme gösterdiği bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre, KBDSYP'nın sadece genel stres belirtilerini azaltmakla kalmayıp aynı zamanda hem fizyolojik, hem bilişsel-duyuşsal, hem de ağrı yakınma ile ilişkili stres belirtilerini de azaltmada etkili olduğu söylenebilir. Programın ağrı yakınmaları ve fizyolojik stres belirtileri üzerine de etkili olmasına özellikle programın içeriğinde yer alan gevşeme egzersizlerinin katkı sağladığı düşünülmektedir. Ayrıca bakım vericilerin strese neden olan durumları tanımalarına yardım eden düşünce-duygu-davranış ilişkisini öğrenmeleri, olumsuz otomatik düşünceleri olumluları ile yer değiştirmeleri, zaman yönetimi, problem çözüme ve atılganlık becerilerini geliştirmeleri de bilişsel-duyuşsal ve genel stres belirtilerini azaltmada etkili olmuş olabilir.

Ülkemizde konuyla ilgili yapılmış deneysel araştırmalar incelendiğinde, bilişsel davranışçı teknikleri temel alan ve şizofren bireye bakım veren bireylere yönelik olan çalışmalara rastlanmamıştır. Ancak farklı gruplar üzerinde yapılan çalışmalarda aşağıda belirtilen sonuçlara ulaşılmıştır. Bu çalışmaların sağlıklı bireyler üzerinde yapıldığı ve çoğunlukla iş yerinde yaşanan stresi azaltmaya yönelik olduğu görülmüştür. Bu çalışmalardan biri olan Çoban ve Hamamcı'nın (2008) araştırmasında, bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı stresle başa çıkma eğitim programının psikolojik danışmanların tükenmişlik düzeyini düşürmede etkili olduğu belirlenmiştir. Yine Özgü'nün yaptığı çalışmada bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı stresle başa çıkma becerileri eğitim programının, iş görenlerin yaşadığı stres düzeyini azaltmada ve stresle sağlıklı olarak başa çıkmada etkili bir müdahale yöntemi olabileceği vurgulanmaktadır (Özgü,2010). 16 üniversite öğrencisi üzerinde yaptığı çalışmada Çelik Örucü (2005) 90 dakikalık 6 oturumdan oluşan stres yönetimi eğitimi programının öğrencilerin algıladıkları stres düzeyini anlamlı ölçüde azalttığını tespit etmiştir.

Bilişsel davranışçı teknikleri temel alarak yapılan yurt dışındaki çalışmalar incelendiğinde, çalışmamızla benzer grupta yapılmış çalışmalara rastlanmamıştır. Bununla birlikte, farklı gruplar üzerinde yapılmış çalışmalarda olumlu sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Famakinwa ve Fabiny (2008) yaşlı bireylere bakım veren 40 bakım vericiyle yaptıkları çalışmalarında, bakım vericilere yaşadıkları stres konusunda eğitim yapmış ve sonrasında bakım vericilerin stres düzeyinin anlamlı derecede düştüğünü saptamışlardır. Hasta bireyler üzerinde yapılmış bir çalışma da Groarke,

Curtis ve Kerin (2013) göğüs kanseri olan kadınlara 5 oturumdan oluşan (kısa süreli) bilişsel davranışçı stres yönetimi programı uygulamışlardır. Program sonrası deney grubundaki hastaların stres düzeylerinin kontrol grubuna göre anlamlı şekilde düştüğünü saptamışlardır. Çalışanlar üzerinde yapılmış çalışmalarda; Shimazu, Umanodan ve Schaufeli (2006) Kısa Stres Yönetim Programı'nın çalışanların stres, baş etme, fiziksel ve ruhsal stres düzeyine etkisini araştırdıkları çalışmalarında 2 saatlik bilişsel davranışçı tekniklere dayanan stres yönetimi programının çalışanların stresle ve baş etme ile ilgili bilgilerini artırdığını ve psikososyal streslerini azalttığını bulmuşlardır. Leung ve ark. (2011) 124 ortaokul öğretmeni ile yaptıkları çalışmalarında 3 oturumluk kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi programının ortaokul öğretmenlerinin stres düzeylerini ve disfonksiyonel düşüncelerini azalttığını, stres yönetimi becerilerini artırdığını belirlemişlerdir. Brunero ve ark. (2008) 18 yeni mezun hemşire ile 1 gün boyunca yaptıkları 8 saatlik bilişsel davranışçı stres yönetimi programının hemşirelerin stres düzeyinin gerilemesine katkı sağladığını tespit etmişlerdir. Richardson ve Rothstein'm (2008) iş yerinde stres yönetimi müdahale programlarının etkililiği ile ilgili yaptıkları meta-analiz çalışmasında, 36 deneysel çalışma içinde geçen 55 ayrı müdahale çeşidini incelemişler ve bilişsel davranışçı stres yönetimi programının diğer yöntemlerden daha etkili olduğunu tespit etmişlerdir. Öğrenciler üzerinde yapılan çalışmalarda da Gaab ve arkadaşlarının (2006) 28 sağlıklı ekonomi öğrencisine yaptıkları 8 haftalık bilişsel davranışçı stres yönetimi programı sonrası öğrencilerin stresle ilişkili psikolojik ve somatik belirtilerinin azaldığını ve anksiyete düzeyinin düştüğünü belirlemişlerdir. Yetişkin bireylerle yapılan birçok çalışmada ise; bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı stresle başa çıkma eğitim grubuna katılmanın yetişkinlerin stres seviyelerini düşürdüğü vurgulanmaktadır (Bushy, Stanton ve Freeman, 2004; Iglesias ve ark., 2005; Hawkins, Reddy ve Bunker, 2007; Lucini, Riva ve Pagani , 2007; Lopez ve ark. 2011; Leung ve ark., 2011; Moeini ve ark., 2011). Bu çalışmaların sonuçları bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

Çalışmamızda yukarıda anılan çalışmalarda olduğu gibi bakım vericilere uygulanan KBDSYP sonrası stres belirtilerinde anlamlı bir gerileme yaşandığı görülmektedir. Programın genel stres belirtilerinde olduğu gibi bilişsel duyuşsal, fizyolojik ve ağrı yakınma alt boyutlarında da stres belirtilerini azaltmada etkili olduğu söylenebilir. Programın bakım vericilerin stresini hem stres belirtilerini azaltarak hem de olumlu baş etme davranışlarını geliştirerek azalttığı düşünülmektedir.

Bakım Vericilerin SBÇTDÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Kronik ruhsal hastalıklar, hastanın olduğu kadar ailenin de yaşamını olumsuz etkilemekte ve stres yaşamalarına neden olmaktadır (Addington, 2005; Li ve ark., 2007; Chien, 2010). Ailelerin yaşadıkları stres ile baş edebilmek için ağlama, inkar, kızgınlık, sosyal yaşamdan çekilme, saldırgan davranışlar, olumlu düşünme, bilgi edinme, arkadaş ve komşu desteği alma, sosyal destek arama gibi baş etme yöntemlerini kullandıkları belirtilmektedir (Huang ve ark., 2008). Diğer yandan, aileler yaşadıkları zorluklar ile nasıl baş edeceklerini bilememekte, sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olmak ve tedaviye aktif katılmak istemektedirler (Addington, 2005; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013). Literatür incelendiğinde; Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin bakım verme sürecinde aile işlevselliğini sürdürmek için kullandıkları baş etme stratejilerinin yetersiz olduğu ve bakım verenlerin baş etmelerini geliştirmek için profesyonel desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmektedir (Liu ve ark., 2007; Chien, 2009; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2011).

“Başa çıkma” bireyin kendisi için stres oluşturan olay ya da etkenlere karşı direnmesi ve bu durumlara karşı dayanma amacıyla gösterdiği bilişsel, duygusal ve davranışsal tepkilerin tümü olarak tanımlanabilir (Folkman 1984, Folkman ve ark. 1986). Başa çıkma tutumları genel olarak sorun çözmeye yönelik olanlar ve duygusal odaklı olanlar şeklinde ikiye ayrılır. Sorunu çözmeye yönelik olanlar sorunun ana kaynağına ilişkin başa çıkma tutumlarını, duygusal odaklı olanlar ise ana kaynağın yol açtığı duygusal etkiyle başa çıkma tutumlarını içerir (Lazarus, 1993; Ağargün ve ark., 2005). Bakım vericilerin yaşadıkları stresle baş etme davranışlarını değerlendirmeyi amaçlayan bu çalışmada, bakım vericilerin uygulanan Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı öncesi ve sonrası başa çıkma tutumları değerlendirilmiştir.

Program öncesi deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin SBÇTDÖ sorun odaklı (deney: 45,92±10,20, kontrol: 47,03±7,42), duygusal odaklı (deney: 51,92±7,66 kontrol: 52,96±8,40) ve işlevsel olmayan başa çıkma (deney: 35,21±6,80, kontrol: 34,81±6,01) puan ortalamalarının birbirine benzer düzeyde olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0,05$). (Tablo 8a) Her bir alt ölçekten ise alınabilecek puanlar 20 ile 80 arasında değişmekte olup, ölçeklerden alınan puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığı hakkında yorum yapma olanağı vermektedir. Çalışmamızda uygulama öncesi her iki gruptaki bakım vericilerin duygusal odaklı ve sorun odaklı başa çıkma puan ortalamasının ortanın biraz üzerinde, işlevsel olmayan başa çıkma puan ortalamasının

da orta düzeye yakın olduğu tespit edilmiştir. Bu doğrultuda bakım vericilerin çoğunlukla duygusal odaklı ve sorun odaklı başa çıkma tutumlarını kullandıklarını, bunun yanında da işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını kullanmayı sürdürdükleri söylenebilir. Bakım vericilerin orta düzeyde stres yaşadıkları düşünüldüğünde, kronik stresörlerle baş etmek için duygu odaklı, sorunu çözmeye odaklı ve işlevsel olmayan baş etme yöntemlerini birlikte kullanmaları olağan sayılabilir. Yapılan tanımlayıcı bir çalışmada da Şengün İnan ve Çetinkaya Duman (2013) bakım vericilerin daha çok duygusal odaklı baş etme yöntemlerini kullandıklarını belirlemişlerdir.

Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı sonrası deney grubundaki bakım vericilerin SBÇTDÖ sorun odaklı (p.ö.:45,92±10,20, p.s.: 56,21±6,93) ve duygusal odaklı başa çıkma (p.ö.:51,92±7,66, p.s.: 57,67±5,13) puan ortalamalarının artış gösterdiği (p<0,05), işlevsel olmayan başa çıkma alt grup puan ortalamasının program öncesine göre gerilediği (p.ö.: 35,21±6,80, p.s.: 33,78±5,23), ancak aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir (p>0,05). (Tablo 9a) Deney ve kontrol grubunun puan ortalamaları karşılaştırıldığında ise sorun odaklı başa çıkma ve duygusal odaklı başa çıkma alt gruplarında genel olarak deney grubu lehine anlamlı yükselme (p<0,05), işlevsel olmayan başa çıkma alt grubunda ise istatistiksel olarak anlamsız bir gerileme tespit edilmiştir (p>0,05). (Tablo 8b) Bu sonuca dayanarak H2 hipotezi kabul edilmiştir. KBDSYP'nın bakım vericilerin stresle başa çıkma tutumlarını daha olumlu hale getirdiği söylenebilir. Program sonrası bakım vericilerin daha çok problem odaklı ve duygu odaklı başa çıkma tutumlarını bir arada kullanmaya başladıkları, işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarının ise azaldığı görülmektedir. Bu bulguyu destekleyecek şekilde ülkemizde şizofrenik bozukluğu olan hastaların yakınları ile yapılan çalışmalarda, hasta yakınlarının stresle baş etmede problem odaklı ve duygu odaklı baş etmeleri birlikte kullandıkları belirlenmiştir (Oflaz 1995; Yılmaz, 1998; Tel ve Terakye, 2000; Şengün 2007; Cotton ve ark., 2013). Yurtdışında yapılan çalışmalar incelendiğinde de çalışmamızla benzer sonuçlara ulaşıldığı görülmektedir. Gerson ve ark. (2011) psikotik hastalara (psikoz ve şizofreni tanılı) bakım veren 23 bakım vericinin baş etme stratejilerini belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada, bakım vericilerin çoğunlukla sorun odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma stratejilerini kullandıklarını, işlevsel olmayan başa çıkma stratejilerini ise nadiren kullandıklarını belirlemişlerdir.

Deney grubundaki bakım vericilerin SBÇTDÖ alt grup bileşenleri ayrıntılı şekilde incelendiğinde; Sorun odaklı başa çıkma alt grubunda, uygulama sonrası yapılan

değerlendirmede, uygulama öncesine göre yararlı sosyal destek kullanımı ($p=0,000$), aktif başa çıkma ($p=0,001$), diğer meşguliyetleri bastırma ($p=0,004$) ve plan yapma ($p=0,000$) alt boyutlarında anlamlı derecede yükselme meydana gelmiştir. Diğer yandan geri durma alt boyutunda anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ($p>0,05$). Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında ise yararlı sosyal destek kullanma ($p=0,000$), aktif başa çıkma ($p=0,000$), plan yapma ($p=0,000$) ve diğer meşguliyetleri bastırma ($p=0,002$) boyutlarında deney grubu lehine anlamlı derecede olumlu yönde gelişme olduğu saptanmıştır. Bu bulgular programın bakım vericilerin başa çıkma becerilerinin gelişimine katkıda bulunduğunu, özellikle de sosyal destekleri harekete geçirme, asıl sorunun çözümüne engel olacak diğer meşguliyetleri bir süre erteleme, sorunun çözümüne yönelik plan yapma gibi aktif başa çıkmayı destekleyen faaliyetlerin geliştirilmesinde katkı sağlayıcı olduğunu göstermektedir. İlk oturumda bakım vericilerin yaşadıkları stres belirtilerini fark etmeleri, stresörlerini tanımlamaları ve strese neden olan durumları fark etmeleri sağlanmıştır. Böylece probleme neden olan durumlarda ortaya çıkarılmış ve çözümlenmeleri kolaylaştırılmıştır. Ayrıca, programın içeriğinde yer alan sorun çözme basamaklarının anlatıldığı oturumun bu becerinin gelişiminde katkı sağladığı söylenebilir. Bununla birlikte, geri durma alt boyutunda ise anlamlı bir yükselme sağlanamamıştır. Bu durum ise bakım vericilerin problemleri çözmek konusunda aceleci davranışlarıyla ve problemleri çözmek konusunda isteksiz görünmek istememeleriyle ilişkili olabilir. Ayrıca KBDSYP’nda bakım vericilerin yaşadıkları stresli durumları fark etmeleri sağlanmış ve stres yaratan durumları görmezden gelmek yerine buna neden olan durumları çözüme kavuşturmalarına yardım edecek yollar öğretilmeye çalışılmıştır. Bu doğrultuda bakım vericiler stres yaratan durumlar karşısında zaman zaman geri durmak yerine stres yaratan durumun üzerine gitmenin daha doğru olduğunu da düşünmüş olabilirler.

Ölçeğin diğer bir alt boyutu olan duygusal odaklı başa çıkma alt grubunda yer alan pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ($p=0,000$), duygusal sosyal destek kullanımı ($p=0,019$) ve kabullenme ($p=0,025$) alt boyutlarında deney grubu lehine anlamlı bir yükselme saptanmıştır. Bununla birlikte, bu alt grupta kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme ($p=0,000$) ile duygusal sosyal destek kullanımı ($p=0,006$) alt boyutlarında deney grubu lehine istatistiksel olarak anlamlı bir fark ortaya çıkmıştır ($p<0,05$). Bakım vericilere uygulanan Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı yapılandırılırken bilişsel-davranışçı kuram temel alınmıştır. Bilişsel kurama göre strese neden olan asıl durum ise bireyin irrasyonel

düşünceleri, inançları ve bilişsel şemalarıdır. Program sırasında bakım vericilerin stres yaşamalarına neden olan hatalı bilişleri fark edip değiştirmelerini içeren bilişsel yeniden yapılandırma yapılmıştır. Bakım vericilerin ölçeğin pozitif yeniden yorumlama ve gelişme alt boyut puan ortalamasında ileri düzeyde anlamlı bir gelişme yaşanmış olması yapılan bu uygulamayla ilişkili olabilir. Yine program için de bakım vericilere stresle baş etmede kullanılan yöntemlerden biri olan sorun çözme yaklaşımından da bahsedilmiş, çözüme kavuşması mümkün olmayan bilinçli çabalar ile değiştirilemeyecek bazı yaşam olaylarının kabul edilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Bu yaklaşımın bireylerin kabullenme puan ortalamalarındaki artışla ilişkisi olduğu düşünülebilir. Oturumlar sırasında bakım vericilerde stres yaratan durumların çözümüne katkı verecek genel stresle baş etme yöntemlerinden biri olan sosyal desteklerin aktif kullanımının sağladığı yararlarından bahsedilmiş olması ve bunun onların getirdiği ev ödevleri üzerinde de tartışılması, duygusal sosyal destek kullanımı puan ortalamasında anlamlı bir yükselmeye katkı sağlamış olabilir. Ölçeğin diğer alt boyutlarından olan dini olarak başa çıkma ve şakaya vurma alt boyutlarında küçük bir gelişme olduğu fakat bu gelişmenin anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$). KBDSYP yapılandırılması ve uygulaması sırasında dini olarak baş etme ve şakaya vurmaya ilişkin herhangi bir uygulama yapılmadığı için bu alt boyutlarda da anlamlı bir değişimin olmadığı söylenebilir.

İşlevsel olmayan başa çıkma alt grubunda yer alan inkar ($p=0,025$) ve davranışsal olarak boş verme ($p=0,002$) alt boyut puan ortalamaları program öncesine göre program sonrası anlamlı bir gerileme göstermiştir ($p<0,05$). Diğer yandan kontrol grubundaki bakım vericilerin davranışsal olarak boş verme puan ortalamasının programdan sonra deney grubuna göre yükseldiği de saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgulara göre bakım vericilere uygulanan KBDSYP bakım vericilerin inkarını ve davranışsal olarak boş vermesini azaltmada etkili olduğu söylenebilir. Programın stres yaratan durumları ve duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişkiyi fark ettirmeye temellendirilmiş olması bireylerin inkarının azalmasında katkı sağlamış olabilir. Stres yaratan düşüncenin fark edilmesi ise bireyleri stres yaratan durumdan uzaklaşması engelleyebilir ve boş vermek yerine sorunu çözmeye yönelmesine katkı sağlayabilir. Diğer yandan, ölçeğin zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ve madde kullanımı alt boyutlarında anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ($p>0,05$). Programın bu boyutlardan alınan puanların düşmesinde katkı sağlamamış olmasına rağmen, zihinsel boş verme, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma ve madde kullanımı alt boyutlarında bakım

vericilerin puan ortalamalarında anlamlı bir artışın olmaması da sevindiricidir. Bakım vericilerin yaşanan akut stresli durumlar karşısında önce zihinsel olarak boş vermeyi kullandıkları ancak, stres yaratan durumun devam etmesi ile bu stresörün üzerine gitmeye çalıştıkları araştırmadan elde ettiğimiz diğer bulgulara göre (aktif başa çıkma, plan yapma puan ortalamalarında artış, inkar ve davranışsal boş verme puan ortalamalarında düşüşün olması) söylenebilir. Bununla birlikte, soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma puan ortalamasında bir düşüşün yaşanmaması ise bakım vericilerin sürekli hasta ile birlikte yaşamalarına ve dolayısıyla da bakım vermeye ilişkili stresörlere sürekli maruz kalmalarıyla ilişkili olabilir. Bakım vericilerin ortalama 15 yıldır hastaya bakım verdikleri, orta düzeyin üzerinde bakım yükü yaşadıkları ve bakım verme sırasında profesyonel anlamda destek almadıkları da düşünüldüğünde duygularını açığa vurmaya ve madde kullanmayı sürdürmeleri olağan sayılabilir. Program içeriğinde madde kullanımının zararlarından bahsedilmiş olması da madde kullanımının bırakılmasında etkili olmadığı görülmektedir. Bilindiği gibi bu tür bağımlılıkların sonlandırılması için bireylerin istekli olması ve bağımlılığın tedavi edilebilmesi için profesyonel destek almaları gerekmektedir.

Yapılan çalışmalar incelendiğinde ise çalışmamızda olduğu bakım vericilerin birçok baş etme yöntemini bir arada kullandıkları görülmektedir. Bu çalışmalar incelendiğinde, Mackay ve Pakenham (2011) ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren bireylerin stresörleri ve baş etme biçimini inceledikleri çalışmada 114 bakım vericinin baş etme biçimi olarak çoğunlukla: Problem çözme, inkar, dini olarak başa çıkma, kabullenmeyi kullandıklarını saptamışlardır. Chadda, Singh ve Ganguly (2007) şizofreni ve BAB olan hastaların bakım vericilerinin baş etme ve tükenmelerini karşılaştırdıkları çalışmalarında 22 hafta boyunca verilen psikoeğitim sonrası her iki gruptaki bakım vericilerinde problem odaklı baş etme stratejilerini, kaçınma ve sosyal destek kullanmaya göre daha çok kullandıklarını ve program sonrası problem odaklı baş etme puanlarının arttığını belirlemişlerdir. Her iki gruptaki bakım vericilerin sorumluluk almak ve fiziksel ve ruhsal sağlıkla ilgili bakım yüklerinin ise yüksek düzeyde olduğunu bulmuşlardır. Rammohan, Rao ve Subbakrishna (2002) şizofreni hastalarının yakınlarının dini baş etme ve iyilik hali arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada dinsel baş etmeyi kullananların ruhsal hastalığı olan bireye bakım vermekten kaynaklanan stresle daha iyi baş ettiklerini, tükenmelerinin azaldığı ve psikososyal iyilik hallerinin arttığını belirlemişlerdir. Dini olarak başa çıkmanın duygusal odaklı başa çıkmanın bir komponenti olduğu düşünüldüğünde bu bulgu bizim

çalışmamızda ulaştığımız sonucu destekler niteliktedir. Bu çalışmaların aksine Dülgerler'in 2004 yılında şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psikoeğitimin etkinliğinin değerlendirilmek amacıyla yaptığı çalışmada psikoeğitimin bakım vericilerin stresle başa çıkma tutumlarında anlamlı bir değişikliğe neden olmadığını saptamıştır. Bilişsel davranışçı modeli kullanarak 84 üniversite öğrencisi ile yaptıkları çalışmada Hamdan-Mansour, Puskar ve Bandak (2009) bilişsel davranışçı stres yönetim programının öğrencilerin depresif belirtilerini azalttığını, algılanan stres düzeyini düşürdüğünü ve kaçınan baş etme stratejilerini azalttığını tespit etmişlerdir.

Kontrol grubunda ise SBÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma alt grup puan ortalamasının program öncesine göre gerilediği ve işlevsel olmayan başa çıkma puan ortalamasının ise yükseldiği saptanmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Buna karşın duygusal odaklı başa çıkma puan ortalamasında anlamlı bir değişiklik olmamıştır ($p>0,05$). (Tablo 9b) Bu durum ise bakım vericilerin kronik ruhsal hastalığı olan bireye bakım verirken sürekli stresörlere maruz kalması, hastalığın doğası nedeniyle hastanın hastalık belirtilerinde değişimlerin yaşanması, ortaya çıkan akut yaşamsal streslerin varlığı ve bakım vericilerinde ruhsal sağlıklarında değişimlerin olması ile açıklanabilir.

Diğer yandan, bakım vericilerin SBÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma alt grubunda yer alan aktif başa çıkma ($p=0,035$) ve plan yapma alt boyutlarında ($p=0,019$) anlamlı bir gerileme yaşanırken, yararlı sosyal destek kullanımı, geri durma ve diğer meşguliyetleri bastırma alt boyutlarında anlamlı bir değişiklik saptanmamıştır ($p>0,05$). Bakım vericilerin yaşadıkları kronik stresle baş etmede kullandıkları olumlu baş etme yöntemlerinin de yaşadıkları yüke paralel olarak zaman içinde olumsuz yönde gelişme gösterdiği, yani gerilediği görülmektedir.

Duygusal odaklı başa çıkma alt grubunda yer alan, pozitif yeniden yorumlama ve gelişme, dini olarak başa çıkma, şakaya vurma, duygusal sosyal destek kullanımı ve kabullenme alt boyutlarında ise kontrol grubu lehine anlamlı bir değişiklik olmamıştır ($p>0,05$). Bu bulgulara dayanılarak bakım vericilerin bakım vermektan kaynaklanan ve yaşadıkları günlük olaylar karşısında duygusal odaklı başa çıkma tutumlarını sürdürdükleri söylenebilir.

İşlevsel olmayan başa çıkma alt grubunda özellikle sorunlara odaklanma ve duyguları açığa vurma ($p=0,013$), inkar ($p=0,020$) ve davranışsal olarak boş verme ($p=0,013$) puanlarında program öncesine göre program sonrası önemli ölçüde bir artış saptanmıştır. Zihinsel boş verme ve madde kullanma alt boyutlarında ise anlamsız bir

yükselmenin olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuç ise bakım vericilerin yaşadıkları stres karşısında duygusal tepkilerini yoğun şekilde gösterdiklerini, sorunları inkar ederek görmezden geldiklerini ve buna paralel olarak da zihinsel ve davranışsal olarak boş verdiklerini, aynı zamanda da madde kullanmayı sürdürdükleri söylenebilir. Ortaya çıkan akut stresli durumların etkisiyle bireylerin zihinsel boş verme, duyguları açığa vurma, inkar, davranışsal olarak boş verme ve madde kullanma gibi işlevsel olmayan birçok başa çıkma tutumunu bir arada kullandığı literatürdeki birçok çalışma ile de desteklenmektedir (Hall ve Docherty, 2000; Gülseren, 2002; Huang ve ark., 2008). Bu durumla baş etmek için bireylerin profesyonel anlamda desteğe ihtiyaç duyduğu görülmektedir. Birçok çalışmada bakım vericilerin ortaya çıkan stresörlerle başa çıkmak ve ruh sağlığını korumak için sürekli desteğe gereksinim duyduğu vurgulanmaktadır (Doğan ve ark., 2002; Gülseren, 2002; Liu ve ark., 2007; Arslantaş ve Adana, 2011; Çetinkaya Duman ve Bademli, 2013). Nitekim, çalışmamızda bakım vericilerin yaşadıkları kronik stres nedeniyle ruh sağlıklarının da olumsuz etkilenebileceği düşünülmüş ve program öncesi ve sonrası bakım vericilerin ruhsal durumlarını değerlendirmeye dönük ölçümler yapılmıştır.

Bakım Vericilerin GSA Puan Ortalamalarının Tartışılması

Program öncesi deney grubundaki bakım vericilerin GSA genel puan ortalamasının $7,42 \pm 4,48$ olduğu, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $8,15 \pm 5,77$ olduğu belirlenmiştir. Puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($p > 0,05$). (Tablo 10) Bu bulguya dayanarak her iki grubun da ruhsal sorun yaşama açısından benzer özellikte olduğu söylenebilir. Bununla birlikte, deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin GSA puan ortalamaları 5'in üzerindedir. Ölçekten "5" puan ve üzerinde alan bireyler ruhsal sorun yaşamak açısından riskli olarak (anksiyete ve depresyon) açıklanmaktadır. Puan yükseldikçe psikiyatrik rahatsızlık olasılığı artmaktadır. Buna göre, bakım vericilerin ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından yüksek düzeyde riskli oldukları söylenebilir. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörleri araştırdıkları çalışmalarında, Şengün İnan ve Çetinkaya Duman da (2013) bakım verenlerin %65'inin ruhsal sağlık sorunu bulunması açısından yüksek risk altında olduğunu belirtmektedirler. Kate ve ark. (2013) ise bakım vericilerin 1/3'ünün ruhsal hastalığa yakalanma açısından riskli olduklarını vurgulamaktadırlar. Bu çalışmalar ek olarak, yapılan bazı çalışmalarda da kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerinde yaşadıkları stresin sonucu olarak depresif semptomlar ve anksiyete görülme oranı

yüksek bulunmuştur (Magana ve ark., 2007; Smith, 2006; Perlick ve ark., 2007; Öbekli, 2013)

Yurt dışında yapılan çalışmalardan elde edilen bulgular değerlendirildiğinde; Ukpong (2012) Güney Batı Nijerya'da şizofreni hastalarının semptomlarıyla bakım verenlerin yük ve sıkıntısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla GSA kullanarak yaptığı çalışmada bakım verenleri GSA puan ortalamasını $5,3\pm 6,1$ olarak bulmuştur. Yazarın 2006 yılında şizofreni semptomlarının ve demografik özelliklerin bakım vericilerin bakım yükü ve stres düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla 60 bakım verici ile yaptığı çalışmada bakım vericilerin GSA puan ortalamasını $7,26\pm 5,31$ olarak tespit etmiştir. Lloyd ve ark. (2010) çocukları şizofreni hastası olan Hindistanlı ve beyaz İngiliz ebeveynlerin bakım yükünü belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada Hindistanlı ebeveynlerin GSA puan ortalamasını $12,6\pm 4,98$ ve beyaz İngiliz ebeveynlerin GSA puan ortalamasını ise $12,5\pm 6,93$ olarak bulmuştur. Onwumere ve ark. (2011) uzun süreli ve yeni tanılanmış psikotik bozukluğu olan bireye bakım verenlerin baş etme biçimlerini araştırdıkları çalışmalarında bakım vericilerin GSA puan ortalamasının $27,4\pm 15,4$ olduğunu tespit etmişlerdir. Bizim çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçların Ukpong'un çalışmalarında elde ettiği sonuçlardan yüksek, fakat diğer çalışmalardan düşük olduğu görülmektedir. Ancak elde edilen sonuçların 5'in üstünde olması bakım vericilerin ruhsal hastalığa yakalanma açısından riskli oldukları şeklinde yorumlanabilir.

Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı uygulandıktan sonra yapılan ölçümde ise; deney grubundaki bakım vericilerin GSA genel puan ortalamasının program öncesi $7,42\pm 4,48$ iken, programdan sonra $2,03\pm 2,08$ düştüğü saptanmış olup, ölçümler arasındaki fark anlamlı bulunmuştur ($p<0,05$). Kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının ise program öncesi $8,15\pm 5,77$ iken, programdan sonra $8,12\pm 4,85$ olarak kaldığı saptanmıştır ($p>0,05$). (Tablo 11) Deney grubundaki bakım vericilerin KBDSYP uygulaması sonrası ruhsal belirtilerinde kontrol grubuna göre önemli derecede bir düşüş olduğu, programın ruhsal belirtilerin azaltılmasında etkili olduğu görülmektedir. Bu sonuçlara göre H3 hipotezi kabul edilmiştir. Programın uygulaması esnasında her bir bakım vericinin yaşadığı stresli durumların tek tek tartışılmasının ve bilişsel yeniden yapılandırma tekniği kullanılarak, irrasyonel düşüncelerin rasyonellerle yer değiştirmesinin sağlanmasının bu düşüşe katkı sağladığı düşünülmektedir. Bakım vericilerin program sırasında düzenli olarak yaptığı aşamalı gevşeme egzersizlerinin de fiziksel stres belirtilerini azaltmada etkili olduğu

düşünülmektedir. Ayrıca bakım vericilere verilen ev ödevleri ile farkındalıklarının daha da artırıldığı ve stresli durumları daha iyi analiz edebildikleri söylenebilir. KBDSYP oturumlarında yapılan tüm bu uygulamaların bireylerin stres düzeyini azaltarak, ruhsal belirtilerinin de azalmasına katkı verdiği düşünülmektedir. Nitekim, araştırmamızda uygulanan program sonrası bakım vericilerin stres belirtilerinde önemli bir gerilemenin yaşandığı görülmektedir. Oturumlar sırasında bireylere öğretilen zaman yönetimi uygulaması ile kendileri için özel bir zaman planlamaları ve bu planlarını gerçekleştirmeleri istenmiştir. Bu uygulamanın da bakım vericilerin duygusal/ruhsal olarak rahatlamalarına katkı verici olduğu söylenebilir.

Bakım vericilere uygulanan bilişsel davranışçı müdahalelerin GSA puan ortalaması üzerine olan etkisinin değerlendirildiği yurt dışında yapılan çalışmalar incelendiğinde, şizofren bireylere bakım verenlerle yapılmış benzer özellikte çalışmalar rastlanmamıştır. Bununla birlikte farklı gruplarda yapılan çalışmalar incelendiğinde; Marriott ve ark.(2000) Alzheimer hastalarının bakım vericilerinin tükenmelerini azaltmak amacıyla yaptıkları bilişsel davranışçı aile müdahalesi öncesi deney grubundaki bakım vericilerin GSA puan ortalamasının $9,5\pm 4,8$, müdahale sonrası ise $5,1\pm 5,5$ gerilediği saptanmıştır. Kontrol grubunda ise aile müdahalesi öncesi GSA puan ortalamasının $9,6\pm 3,8$, müdahale sonrası ise $12,4\pm 6,4$ yükseldiği saptanmıştır. Keypour, Arman ve Maracy'nin (2011) ailesinde HIV pozitif üyesi bulunan 34 adölesan ile yaptıkları çalışmada 8 haftalık bilişsel davranışçı stres yönetimi programına katılan adölesanların GSA puan ortalaması program öncesi $35,1\pm 9,4$, program sonrası ise $17,3\pm 8,7$ gerilemiştir. Şizofreni hastalarının bakım vericilere uygulanan hastalık, stresle baş etme ve kriz yönetimi gibi psikoeğitim müdahalelerini içeren 12 aylık müdahale çalışmasında Montero ve ark. (2006) GSA puan ortalamasını program öncesi 8,1, program sonrası 6,9 ve son ölçümden 5 yıl sonra ise 4,6 olduğunu saptamışlardır. Sağlıklı bireylerde yapılan bir çalışmada; Gardner ve ark. (2005) sağlık çalışanlarının işle ilgili streslerini azaltmada 3 haftalık bilişsel ve davranışçı baş etme müdahalelerinin etkisini araştırdıkları çalışmalarında kognitif müdahale yapılan grubun GSA puan ortalaması program öncesi $6,83\pm 2,46$ iken, programdan sonra $3,85\pm 3,70$ düştüğü, davranışçı müdahale yapılan grubun puan ortalamasının $6,73\pm 2,84$ iken, programdan sonra $4,11\pm 4,18$ gerilediğini belirlemişlerdir. Bu çalışmaların sonuçları çalışmamızın sonuçlarını destekler niteliktedir. Bu sonuçlara dayanarak Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın bakım vericilerin ruhsal hastalık riskini azaltıcı ya da ruhsal olarak bakım vericiyi koruyan bir etkisi olduğu söylenebilir.

Çalışmamızda uygulanan KBDSYP'nın aynı zamanda bakım vericilerin bakım yükünü azaltmada da etkili olabileceği düşünülmüş ve program öncesi ve sonrası bakım vericilerin bakım yükleri değerlendirilmiştir.

Bakım Vericilerin ZBVYÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Hastanede kalış süresinin kısalıp sağaltımın genelde kurumlar dışında, toplum içinde sürdürülmeye başlanması, Şizofrenik bozukluğu olan birçok hastanın ailelerinin birincil bakım verici konumuna gelmelerine neden olmuştur. Bu durum genelde göz ardı edilen bir dizi sorunu beraberinde getirmiştir (Gülseren, 2002; Arslantaş ve Adana, 2011). Bakım verme, zor bir görev olup, bakım veren kişiye ağır yükler getiren bir süreçtir (Arslantaş ve Adana, 2011). Bakım vermekten kaynaklanan yük literatürde “bakım vericinin üstlendiği bakımın ortaya çıkardığı psikolojik sıkıntı, fiziksel sağlık problemleri, ekonomik ve sosyal problemler, aile ilişkilerinin bozulması, kontrolün kendisinde olmadığı duygusu gibi olumsuz objektif ve subjektif sonuçlardır” şeklinde açıklanmaktadır (Awad ve Voruganti 2008; Küçükgüçlü, Üstün ve Yener, 2009; Özer, 2010). Şizofrenik bozukluğu olan bireye bakım veren aile üyeleri bu yükü çok yoğun şekilde yaşamaktadır. Çünkü, kronik bir sorun olarak şizofreni bireyde yeti yitimi, iş performansında gerileme, kendini yönetme becerilerinde azalma gibi durumların ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Bu tür sorunlar yaşayan bireyin bakımı ve desteklenmesi ise aileler tarafından yapılmaktadır.

Bakım vericilerin sürekli olarak kronik ruhsal hastalığı olan bir bireye bakım vermesinin bakım vericinin yükünü artırabileceği düşünülerek ve çalışmamızda program öncesi ve sonrası bakım vericilerin ZBVYÖ puanları değerlendirilmiştir. KBDSYP öncesi deney grubundaki bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasını $47,17 \pm 16,90$, kontrol grubundaki bakım vericilerin $42,27 \pm 15,38$ olup ve gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsızdır ($p > 0,05$). (Tablo 12) ZBVYÖ'den en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu bilgi doğrultusunda, bakım vericilerin bakım yükü puanlarının orta düzeyde olduğu söylenebilir. Bakım vericilerin ortalama 15 yıldır hastaya bakım verdiği ve onunla birlikte yaşamını sürdürdüğü düşünüldüğünde yaşanan yükün bu düzeyde olması beklenen bir sonuçtur. Bununla birlikte hastalık ilk kez ortaya çıktığında yaşanan yükün çok daha yüksek olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (Boydell ve ark., 2013; Patel ve ark., 2014). Hastalığın kronik bir seyir göstermesi ve bakım vericilerin zaman içinde hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan güçlüklerle ve

sorunlara nasıl müdahale edeceğini öğrenmesi gibi nedenlerle bu çalışmada yaşanan yükün çok yüksek düzeyde olmadığı söylenebilir.

Ülkemizde bakım vericilerin bakım yüklerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmalara baktığımızda, Aydın ve ark. (2011) şizofreni hastalarının bakım verenlerindeki külfet düzeyinin, klinik ve sosyodemografik veriler ile ilişkisinin incelemek amacıyla yaptıkları çalışmada bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasını $37,72 \pm 16,52$ olarak tespit etmişlerdir. Çetin ve ark. (2013) şizofreni tanısı konmuş ve ailesi ile birlikte yaşayan hastaların günlük yaşam aktivitelerindeki bağımlılık durumu ile hastalara birinci derece bakım veren aile üyelerinin bakım yükü ve dışa vuran duygu durumu arasındaki ilişkinin incelenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada ZBVYÖ puan ortalamasını kadın bakım vericiler için $39,25 \pm 17,71$, erkek bakım vericiler için $38,08 \pm 10,66$ olarak bulmuşlardır. Pazvantoğlu ve ark. (2014) şizofreni hastalarının işlevsellikleri ve hastalığın belirtileri ile bakım veren yükünün alt boyutları arasındaki ilişkileri araştırdıkları çalışmalarında ZBVYÖ puan ortalamasını $46,23 \pm 14,99$ olarak saptamışlardır. Tan ve ark. (2012) şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükü ve baş etme stratejilerini inceledikleri çalışmalarında bakım vericilerin yüksek düzeyde yüke sahip olduğunu belirlemişlerdir. Bu çalışmalarla karşılaştırıldığında çalışmada saptadığımız bakım yükü puanlarının yüksek olduğu görülmektedir.

Yurt dışında yapılan çalışmaların sonuçlarına baktığımızda, çalışmalarda belirlenen ZBVYÖ puanlarının bazı çalışmalarda düşük, bazılarında ise yüksek düzeyde olduğu tespit edilmiştir. Ukpong (2012) Güney Batı Nijerya'da şizofreni hastalarının semptomlarıyla bakım verenlerin yük ve ruhsal sıkıntısı arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yaptığı çalışmada bakım verenleri ZBVYÖ puan ortalamasını $32,6 \pm 14,1$ olarak bulmuştur. Ramirez Garcia, Hernandez ve Dorian'ın (2009) şizofreni ve şizoaffektif bozukluğu olan bireylere bakım veren 31 bakım vericinin puan ortalamasını $38,97 \pm 10,68$ olarak belirlemişlerdir. 2011 yılında Meksika'da yaşayan 12 bakım verici ile yaptıkları çalışmada Marquez ve Ramirez Garcia, ZBVYÖ puan ortalamasını $40,8 \pm 12,6$ olarak bulmuşlardır. Magana ve ark. (2007) şizofrenisi olan yetişkin bireylere bakım veren 85 Latin bakım vericinin ZBVYÖ puan ortalamasını $35,0 \pm 10,2$ olarak saptamışlardır. Kanser, Alzheimer ve şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin yük ve depresif semptomlarını karşılaştırdıkları çalışmada Papastavrou ve ark. (2012), 113 şizofreni hastasına bakım veren bireylerin ZBVYÖ puan ortalamasını $37,6 \pm 16,0$ olarak bulmuşlardır. Çalışmamızda saptığımız bulguların bu çalışmalardan daha yüksek olduğu söylenebilir. Ukpong (2006) şizofreni semptomlarının ve demografik özelliklerin bakım

vericilerin bakım yükü ve ruhsal sıkıntı düzeyleri arasındaki ilişkiyi test etmek amacıyla 60 bakım verici ile yaptığı çalışmada bakım vericilerin %40'ının ZBVYÖ puan ortalamasının yüksek olduğunu tespit etmiştir. Igberase ve ark. (2010) Nijerya'da yaşayan 200 şizofreni hastasının bakım yükünü belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada bakım vericilerin yarıdan çoğunun bakım yükünün yüksek düzeyde olduğunu bulmuşlardır. Bu çalışmaların aksine, Lloyd ve ark. (2010) çocukları şizofreni hastası olan Hindistanlı (23 kişi) ve beyaz İngiliz (16 kişi) ebeveynlerin bakım yükünü belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ebeveynlerin bakım yükü düzeylerini düşük bulmuşlardır. Bu çalışmanın sonuçlarının ülkemizde ve yurt dışında yapılan tanımlayıcı çalışmaların sonuçların daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu durum yurtdışında bakım vericilerin bakım verme sırasında daha fazla profesyonel destek almasıyla, vaka yöneticisi, evde bakım ve toplum ruh sağlığı merkezi uygulamaları ile toplum içinde hastanın takibi ve kontrolünü sağlanması ile ilişkili olabilir. Bu tür desteklerin var olması hem bakım vericinin hasta ile geçirdiği saatlerin azalmasını sağlayabilir, hem de gereken durumlarda bakım vericinin desteklenmesine katkı verebilir. Dolayısı ile bakım vericilerin bakım yükü düzeyleri orta düzeyin altında yer alabilir.

Program sonrası deney grubunun ZBVYÖ genel puanı ortalamasının $47,17 \pm 16,90$ olduğu, programdan hemen sonra ise $31,92 \pm 13,98$ 'e gerilediği belirlenmiştir. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p < 0,05$). (Tablo 13) Deney grubunda program sonrası ZBVYÖ puan ortalamaları arasında anlamlı bir düşüş belirlenirken ($p < 0,05$), kontrol grubunda puan ortalamaları arasında anlamlı bir değişim yaşanmamıştır ($p > 0,05$). Bu bulgulara dayanarak H4 hipotezi kabul edilmiştir. Deney ve kontrol grubunun program sonrası puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p < 0,05$). Bu bulgulara göre Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın bakım vericilerin bakım yüklerini azaltmada etkili olduğu söylenebilir. Programın bakım vericilerin stres belirtilerini azalttığı, olumlu baş etme davranışları geliştirmelerine katkı sağladığı, ruhsal hastalığa yakalanma riskini düşürdüğü tespit edilmiştir. Stresle daha iyi baş eden, stres belirtileri azalan ve ruhsal olarak da kendini iyi hisseden bir bakım vericinin bakım yükü düzeyinin düşmesinin de programın beklenen yararlarından biri olduğu düşünülebilir.

Literatürde yer alan bilişsel davranışçı tekniklerle dayalı stres yönetimi programlarından elde edilen sonuçlar incelendiğinde, Laube ve Higson (2000) toplum ruh sağlığı merkezinde çalışan sekiz personele bilişsel davranışçı aile müdahalesi konusunda eğitim verdikten sonra, eğitilen personelin 37 psikotik hastanın yakınana

uyguladıkları bilişsel davranışçı aile müdahalesinin etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında aile müdahalesi sonrası hastaların fonksiyonlarında bir değişim olmamasına karşın, ailelerin bakım yüklerinin azaldığını tespit etmişlerdir. Lopez, Crespo ve Zarit (2007) bağımlı yaşlı yetişkinlere bakım veren bireylere uyguladıkları iki farklı stres yönetim programının etkinliğini değerlendirdikleri çalışmalarında 8 hafta boyunca uygulanan bilişsel davranışçı tekniklere dayalı program sonrası bakım vericilerin bakım yüklerinin (p.ö:66,37±12,53, p.s:59,50±13,38) azaldığını tespit etmişlerdir. Bu sonuçlar çalışmamızdan elde ettiğimiz sonuçları destekler niteliktedir. Çalışmada bakım vericilere uygulanan program sonrası bakım yüklerinde önemli bir gerileme olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada stres belirtileri önemli derecede gerileyen, olumlu baş etme davranışları gelişen, ruhsal hastalıklara yakalanma riski azalan ve bakım yükü düzeyinde düşme tespit edilen bakım vericilerin aile işlevlerinin de daha sağlıklı hale gelebileceği düşünülmüştür. Bu doğrultuda, bakım vericilerin uygulanan KBDSYP öncesi ve sonrası aile işlevleri ADÖ ile değerlendirilmiştir.

Bakım Vericilerin ADÖ Puan Ortalamalarının Tartışılması

Aile ve aile işlevlerinin ruhsal ve fiziksel hastalıkların oluşumunda ve gidişinde önemli rol oynadığı bilinmektedir. Wiesman (2005) hastalığın alevlenmesinin özellikle psikososyal faktörler ve ev atmosferiyle yakından ilgili olduğunu belirtmektedir. Caqueo-Urizar ve ark. (2014) aile etkileşimindeki olumsuzlukların relaplara neden olduğunu vurgulamaktadır. Diğer yandan, aile içi dinamiklerde meydana gelen değişimler bireyin yaşantısında sorun oluşturabildiği gibi, bireyin yaşadığı kriz veya sorunlar da aile içi ilişkilere yansımakta ve işlevlerde değişmelere neden olmaktadır (Bulut, 1993). Aynı zamanda hasta da ortaya çıkan olumsuz durumlar da aile dinamiklerini olumsuz etkilemektedir. Bu bilgiler doğrultusunda çalışmamızda Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın aile işlevleri üzerine etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu nedenle deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin aile işlevlerine ilişkin program öncesi ve sonrası ölçümler yapılmıştır.

Bu çalışmada deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin ADÖ ön test puan ortalamalarının uygulama öncesi genel işlevler alt boyutu ($p < 0,05$) dışında birbirine benzer düzeyde olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p > 0,05$). (Tablo14) Bakım vericilerin ADÖ alt boyutları ön test puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki bakım vericilerin problem çözme, roller, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevler puan ortalamasının, kontrol

grubunda ise roller, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü puan ortalamasının ikinin üzerinde olduğu ve ölçeğin diğer boyutlarının puan ortalamasının da ikiye yaklaştığı belirlenmiştir. Ölçeğin kullanımına göre elde edilen puanın 2 ve üzerinde olması aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişi göstermektedir (Bulut, 1990). Bu sonuçlara dayanarak deney grubundaki ve kontrol grubundaki bakım vericilerin aile işlevlerinin sağlıksız bir gidiş gösterdiği söylenebilir. Yapılan çalışmalarda psikiyatri hastası bulunan ailelerin her konuda kendi aile işlevlerini psikiyatri hastası bulunmayan ailelerden daha bozuk ve sağlıksız olarak algıladığı belirlenmiştir (Bulut, 1993; Saunders, 1999; Kotama ve ark., 2004; Friedmann ve ark., 2004; Trangkasombat, 2006; Yıldırım ve Ekinci 2010). Danacı ve arkadaşlarının (2005) 37 şizofreni hasta ve ailesiyle yaptığı çalışmada, aile işlevlerinde sağlıksızlık olduğu ve aile işlevlerindeki bozulmanın hastanın sosyal işlevselliğini de etkilediği saptanmıştır. Ünal ve arkadaşlarının (2004) şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerini karşılaştırdığı çalışmada, şizofreni hastalarının aile işlevlerini en sağlıksız değerlendiren grup olduğu, şizofreni hasta ailelerinin ise ‘davranış kontrolü’ dışındaki işlevleri diğer hasta ailelerine göre daha sağlıksız değerlendirdiği belirlenmiştir.

Ebrinç ve ark. (2001) şizofreni hastalarının aile işlevlerinin incelendikleri çalışmalarında aile işlevlerinin sağlıksız ve bozuk olduğu, ailelerin aile içi ilişkiler yönünden bilinçlendirilmeleri ve eğitilmeleri gerektiğini belirttiktedirler. Bu doğrultuda uygulanan Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı sonrası deney ve kontrol grubuna ADÖ tekrar uygulanmıştır. Bununla birlikte, uygulama sonrası deney grubunda ADÖ’nün problem çözme, roller, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarında deney grubu lehine anlamlı bir düşüş olduğu ($p<0,05$); iletişim ve duygusal teki verebilme alt boyutlarında istatistiksel olarak anlamsız bir gerileme olduğu ($p>0,05$); gereken ilgiyi gösterme alt boyutunda ise anlamlı bir farklılığın olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise ADÖ alt boyutlarından roller, gereken ilgiyi gösterme ve davranış kontrolü puan ortalamasının ikinin üzerinde olduğu ve uygulama öncesine göre bu boyutlarda ve ölçeğin diğer boyutlarında da (problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, genel işlevler) anlamlı bir düşüşün olmadığı saptanmıştır ($p>0,05$) (Tablo 15). Diğer yandan, KBDSYP sonrası deney ve kontrol grubunun ADÖ alt boyutlarında aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında, roller ve davranış kontrolü puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunurken ($p<0,05$), problem çözme, iletişim, duygusal tepki verebilme, genel işlevler alt boyutlarında

anlamli bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Bulut (1993) ise ailede ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin roller, davranış kontrolü ve problem çözme alt boyutlarında diğer ailelerden daha farklı özelliklere sahip olduklarını ve ailelere verilecek hizmetlerin bu boyutlarda ele alınması gerektiğini vurgulamaktadır. Çalışmamızda bu boyutlara ilişkin puan ortalamasında bir gerilemenin yaşanmış olması sevindiricidir.

Bu sonuçlar doğrultusunda her bir alt ölçege ilişkin alınan puanlar ayrı ayrı değerlendirilmiştir. Bu alt ölçeklerden biri de problem çözmedir. Ölçekte “problem çözme” alt ölçegi ile ailenin etkili bir şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde, maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak değerlendirilmektedir (Bulut, 1993). Bu çalışmada deney grubundaki bakım vericilerin problem çözme alt ölçegi puan ortalaması uygulanan program sonrası anlamlı bir gerileme gösterdiği belirlenmiştir. Bu durum KBDSYP'nın bakım vericilerin problem çözme becerilerinin gelişimine katkı sağladığını göstermektedir. Özellikle programın içeriğinde sorun çözme yönteminin ele alınmış olmasının bu becerinin gelişiminde katkı sağlayıcı olduğu söylenebilir. Ancak deney grubunun puan ortalaması kontrol grubu ile karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0,05). Bu durum aile işlevlerinin sadece bakım verici bireyle değil, ailedeki tüm bireylerle ilişkili olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ayrıca, çalışmamızda sadece bakım vericiler ile bakım verme sırasında yaşanan sorunlar tartışılmış, ailenin diğer üyeleri oturumların dışında bırakılmıştır. Bu da diğer bireylerle ortak hareket edilerek çözüme kavuşturulması gereken sorunların çözümünde bakım vericilerin yalnız kalmasına ve çabalarının yetersiz kalmış olmasına neden olabilir.

Ölçeğin bir diğer boyutu da “roller” alt boyutudur. Bu boyut ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarının gelişip gelişmediğini inceler. Aile içindeki görevlerin belirgin ve eşit olarak bireylere dağıtılıp dağıtılmadığı ve görevlerin sorumlu üyeler tarafından yerine getirilip getirilmediği ile ilişkilidir. Ailenin kaynaklarının kullanımı, çocuğunu bakıp büyütme, destekleme, kişisel gelişimi sağlama ve aile sistemini idare etme gibi konularda davranış kalıbı geliştirip geliştirmediği üzerinde odaklanmaktadır (Bulut, 1993). Çalışmamızda deney grubunda uygulama öncesine göre uygulama sonrası anlamlı bir düşüş olduğu, ancak kontrol grubunda anlamlı bir değişikliğin olmadığı ve puan ortalamasının 2'nin üzerinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, kontrol grubundaki bakım vericilerin aile işlevlerinin olumsuz yönde geliştiğini de gösterebilir. Diğer yandan deney grubunda yaşanan bu anlamlı düşüş ise Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın bakım vericilerin roller konusunda aile işlevlerinin daha sağlıklı hale gelmesinde katkı verici olduğu

söylenbilir. Bu ise program sırasında bakım vericilerin bakım vermeyle ilgili yaşadıkları stresli durumların yaşadıkları rol yüklenmesi ile ilişkili olabileceğini fark etmeleri, aile içindeki sorumlulukları diğer üyelerle paylaşmaya başlamaları ve zamanı etkin kullanma becerilerinin geliştirilmeye çalışılması ile ilişkili olabilir. Benzer şekilde, şizofrenik bozukluğu olan bireylerin bakım vericileri ile yaptığı çalışmasında Quah (2014) günde 7 saat ve üzeri bakım veren bireylerin rol yüklenmesi yaşadığını ve buna bağlı olarak ruhsal sıkıntı ve yaşam kalitesinin bozulmasıyla karşı karşıya kaldıklarını belirtmektedir.

Ölçeğin bir diğer boyutu olan “davranış kontrolü” ile ailenin üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin sağlama biçimi ile psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışları değerlendirilir. Kontrolün esnek, katı ve düzensiz oluşu da bu alt ölçekle ilişkilidir (Bulut, 1993). Bu bilgiler doğrultusunda yapılan ölçümlerde, program sonrası deney grubundaki bakım vericilerin davranış kontrolü puanının program öncesine ve kontrol grubuna göre anlamlı bir düşüş gösterdiği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise önemli bir değişiklik olmamıştır. Bundan dolayı, kontrol grubunda aile işlevlerindeki olumsuzluğun sürdüğü söylenebilir. Diğer yandan, program sonrası deney ve kontrol grubunun puanları karşılaştırılmış ve aralarındaki farkın anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre, deney grubunda ortaya çıkan olumlu değişimin uygulanan KBDSYP ilişkili olduğu düşünülmektedir. Program da bakım vericilere duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişki açıklanmış ve düşüncelerimizin nasıl davranışlarımızı etkilediği kendileriyle tartışılmıştır. Bu bağlamda bakım vericilerin düşüncelerinin daha olumlu ve rasyonel hale gelmiş olması ile davranış kontrolünün gelişmiş olması arasında bir ilişki olabileceği düşünülmektedir. Bununla birlikte, programın bakım vericilerin stres düzeyini azalttığı ve baş etme becerilerinin gelişimine katkı sağladığı görülmüştür. Bu doğrultuda stres düzeyi azalan bir bireyin davranışlarını daha iyi kontrol edebileceği söylenebilir.

Aile değerlendirme ölçeğinin tüm boyutları hakkında genel bilgi toplamayı amaçlayan “genel işlevler” alt boyutunda ise deney grubundaki bakım vericilerin puan ortalamalarının KBDSYP sonrası anlamlı bir düşüş gösterdiği, ancak kontrol grubunda anlamlı bir değişikliğin olmadığı saptanmıştır. Program sonrası deney ve kontrol grubunun puanları karşılaştırıldığında ise anlamlı bir fark saptanmamıştır. Bu çalışmamızda uygulanan Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı’nın bakım vericilerin aile işlevlerini daha olumlu hale gelmesinde kısmen katkı verici olduğunu göstermektedir. Yıldırım ve Ekinci’nin (2010) şizofreni hastasına bakım veren bireyler

üzerinde yaptıkları ruhsal eğitim ve hastaları izleme çalışması sonrası deney grubundaki bakım vericilerin aile işlevlerinde olumlu ilerleme olduğunu tespit etmişlerdir. Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psikoeğitimin etkinliğinin değerlendirilmek amacıyla yaptığı çalışmada Dülgerler (2004) ADÖ puan ortalamasının olumlu yönde bir gelişme gösterdiğini belirlemiştir.

Ölçeğin “iletişim” alt boyutu ile aile üyeleri arasında etkili, açık ve direkt bir iletişim olup olmadığını değerlendirilmektedir (Bulut, 1993). Bu alt boyuta ilişkin KBDSYP sonrası yapılan ölçümde deney grubundaki bakım vericilerin puan ortalamalarında istatistiksel olarak anlamsız bir düşme tespit edilmiştir ($p>0,05$). Kontrol grubunda ise anlamlı bir gerileme saptanmamıştır ($p>0,05$). Deney kontrol grubunun programdan sonraki puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki fark anlamsız bulunmuştur ($p>0,05$). Bu bulgulara göre Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın bakım vericilerin iletişim fonksiyonunun gelişiminde yeterli etkiye sahip olmadığı görülmektedir. Bu çalışmada uygulanan program ile bakım vericilerin stresinin azaltılması hedeflendiğinden, ailenin iletişim fonksiyonunun gelişimine yönelik ayrıntılı bir uygulama yapılmamıştır. Ayrıca, Uzuntaş (2013) iletişim olgusunun en az iki kişi arasında gerçekleştiğini ve iletişim becerilerinin gelişimi için de hem teorik bilgiye hem de uygulamaya gereksinim olduğu belirtmektedir. Bu bilgilere göre, çalışmada sadece bakım vericilerin ele alınmış olmasının iletişim fonksiyonunun gelişimi için yeterli olmadığı da söylenebilir. Bu fonksiyonun gelişimi için ailenin bütün bireyleri ile çalışılması gerektiği görülmektedir. Nitekim, Doğan ve ark. (2002) 23 bakım verici ile ev ziyareti şeklinde yürüttükleri psikoeğitim çalışmasında da ADÖ boyutlarında bir gerileme tespit edilmiş, ancak puan ortalamaları karşılaştırıldığında bir fark tespit edilememiştir. Bu sonuç bizim çalışmamızla duygusal tepki verebilme, iletişim alt boyutlarında elde ettiğimiz sonuçları destekler niteliktedir.

Aile üyelerinin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi göstermesi anlamına gelen “duygusal tepki verebilme” alt ölçeğinde, sevgi, mutluluk ve neşe yanında, kırgınlık, üzüntü, korku gibi duygular yer alır. Ailenin duygularını ifade etme biçimini göstermektedir (Bulut, 1993). KBDSYP sonrası yapılan değerlendirmede deney grubundaki bakım vericilerin puanlarında anlamız bir gerilme olduğu, kontrol grubunda ise bir değişikliğin olmadığı belirlenmiştir ($p>0,05$). Ayrıca iki grup birbiriyle karşılaştırıldığında da anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Programın bakım vericileri duygusal tepkilerini daha sağlıklı bir biçimde ifade etmelerine kısmen katkı sağladığı söylenebilir. Oturumlar sırasında bireylere duygu-düşünce ve davranış ilişkisi

anlatılmıştır. Düşüncelerimizin duygularımız üzerindeki etkisini fark etmeleri sağlanmıştır. İrrasyonel düşünceler ve inançların rasyonel hale getirilmesi ile bireylerin duygularında ve davranışlarında değişimler olmuştur. Ancak bireyin sürekli ailedeki hasta bireyle ve diğer aile üyeleri ile iletişim halinde olduğu ve bu nedenle de duygusal tepki verebilme fonksiyonunun sadece ailenin bir üyesinde daha olumlu hale gelmesinin yeterli olmadığı söylenebilir. Yapılan birçok çalışmada da şizofrenik bozukluğa sahip bireylerle yaşayan ailelerin duygu dışı vurumunun yüksek olduğu da vurgulanmaktadır (Arslantaş ve ark., 2009; Nirmala, Vranda ve Reddy, 2011; Pratibha, Jena ve Bhatia 2012; Özkan ve ark., 2013) Nitekim, Soykan (1996) şizofrenisi olan bireylerin aileleriyle yaptığı iletişim becerileri odaklı grup çalışması sonucunda problem çözme, roller, iletişim, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarında deney grubu lehine anlamlı fark bulmuşken, duygusal tepki verebilme alt boyutunda anlamlı bir fark saptamamıştır.

Gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutu ise aile üyelerinin birbirlerine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. Aile üyelerinin birbirlerine orta derecede ilgi göstermesi ailenin sağlıklı olduğunu gösterir. İlginin çok olması aile üyelerinin birbirine aşırı bağımlı olduğunu, az olması ise birbirlerine az ilgi gösterdiklerini ortaya koymaktadır (Bulut, 1993). Çalışmamızda deney ve kontrol grubunun gereken ilgiyi gösterme alt grup puan ortalamasında program sonrası öncesine göre anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0,05$). Bununla birlikte, kontrol grubunun puan ortalamasının ikinin üzerinde olduğu ve gereken ilgiyi gösterme fonksiyonunun sağlıklı olduğu yani aile üyelerinin birbirlerine bağımlı hale geldikleri söylenebilir. Diğer yandan Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın bakım vericilerin gereken ilgiyi gösterebilme puanları üzerinde etkili olmadığı görülmektedir. Deney grubunda anlamlı bir değişikliğin olmaması ise bu fonksiyonun ailenin bütün üyelerinin birbirlerine gösterdikleri ilgiyle ilişkili olmasından ve bakım vericilerin kronik bir hastaya uzun süre bakım vermenin bakım verilen bireye olan ilgiyi azaltmasından ve yaşanan bakım yükünden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Bu sonuçlar, Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın bakım vericilerin aile işlevlerinin daha sağlıklı hale gelmesine kısmen katkı sağladığını göstermektedir. Programın ölçeğin alt boyutlarından olan roller, davranış kontrolü ve genel işlevler boyutlarında işlevlerin daha sağlıklı hale gelmesinde katkı verici olabileceği söylenebilir. Diğer alt boyutlarda anlamlı bir değişikliğin olmaması ise uygulanan programın daha çok bakım vericinin stresine odaklanan bir program olması, aile işlevlerinin sadece bakım vericiyle değerlendirilmiyor olması ve aile bireylerinden

birinde kronik bir ruhsal hastalığın var olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Bademli ve Çetinkaya Duman (2011) ise yaptıkları derleme çalışmalarında bakım verenlerin baş etme davranışları, algılanan stres ve sosyal desteğin aile işlevselliği üzerinde etkili olduğu da vurgulanmaktadır. Ancak çalışmamızda sadece stresle baş etme üzerine odaklanmanın aile işlevlerini tüm boyutları ile düzenlemede yeterli olmadığı görülmektedir.

Bakım Vericilerin Ölçeklerden Aldıkları Puanların Birbiri İle İlişkisinin Tartışılması

Şizofren bireylerin aileleri bazen hastanın probleminin, bazen de tedavi sürecinin bir parçası olarak görülmekte olup, ailelerin psikososyal ihtiyaçlarına ise nadiren öncelik verilmektedir (Yusuf ve Nuhu, 2011). Ailenin ihtiyaçlarının göz ardı edilmesi birçok sorunu beraberinde getirmekte ve bakım veren aile üyesinin stres anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe umutsuzluk gibi duygular yaşamasına neden olmaktadır (Gülseren, 2002; Saunders, 2003; Jones, 2009; Suro ve Weisman De Mamanı, 2013). Caqueo-Urizar ve ark. (2014) bakım veren aile üyesinin yaşadığı bu karmaşık duyguların ve yüksek düzeydeki stresin özellikle bakım vericinin yaşadığı rol yüklenmesi ile ve bakım vermenin tüm zamanını almasıyla ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Yapılan çalışmalarda da bakım vericilerin yaşadıkları stresin sonucu olarak depresif semptomlar ve anksiyete gibi ruhsal problemler, fiziksel sağlık sorunları, tükenme ve aile işlevlerinde bozulma gibi durumlarla karşı karşıya kaldıkları vurgulanmaktadır (Sugihara, 2004; Vitaliano ve ark., 2004; Cheng, 2006; Smith, 2006; Boydel ve ark. 2014). Liu ve arkadaşları (2007) ise kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin ailelerinin baş etme stratejilerinin yetersiz olduğu ve bakım verenlerin baş etmelerini geliştirmek için profesyonel desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmektedir.

Bakım vericinin sağlığının korunması ve bakım verme sürecinde yaşadıkları stresle daha iyi baş edebilir hale gelmelerini hedeflediğimiz çalışmamızda deney ve kontrol grubundaki bakım vericilerin program öncesi stres belirtileri, ruhsal durumları ve bakım yükleri, başa çıkma tarzları ve aile işlevleri açısından benzer özellikler gösterdiği saptanmıştır. Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı sonrası deney grubundaki bakım vericilerin problem odaklı başa çıkma ve duygu odaklı başa çıkma becerilerinin artış gösterdiği ve bunun sonucu olarak stres belirtilerinin azaldığı, ruhsal anlamda daha iyi hale geldikleri ve ruhsal hastalığa yakalanma risklerinin azaldığı, ve bakım yüklerinin düştüğü ve aile işlevlerinde ise kısmen bir iyileşmenin olduğu söylenebilir. Bu süreçte, kontrol grubundaki ise bakım vericilerin işlevsel olmayan başa

çıkma biçimini daha fazla kullanır hale geldikleri, stres belirtilerini yaşamayı sürdürdükleri, ruhsal sıkıntılarının devam ettiği ve ruhsal hastalığa yakalanma riskinin sürdüğü, bakım yüklerinin azalmadığı ve aile işlevlerinin sağlıksızlaştığı belirlenmiştir. Literatüre bakıldığında bakım vericilerin şizofren hastaya bakmaktan dolayı yaşadığı stresin, ruhsal durumlarını ve aile işlevlerini olumsuz etkilediği, bakım yükünü artırdığı birçok çalışmada vurgulanmaktadır (Saunders, 1999; Glyn ve ark., 2006; Maldonado ve Urizar, 2007; Yusuf ve Nuhu, 2011; Goncalves-Pereira ve ark.,2013). Yaşanan bu sıkıntıların ise daha çok bakım vericinin kullandığı işlevsel olmayan başa çıkma ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Onwumere ve ark., 2011). Yapılan çalışmalarda şizofreni hastalarının aile üyelerinin depresyon prevalansının genel nüfusa kıyasla iki kat daha yüksek olduğu ve yaşadıkları stres arttıkça depresif semptomların ve buna bağlı olarak yüklerinin arttığı belirtilmektedir (Doornbos, 2002; Saunders, 2003, Magana ve ark., 2007; Millier ve ark. 2014). Nitekim, Saunders'ın (1999) şizofreni hastasına bakım verenlerin aile işlevlerini etkileyen faktörleri incelediği çalışmasında, bakım verenlerin baş etme davranışları, algılanan stres ve sosyal desteğin aile işlevselliği üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelendiği bir başka çalışmada da bakım verenlerin kullandıkları baş etme yöntemleri ile ruhsal sağlık düzeyleri arasında yakın bir ilişki olduğu gözlenmiştir (Şengün, 2007). Kate ve ark. (2013) ise bakım vericilerin işlevsel olmayan başa çıkma becerilerini kullanılmasının, yaşam kalitesinin kötü ve ruhsal hastalık riskinin yüksek olmasının bakım vericinin yüküyle ilişkili olduğunu belirtmektedirler. Bu sonuçlara doğrultusunda, bakım vericilerin yaşadıkları stresle daha iyi baş etmesine yardım edecek, profesyonel anlamda destek sağlayacak programlara ihtiyaç duyduğu söylenebilir.

Bu bilgilere göre çalışmada kullanılan Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın bakım vericinin stresle başa çıkma tarzlarında olumlu yönde bir gelişme yarattığı ve bu gelişmenin bireyin yaşadığı stres düzeyini azalttığı, ruhsal anlamda bakım vericiyi desteklediği, bakım yüklerini azalttığı ve aile işlevlerinin daha olumlu hale gelmesinde kısmen katkı verici olduğu söylenebilir. Programın özellikle bakım vericilerin stres belirtilerinde bir gerileme yaratmış olması ruhsal hastalığa yakalanma riskini de azaltmış olabileceği, aynı zamanda bakım vericilerin yaşadıkları yükün azalması ile de stres belirtilerinin azalması arasında da bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Diğer yandan program sırasında yapılan uygulamaların bakım vericilerin stresle daha etkili baş etmesine katkı verdiği ve bunun sonucu olarak da stres

düzeyinin azaldığı, ruhsal hastalık riskinin düştüğü, bakım yükünün de gerilediği görülmektedir. Elde edilen bu sonuçların birbiriyle ilişkili olduğu ve parametrelerden birinde olan değişimin diğerini de olumlu etkilediği söylenebilir.

Bakım vericiler ile yapılan deneysel bir çalışma incelendiğinde; Lewis ve ark. (2009) 209 alzheimer hastasının bakım vericilerinin stresini azaltmak amacıyla yaptıkları 9 haftalık stresi azaltma programı çalışmasının sonucunda bakım vericilerin sosyal fonksiyonları, genel sağlık bulguları ve ruhsal durumlarının gelişme gösterdiğini, anksiyete, öfke, depresyon, algılanan stres ve bakım yüklerinin azaldığını bulmuşlardır. Aynı zamanda çalışmalarının sonucunda stresle baş etmenin bakım vericiler için maliyet etkin bir sağlığı geliştirme stratejisi olduğunu vurgulamaktadırlar. Bunlara ek olarak, Chakrabarti (2010) problem odaklı baş etme becerisi kullanmanın bakım yükünü azalttığını vurgulamaktadır. Gülseren ve ark.(2010) hasta yakınlarının anksiyete-depresyon düzeylerini azaltmaya yönelik girişimler ile sağlık personeli desteğinin bakım vericinin yükünü azaltabileceğini belirtmektedirler. Yapılan diğer çalışmalarda, şizofreni hastasına bakım verenlere sosyal destek sağlama ve stresle baş etme becerilerini geliştirmenin yaşanan yükü azaltmak için önemli olduğu vurgulanmaktadır (Schulze ve Rössler, 2006; Liu ve ark., 2007; Yılmaz, 2011; Bademli ve Çetinkaya Duman, 2013).

Yukarıdaki çalışmalardan elde edilen sonuçlar incelendiğinde; sonuçların bizim çalışmamızla paralellik gösterdiği ve Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın bakım vericilerin stres belirtilerini azaltmada, baş etme davranışlarını geliştirme de ve bakım yükünü ve ruhsal hastalık riskini azaltmada, aile işlevlerinin daha sağlıklı hale gelmesinde katkı verici olduğu söylenebilir.

6. SONUÇLAR

“Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi”nin şizofreni hastalarının bakım vericilerinin ruhsal durumlarına, stresle başa çıkma tutumlarına ve bakım yüklerine etkisini belirlemek amacıyla, 61 bakım verici (28 deney grubu, 33 kontrol grubu) ile deneysel olarak yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

6.1. Tanıtıcı Bulgular İle İlgili Sonuçlar

- Araştırmaya katılan tüm bakım vericilerin yaşları 19 ile 78 yaş arasında değişmekte olup, deney grubundaki bakım vericilerin yaş ortalamasının $48,35 \pm 14,12$, kontrol grubundaki bakım vericilerin yaş ortalamasının $53,15 \pm 14,64$ olduğu, bakım vericilerin çoğunun kadın, yarıdan fazlasının evli, tamamına yakınının çekirdek ailede yaşadığı, yarıya yakınının ilköğretim mezunu olduğu, çoğunun herhangi bir işte çalışmadığı belirlenmiştir. Her iki grubun birbirine benzer özellikler taşıdığı saptanmıştır ($p > 0.05$, Tablo 3).

- Deney grubundaki bakım vericilerin bakım verme süresi ortalamasının $15,82 \pm 8,13$, kontrol grubundaki bakım verme süresi ortalamasının $15,72 \pm 10,31$ olduğu, bakım vericilerin çoğunlukla hastanın eşi ya da annesi olduğu, tamamına yakınının hastasıyla birlikte yaşadığı, deney grubundaki bakım vericilerin günde $11,96 \pm 7,56$ saat, kontrol grubunda ise günde $14,90 \pm 8,14$ saat hastalarına bakım verdikleri, yarıdan çoğunun bakım vermeye ara verdiği ve hastanın bu süreyi aile bireyleri ile geçirdiği belirlenmiştir. Her iki grupta bakım vermeye ilgili özelliklerinin benzer olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 4).

- Bakım verilen bireylerin 21-81 yaşları arasında olduğu ve deney grubundaki bakım vericilerin bakım verdikleri hastaların yaş ortalamasının $41,53 \pm 10,72$, kontrol grubunda ise $42,84 \pm 14,22$ olduğu, bakım verilen hastaların yarıdan çoğunun erkek ve evli olduğu, çoğunun ilköğretim mezunu, yarıdan fazlasının 1-5 kez hastaneye yattığı ve fiziksel sağlık sorunu olmadığı, deney grubundaki hastaların ortalama $7,03 \pm 9,19$ yıldır, kontrol grubundaki hastalarında $16,72 \pm 10,28$ yıldır hasta olduğu saptanmıştır. Bakım verilen bireylerin özelliklerinin birbirine benzer olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 5).

6.2. Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı Öncesi SBÖ, SBÇTDÖ, GSA, ZBVYÖ, ADÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

- Deney grubundaki bakım vericilerin stres belirtileri genel puan ortalamasının $56,75 \pm 9,59$ olduğu, kontrol grubundakilerin ise $56,75 \pm 11,13$ olduğu ve gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin bilişsel-duyuşsal stres belirtileri alt

boyutu puan ortalamasının $25,53 \pm 5,25$ olduğu, kontrol grubundakilerin ise $25,60 \pm 7,60$ olduğu ve gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin fizyolojik stres belirtileri alt grup puan ortalamasının $13,96 \pm 2,25$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $14,00 \pm 2,10$ olduğu belirlenmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Ağrı-yakınma stres belirtisi alt grup puan ortalamaları incelendiğinde; deney grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $12,82 \pm 3,35$ olduğu, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $12,87 \pm 3,39$ olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 6).

- Deney grubundaki bakım vericilerin SBÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma alt ölçek puan ortalamasının $45,92 \pm 10,20$, kontrol grubundaki bakım vericilerin ise $47,03 \pm 7,42$ olduğu ve gruplar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur ($p > 0.05$). Duygusal odaklı başa çıkma alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; deney grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $45,92 \pm 10,20$ olduğu, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının ise $47,03 \pm 7,42$ olduğu belirlenmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin işlevsel olmayan başa çıkma puan ortalamasının $35,21 \pm 6,80$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $34,81 \pm 6,01$ olduğu bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 8a-8b).

- Deney grubundaki bakım vericilerin GSA genel puan ortalamasının $7,42 \pm 4,48$ olduğu, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $8,15 \pm 5,77$ olduğu belirlenmiştir. Puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 10).

- Program öncesi deney grubundaki bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasının $47,17 \pm 16,90$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $42,27 \pm 15,38$ olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 12).

- Deney grubundaki bakım vericilerin ADÖ problem çözme alt boyutu puan ortalamasının $2,08 \pm 0,63$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $1,97 \pm 0,61$ olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu

bulunmuştur ($p>0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin iletişim alt boyutu puan ortalamasının $1,94\pm 0,66$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $1,69\pm 0,46$ olduğu belirlenmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin roller alt grubu puan ortalamasının $2,09\pm 0,34$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $2,07\pm 0,46$ olduğu bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin duygusal tepki verebilme alt grubu puan ortalamasının $1,76\pm 0,44$ olduğu, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $1,77\pm 0,61$ olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Gereken ilgiyi gösterebilme alt boyutu incelendiğinde; deney grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $2,39\pm 0,27$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $2,29\pm 0,26$ olduğu belirlenmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p>0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin davranış kontrolü alt grubu puan ortalamasının $2,34\pm 0,42$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $2,48\pm 0,48$ olduğu bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin genel işlevler alt grubu puan ortalamasının $2,03\pm 0,54$ olduğu, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $1,74\pm 0,60$ olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 14).

6.3. Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı Sonrası SBÖ, SBÇTDÖ, GSA, ZBVYÖ, ADÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

- Deney grubundaki bakım vericilerin stres belirtileri genel puan ortalamasının $49,67\pm 8,19$, kontrol grubundakilerin ise $56,75\pm 11,13$ olduğu ve gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin bilişsel-duyuşsal stres belirtileri alt boyutu puan ortalamasının $21,96\pm 4,68$, kontrol grubundakilerin ise $25,57\pm 6,94$ olduğu ve gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin fizyolojik stres belirtileri alt grup puan ortalamasının $12,57\pm 1,73$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $14,03\pm 2,20$ olduğu belirlenmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin ağrı-yakınma stres belirtileri puan ortalamasının $11,14\pm 2,97$, kontrol

grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $12,81 \pm 3,10$ olduğu bulunmuştur. Puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 7).

- Deney grubundaki bakım vericilerin SBÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma alt ölçek puan ortalamasının $56,21 \pm 6,93$, kontrol grubundaki bakım vericilerin ise $46,33 \pm 6,97$ olduğu ve gruplar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Duygusal odaklı başa çıkma alt ölçek puan ortalamaları karşılaştırıldığında; programdan sonra deney grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $57,67 \pm 5,13$ olduğu, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının ise $52,66 \pm 7,54$ olduğu belirlenmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin işlevsel olmayan başa çıkma puan ortalamasının $33,78 \pm 5,23$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $35,93 \pm 5,53$ olduğu bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 9a-9b).

- Deney grubundaki bakım vericilerin GSA genel puan ortalamasının $2,03 \pm 2,08$ iken, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $8,12 \pm 4,85$ olduğu ve gruplar karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 11).

- Deney grubundaki bakım vericilerin ZBVYÖ puan ortalamasının $31,92 \pm 13,98$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının ise $42,18 \pm 13,73$ olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$, Tablo 13).

- Deney grubundaki bakım vericilerin ADÖ problem çözme alt boyutu puan ortalamasının $1,80 \pm 0,57$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $1,95 \pm 0,52$ olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin iletişim alt boyutu puan ortalamasının $1,74 \pm 0,54$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $1,71 \pm 0,40$ olduğu belirlenmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p > 0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin roller alt grubu puan ortalamasının $1,85 \pm 0,31$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $2,07 \pm 0,45$ olduğu bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin duygusal tepki verebilme alt grubu puan ortalamasının $1,69 \pm 0,63$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan

ortalamasının $1,76 \pm 0,60$ olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$). Deney grubundaki bakım vericilerin gereken ilgiyi gösterebilme puan ortalamasının $2,43 \pm 0,33$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $2,29 \pm 0,25$ olduğu belirlenmiştir. Gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu saptanmıştır ($p > 0,05$). Deney grubundaki bakım vericilerin davranış kontrolü alt grubu puan ortalamasının $1,97 \pm 0,42$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $2,47 \pm 0,45$ olduğu bulunmuştur. Gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Deney grubundaki bakım vericilerin genel işlevler alt grubu puan ortalamasının $1,72 \pm 0,56$, kontrol grubundaki bakım vericilerin puan ortalamasının $1,77 \pm 0,54$ olduğu ve gruplar arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0,05$, Tablo 15).

6.4. Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı Öncesi ve Sonrası SBÖ, SBÇTDÖ, GSA, ZBVYÖ, ADÖ Puan Ortalamalarına İlişkin Sonuçlar

- Deney grubunun program öncesi SBÖ Genel puan ortalaması programdan önce $56,75 \pm 9,59$ iken, programdan sonra $49,67 \pm 8,19$ olmuştur. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Deney grubunun bilişsel duyuşsal stres belirtisi alt boyutu puan ortalaması programdan önce $25,53 \pm 5,25$ iken, programdan sonra $21,96 \pm 4,68$ 'e gerilemiştir. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Deney grubundaki bakım vericilerin fizyolojik stres belirtisi alt boyutu puan ortalamasının programdan önce $13,96 \pm 2,25$ iken, programdan sonra $12,57 \pm 1,73$ olduğu saptanmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p < 0,05$). Deney grubundaki bakım vericilerin ağrı-yakınma stres belirtisi alt boyutu puan ortalamasının programdan önce $12,82 \pm 3,35$ iken, programdan sonra $11,14 \pm 2,97$ gerilediği ve ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$, Tablo 7).

- Kontrol grubunun program öncesi SBÖ Genel puan ortalaması programdan önce $56,93 \pm 12,46$ iken, programdan sonra $56,75 \pm 11,13$ olarak kalmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$). Kontrol grubunun bilişsel duyuşsal stres belirtisi alt boyutu puan ortalamaları incelendiğinde; puan ortalaması programdan önce $25,60 \pm 7,60$ iken, programdan sonra $25,57 \pm 6,94$ olarak kalmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p > 0,05$). Kontrol

grubundaki bakım vericilerin fizyolojik stres belirtisi alt boyutu puan ortalamasının programdan önce $14,00 \pm 2,10$ iken, programdan sonra $14,03 \pm 2,20$ olduğu saptanmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p > 0.05$). Kontrol grubundaki bakım vericilerin ağrı-yakınma stres belirtisi alt boyutu puan ortalamasının programdan önce $12,87 \pm 3,39$ iken, programdan sonra $12,81 \pm 3,10$ olduğu ve ölçümler arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p > 0.05$, Tablo 7).

- Deney grubundaki bakım vericilerin SBÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma alt grup puan ortalamasının program öncesi $45,92 \pm 10,20$ iken, programdan sonra $56,21 \pm 6,93$ 'e yükseldiği belirlenmiştir. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin duygusal odaklı başa çıkma alt grup puan ortalamasının program öncesi $51,92 \pm 7,66$ iken, programdan sonra $57,67 \pm 5,13$ 'e yükseldiği ve ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$). Deney grubundaki bakım vericilerin işlevsel olmayan başa çıkma alt grup puan ortalamasının program öncesi $35,21 \pm 6,80$ iken, programdan hemen $33,78 \pm 5,23$ 'e gerilediği ve ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$, Tablo 9a).

- Kontrol grubundaki bakım vericilerin SBÇTDÖ sorun odaklı başa çıkma alt grup puan ortalamasının ise program öncesi $47,03 \pm 7,42$ iken, programdan sonra $46,33 \pm 6,97$ 'ye gerilediği saptanmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$). Duygusal odaklı başa çıkma alt grup puan ortalamasının program öncesi $52,96 \pm 8,40$ iken, programdan sonra $52,66 \pm 7,54$ olduğu ve ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p > 0.05$). İşlevsel olmayan başa çıkma alt grup puan ortalamasının program öncesi $34,81 \pm 6,01$ iken, programdan sonra $35,93 \pm 5,53$ yükseldiği ve ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$, Tablo 9b).

- Deney grubundaki bakım vericilerin GSA genel puan ortalamasının program öncesi $7,42 \pm 4,48$ iken, programdan sonra $2,03 \pm 2,08$ düştüğü saptanmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 11).

- Kontrol grubundaki bakım vericilerin GSA genel puan ortalamasının program öncesi $8,15 \pm 5,77$ iken, programdan sonra $8,12 \pm 4,85$ olarak kaldığı saptanmıştır.

Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$, Tablo 11).

- Deney grubunun program öncesi ZBVYÖ genel puanı ortalamasının $47,17\pm 16,90$ olduğu, programdan hemen sonra ise $31,92\pm 13,98$ 'e gerilediği belirlenmiştir. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 13).

- Kontrol grubunun program öncesi ZBVYÖ genel puanı ortalamasının $42,27\pm 15,38$ olduğu, programdan hemen sonra $42,18\pm 13,73$ olarak kaldığı saptanmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 13).

- Deney grubunun program öncesi ADÖ problem çözme alt grup puan ortalamasının $2,08\pm 0,63$ iken, programdan hemen sonra $1,80\pm 0,57$ 'ye gerilediği belirlenmiştir. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). İletişim alt grup puan ortalamasının program öncesi $1,94\pm 0,66$ iken, program sonrası $1,74\pm 0,54$ düştüğü belirlenmiştir. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Roller alt grup puan ortalamasının program öncesi $2,09\pm 0,34$ iken, programdan sonra $1,85\pm 0,31$ gerilediği ve ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Duygusal tepki verebilme alt grup puan ortalamasının program öncesi $1,76\pm 0,44$ iken, programdan sonra $1,69\pm 0,63$ düştüğü saptanmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Gereken ilgiyi gösterme alt grup puan ortalamasının $2,39\pm 0,27$, programdan sonra $2,43\pm 0,33$ olduğu belirlenmiştir. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Davranış kontrolü alt grup puan ortalamasının program öncesi $2,34\pm 0,42$ iken, programdan sonra $1,97\pm 0,42$ gerilediği ve ölçümler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Genel işlevler alt grup puan ortalamasının program öncesi $2,03\pm 0,54$ iken, programdan sonra $1,72\pm 0,56$ düştüğü saptanmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 15).

- Kontrol grubunun program öncesi ADÖ problem çözme alt grup puan ortalamasının $1,97\pm 0,61$ iken, programdan sonra $1,95\pm 0,52$ olduğu belirlenmiştir. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). İletişim alt grup puan ortalamasının program öncesi $1,69\pm 0,46$

iken, program sonrası $1,71\pm0,40$ olduğu belirlenmiştir. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Roller alt grup puan ortalamasının program öncesi $2,07\pm0,46$ iken, programdan sonra $2,07\pm0,45$ olduğu ve ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu belirlenmiştir ($p>0.05$). Duygusal tepki verebilme alt grup puan ortalamasının program öncesi $1,77\pm0,61$ iken, programdan sonra $1,76\pm0,60$ olduğu saptanmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Gereken ilgiyi gösterme alt grup puan ortalamasının $2,29\pm0,26$ olduğu, programdan sonra $2,29\pm0,25$ belirlenmiştir. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$). Davranış kontrolü alt grup puan ortalamasının program öncesi $2,48\pm0,48$ iken, programdan sonra $2,47\pm0,45$ olduğu ve ölçümler karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farkın olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Genel işlevler alt grup puan ortalamasının program öncesi $1,74\pm0,60$ iken, programdan sonra $1,77\pm0,54$ olduğu saptanmıştır. Ölçümler karşılaştırıldığında aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamsız olduğu bulunmuştur ($p>0.05$, Tablo 15).

7. ÖNERİLER

Şizofreni hastalarının bakım vericilerine yönelik geliştirilen Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı'nın etkinliğini değerlendirilmesi amacıyla yapılan çalışmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki öneriler sunulmuştur.

- Bu çalışmada, şizofreni hastalarının bakım vericilerine yönelik hazırlanan Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı 7 hafta boyunca, haftada bir gün 120 dk. şeklinde uygulanmış ve bakım vericilerin stres belirtilerinin azalmasına, sorun odaklı ve duygu odaklı başa çıkma puanlarının artmasına, bakım yüklerinin azalmasına, ruhsal durumlarının iyileşmesine, problem çözme, davranış kontrolleri, rolleri ve aile işlevlerinin gelişmesine katkı sağlamıştır. Bu sonuca dayanarak:

- Toplum ruh sağlığı merkezlerinde ailelere yönelik verilen eğitim programları içine Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programının dahil edilmesi ve sürekliliğinin sağlanması,

- Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programının psikiyatri hastalarına bakım verilen diğer sağlık bakım ortamlarında da bakım vericilere uygulanması,

- Programın daha büyük örneklem grubu ile uygulanması,

- Bu çalışmada izlem yapılamamıştır. Bu nedenle program sonrası elde edilen sonuçların devamlılığının test edilebilmesi için Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı ile planlanan araştırmalarda 6 ay ya da 1 yıl aralarla izlemin yapılması,

- Odak grup görüşmesi yöntemiyle programın değerlendirilmesi,

- Bakım vericilerin programa katılımlarının artırılması için Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı ile planlanan araştırmalarda programın grup çalışması yerine bireysel görüşmelerle sürdürülmesinin denenmesi,

- Bakım vericilerin programa katılımlarının artırılması için programın uygulama süresinin kısaltılması amacıyla programın tekrar gözden geçirilmesi,

- Hastalarla etkileşimde olan diğer aile üyelerini de içine alabilecek daha kapsamlı çalışmaların planlanması önerilebilir.

8. KAYNAKLAR

- Addington, J.M.A. (2005). Three-year outcome of family work in an early psychosis program. *Schizophr Res*, 79,107-116.
- Adeosun, I.I. (2013). Correlates of caregiver burden among family members of patients with schizophrenia in Iagos, Nigeria. *Schizophrenia Research and Treatment*, vol. 2013, Article ID 353809, 7 pages.
- Aggarwal, M., Avasthi, A., Kumar, S., Grover, S. (2011). Experience of caregiving in schizophrenia: A study from India. *International Journal of Social Psychiatry*, 57, 224–236.
- Ağargün, M.Y., Beşiroğlu, L., Kıran, Ü.K., Özer, Ö.A., Kara, H. (2005). COPE (Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6,221-226.
- Akman, S. (2004). Stresin nedenleri ve açıklayıcı kuramlar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35), 40-55.
- Alberti, R., Emmons, M. (2002). Atılgnlık (Çeviren: Serap Katlan). Ankara: HYB Yayıncılık.
- Aldwin, C.M. (2012). *Stress, Coping, and Development: An Integrative Perspective* (2. Edition). New York: Guilford Press.
- Allender, J.A., Spradley, B.W. (2001). *Community Health Nursing Concepts and Practice*. Philadelphia: Lippincott.
- Antoni, M.H., Lechner, S., Diaz, A., Vargas, S., Holley, H., Phillips, K., et. all. (2009). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. *Brain Behav Immun*,23(5),580-591.
- Arslantaş, H., Adana, F. (2011). Şizofrenin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 3(2),251-277.
- 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. *Adana menderes üniversitesi tıp fakültesi dergisi*, 10 (2),3-10.
- Atagün, M.İ., Balaban, Ö.D., Atagün, Z., Elagöz, M., Özpolat, A.Y. (2011). Kronik hastalarda bakımveren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3, 513-552.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D., J., Hoeksema, S. N. (2010). *Hilgard Psikolojiye Giriş* (5th. Ed). (Çev: Yavuz Alogan). Ankara: Arkadaş.
- Atkinson, R.L., Atkinson, R.C., Smith, E.E., Bern, D.J. (1996). *Hilgard's Introduction to Psychology*(12. Basım). Orlando: Harcourt Brace.
- Awad, G.A., Voruganti, L.N.P. (2008) The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26,149-162.
- Aydın, A., Eker, SS., Cangür, Ş., Sarandöl, A., Kırılı, S. (2009). Şizofreni hastalarında bakım veren külfet düzeyinin, sosyodemografik değişkenler ve hastalığın özellikleri ile ilişkisi. *Nöropsikiyatri Arşivi*, 46(Özel Sayı), 10-14.
- Aydın, B., İmamoğlu, S. (2001). Stresle Başa Çıkma Becerisi Geliştirmeye Yönelik Grup Çalışması. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi*, 14, 41–52.
- Aydın, Ş. (2004). Örgütsel Stres Yönetimi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6 (3), 49-74.
- Back, S.E., Gentilin, S., Brady, K.T. (2007). Cognitive-behavioral stress management for individuals with substance use disorders: a pilot study. *J Nerv Ment Dis*, 195(8),662-668.

- Bademli K., Çetinkaya Duman Z. (2012). Aileden aileye destek programının şizofreni hastalarına bakım verenlerin ruh sağlıklarına ve başatme yöntemlerine etkisi. II. Uluslararası IV. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı, Erzurum, 114-114.
- Bademli, K., Çetinkaya Duman, Z. (2011) Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileden aileye destek programları: Sistematik derleme. Türk Psikiyatri Dergisi, 22(1),1-11.
- Bademli, K., Çetinkaya Duman, Z. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 5(4),461-478.
- Baker, J.A. (2000). Developing psychosocial care for acute psychiatric wards. J Psychiatr Ment Health Nurs,7, 95-100.
- Balcıoğlu, İ. (2005). Stres kavramı ve tarihsel gelişimi. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi,47,9-12.
- Baltaş, Z., Baltaş, A. (2008). Stres ve Başa Çıkma Yolları. 23. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Banken, J.A., Mahone, C.H. (1991).Brief cognitive behavior therapy in an undergraduate pilot student: a case report. Aviat Space Environ Med,62(11),1078-1080.
- Barker, E.T., Greenberg, J.S., Seltzer, M.M., Almeida, D.M.(2012). Daily stress and cortisol patterns in parents of adult children with a serious mental illness. Health Psychol,31(1),130-134.
- Barman, N., Chakravorty, P. (2012). A descriptive study to assess the level of stress among family members of selected mentally ill clients attending psychiatry OPD of a tertiary care teaching hospital. Dysphrenia,3(1),65-73.
- Barrowclough, C., Tarrrier, N. (2001). Families of Schizophrenic Patients: Cognitive Behavioural Intervention. United Kingdom: Nelson Thornes, 84-115.
- Barry, J., von Baeyer, C.L. (1997).Brief cognitive-behavioral group treatment for children's headache. Clin J Pain, 13(3),215-220.
- Barton, K., Jackson, C. (2008). Reducing symptoms of trauma among carers of people with psychosis: pilot study examining the impact of writing about caregiving experiences. Aust N Z J Psychiatry, 42, 693-701.
- Basco, R., Glickman, M., Weatherford, P., Ryser, N. (2000). Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders: why and how it works. Bull Menninger Clin, 64: A52-A70.
- Baskak, B., Atbaşoğlu, C., Saka, M.C. (2009). Şizofreni etiyolojisinde psikososyal etmenlerin rolü: antipsikiyatriden gen çevre etkileşimine. Nöropsikiyatri Arşivi, 46(Özel Sayı), 1-9.
- Başbüyük, Ş. (2004). Psikiyatri servisinde yatan hastaların ailelerinin, hastanın bakımıyla ilgili yaşadıkları güçlükler ve stresle başa çıkma stratejileri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Mersin.
- Beck, J. (2011). Cognitive behavior Therapy: basics and beyond (second edition). USA: The Guilford Press, 181-182.
- Beck, J. S. (2001). Bilişsel terapi: Temel ilkeler ve Ötesi. Çev. N. Hisli Şahin, Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Bernstein, D. (2011). Essentials of Psychology (5. Edition), USA: Wadsworth Cengage Learning, 418-419.
- Bevan, S., Gulliford, J., Steadman, K., Taskila, T., Thomas, R., Moise, A. (2013). Working with Schizophrenia: Pathways to Employment, Recovery & Inclusion. London: The Work Foundation Alliance.

- Bichwood, M., Cochrane, R. (1990). Families Coping with Schizophrenia :coping styles, their origins and correlates. *Psychol Med*, 20(5), 857-865.
- Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, K. (2010). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22 (1), 40-52.
- Bostrom, A. C., & Boyd, M. A. (2005). Schizophrenia. In M. A. Boyd (Ed.), *Psychiatric nursing: Contemporary practice* (pp. 265-310). Philadelphia, NY: Lippincot William & Wilkins.
- Boydell, J., Onwumere, J., Dutta, R., Bhavsar, V., Hill, N., Morgan, C., et. all. (2014). Caregiving in first-episode psychosis: social characteristics associated with perceived ‘burden’ and associations with compulsory treatment. *Early Intervention in Psychiatry*, 8: 122–129.
- Boye, B., Bentsen, H., Ulstein, I., Notland, T.H. (2001). Relatives’distress and Patients’ symptoms and Behaviours: a Prospective Study of Patients with Schizophrenia and Their Relatives. *Acta Psychiatr Scand*, 104,42-50.
- Boyer, L., Caqueo-Urizar, A., Richieri, R., Lancon, C., Gutiérrez-Maldonado, J., Auquier, P. (2012).Quality of life among caregivers of patients with schizophrenia: a cross-cultural comparison of Chilean and French families. *BMC Fam Pract*,13(42),1-6.
- Brady, N., McCain, G.C. (2004). Living with schizophrenia: a family perspective. *Online J Issues Nurs*, 29(10),1-7.
- Brannon,L., Feist, J., Updegraff, J. (2013). *Health Psychology: An Introduction to Behavior and Health*. USA: Cengage Learning.
- Brown, J.L., Vanable, P.A. (2008).Cognitive-behavioral stress management interventions for persons living with HIV: a review and critique of the literature. *Ann Behav Med*. 35(1),26-40.
- Brummet, B. H., Babyak, M. A., Siegler, I. C., Vitaliano, P. P., Ballard, E. L., Gwyther, L. P., et al. (2006). Association among perception of social support, negative affect, and quality of sleep in caregivers and noncaregivers. *Health Psychology*, 25(2), 220–225.
- Brunero, S., Cowan, D., Fairbrother, G. (2008). Reducing emotional distress in nurses using cognitive behavioral therapy: A preliminary program evaluation. *Japan Journal of Nursing Science*, 5, 109–115.
- Bulut, I. (1993). Ruh hastalığının aile işlevlerine etkisi. Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları. Ankara: Kılıçaslan Matbaası.
- Bulut, I.(1990). Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. Ankara:Özgüzel Matbaası.
- Burland, J. (1998). Family-to-family: A trauma and recovery model of family education. *New Dir Ment Health Serv*, 77,33-41.
- Bushy, A., Stanton, M.P., Freeman, H.K. (2004). The effects of stress management program on knowledge and perceived self-efficacy among participants from a faith community: A pilot study. *Online Journal of Rural Nursing and Health Care*, 4 (2), 52-60.
- Buzlu, S., Bilgin, H. (2001). Hemşirelik öğrencilerinde girişkenlik eğitiminin değerlendirilmesi. I. Uluslararası V. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Kongresi bildirler kitabı içinde (ss.166-167). Nevşehir.
- Büyüköztürk, Ş. (2009). *Sosyal bilimler için veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum* (9.baskı). Ankara: Pegem Yayınları.
- Cahill, S.P., Foa, E.B. (2007). Psychological theories of PTSD. In: Friedman MJ, Keane TM, Resick PA, editors. *Handbook of PTSD: Science and practice*. New York: Guilford Press.

- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J.(2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*,15(4),719-724.
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Miranda-Castillo, C. (2009). Quality of life incaregivers of patients with schizophrenia: A literature review. *Health Qual Life Outcomes*, 7, 84-89.
- Caqueo-Urizar, A., Miranda-Castillo, C., Lemos Giráldez, S., Lee Maturana, S.L., Ramírez Pérez, M., Mascayano Tapia, F. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26(2),235-43.
- Carlborg, A. Winnerbäck, K., Jönsson, E.G., Jokinen, J., Nordström, P. (2010). Suicide in schizophrenia. *Expert Rev Neurother*, 10(7),1153-1164.
- Chadda, R.K., Singh, T.B., Ganguly, K.K. (2007). Caregiver burden and coping: a prospective study of relationship between burden and coping in caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(11), 923-30.
- Chakrabarti, S. (2010). Impact of schizophrenia on caregivers: the Indian perspective. In: Kulhara P, Avasthi A, Grover S. *Schizophrenia: The Indian scene* (2. Ed). Barwala, Haryana: Chandika Press.
- Chan, S.W. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs*. 25(5),339-49.
- Chang, K.H., Horrocks, S. (2006). Lived experiences of family caregivers of mentally ill relatives. *J Adv Nurs*, 53, 435-443.
- Chatterjee, S., Naik, S., John, S., Dabholkar, H., Balaji, M.,Koschorke, M., et. all. (2014).Effectiveness of a community-based intervention for people with schizophrenia and their caregivers in India (COPSI): a randomised controlled trial. *Lancet*,383(9926):1385-1394.
- Cheng, Y. (2006). Caregiver burnout: A critical review of the literature. Doctoral dissertation, Alliant International University, San Diego.
- Chien, W.T. (2008). Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *Open Nurs J*, 2, 28-39.
- Chien, W.T. (2010). *Stress of family members in caring for a relative with schizophrenia* (1st Ed.), 62pp. New York: Nova Science Publishers.
- Chien, W.T., Chan, S.W.C. (2013).The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: A randomised controlled trial with 24-month follow-up. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1326–1340.
- Chien, W.T., Norman, I. (2003). Educational needs of families caring for Chinese patients with Schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 44(5), 490–498.
- Chien, W.T., Thompson, D.R., Norman, I. (2008). Evaluation of peer-led mutual support group for chinese families of people with schizophrenia. *Am J Community Psychol*, 42, 122-134.
- Chien, W.T., Wong, K.F. (2007).A family psychoeducation group program for chinese people with schizophrenia in Hong Kong. *Psychiatr Serv*,58(7),1003-1006.
- Cialkowska-Kuzminska, M., Kiejna, A. (2010). Caregiving consequences in mental disorders, definitions and instruments of assessment. *Psychiatria Polska*, 44(4),519-27.
- Compas, B.E., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A.H., Watsworth, M. (2001). Coping with stres during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*,127(1), 87-127.

- Connel, C.M. (1994). Impact of spouse caregiving on health behaviors and physical and mental health status. *The American Journal of Alzheimer's Care and Related Disorders & Research*, January/February, 26-36.
- Corey, G. (2009). *Theory and practice of counseling and psychotherapy* (8th ed.). Belmont: Wadsworth Brooks/Cole.
- Côté, J.K., Pepler, C. (2002). A randomized trial of a cognitive coping intervention for acutely ill HIV-positive men. *Nurs Res*, 51(4), 237-244.
- Cotton, D.H.G. (1990). *Stress Management: Integrated Approach to Therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Cotton, S.M., McCann, T.V., Gleeson, J.F., Crisp, K., Murphy, B.P., Lubman, D.I. (2013). Coping strategies in carers of young people with a first episode of psychosis. *Schizophr Res*, 146(1-3), 118-24.
- Creado, D.A., Parkar, S.R., Kamath, R.M. (2006). A comparison of the level of functioning in chronic schizophrenia with coping and burden in caregivers. *Indian J Psychiatry*, 48(1), 27-33.
- Cully, J.A., Teten, A.L. (2008). *A therapist's guide to brief cognitive behavioral therapy*. Department of Veterans Affairs South Central MIRECC. Houston, 6-7.
- Cüceloğlu, D. (1992). İnsan ve davranışı (3. Baskı). İstanbul: Remzi kitabevi, 321-323.
- Cw Lam, P., Ng, P., Tori, C. (2013). Burdens and psychological health of family caregivers of people with schizophrenia in two Chinese metropolitan cities: Hong Kong and Guangzhou. *Community Ment Health J*, 49(6), 841-846.
- Çam Yıldırım, S. (2014). Ruh sağlığı ve hastalıklarının temel bir kavramı: stres. İçinde O.Çam, E. Engin (Edt.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*. (S.147-154). İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Çelik Örucü, M. (2005). Stres yönetimi eğitim programının üniversite öğrencilerinin algıladıkları stres, kendine yeterlilik ve başa çıkma stilleri üzerindeki etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Çetin, N., Demiralp, M., Oflaz, F., Özşahin, A. (2013). Şizofreni hastalarının günlük yaşam aktivite düzeyi ile aile üyelerinin bakım yükü ve dışı vuran duygu durumu ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 14 (1), 19-26.
- Çetinkaya Duman, Z., Aştı, N., Uçok, A. (2007). Şizofreni hastalarına ve ailelerine "bağımsız yaşam becerileri ve topluma yeniden katılım programı uygulaması ve izlenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8, 91-99.
- Çetinkaya Duman, Z., Bademli, K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry*, 5(1), 78-94.
- Çimen, S. (2009). Psikiyatri hastası ve bakım verenlerin yaşadığı sorunların çözümünde toplum ruh sağlığı hemşiresinin rolü. III. Ulusal ve Uluslararası Katılımlı Psikiyatri Hemşireliği Kongresi Özet Kitabı. Akçakoca-Düzce, 34-35.
- Çoban, A.E., Hamamcı, Z. (2008). Effect of stress coping program on the level of vocational burnout of counselors. *Elementary Education Online*, 7(3), 600-613.
- Danacı, A.E., Karaca, N., Deveci, A. (2005). Şizofreni hastalarında aile işlevselliği ile sosyal işlevsellik arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi. *Türkiye'de Psikiyatri*, 7, 104-108.
- Davis, M., Eshelman, E.R., McKay, M. (2009). *The Relaxation & Stress Reduction Workbook* (6.edition). USA: New Harbinger Publications.

- De Silva, J., Hanwella, R., de Silva, V.A. (2012). Direct and indirect cost of schizophrenia in outpatients treated in a tertiary care psychiatry unit. *Ceylon Med*, 57(1), 14-18.
- De Vente, W., Kamphuis, J.H., Emmelkamp, P.M., Blonk, R.W. (2008) Individual and group cognitive-behavioral treatment for work-related stress complaints and sickness absence: a randomized controlled trial. *J Occup Health Psychol*, 13(3), 214-31.
- Demiralp, M., Oflaz, F. (2007). Bilişsel-davranışçı terapi teknikleri ve psikiyatri hemşireliği uygulaması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(2), 132-140.
- Digiuseppe, R. (1999). Rational emotive behavior therapy. İçinde H.T. Prout, D.T. Brown (Eds.), *Counseling and Psychotherapy with Children And Adolescents* (4th edition). New York: John Wiley& Sons.
- Dixon, L., Stewart, B., Burland, J., Delahanty, J., Lucksted, A., Hoffman, M. (2001). Pilot study of the effectiveness of the family-to-family education program. *Psychiatr Serv*, 52, 965-970.
- Dobson, D., Dobson, K.S. (2009). Evidence-based practice of cognitive behavioral therapy (1. edition). New York: The Guilford Press.
- Doğan, O. (2001). Şizofreni hastalarının evde bakımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2 (1), 41-46.
- Doğan, O. (2002). Şizofrenik bozukluklarda psikososyal yaklaşımlar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3,240-248.
- Doğan, O. (2011). *Psikiyatrik epidemiyoloji*. Sivas: Esform Ofset.
- Doğan, O., Doğan, S., Tel, H., Çoker, F., Polatöz, Ö., Başeğmez, F. (2002). Şizofrenide psikososyal yaklaşımlar: Aileler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3,133-139.
- Doherty, K.Y., Doherty, D.T. (2008). Coping strategies and styles of family carers of persons with enduring mental illness: a mixed method analysis. *Scand J Caring Sci*, 22,19-28.
- Doornbos, M. (1997). The problems and coping methods of caregivers of young adults with mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing*, 35(9), 22-26.
- Doornbos, M. (2002). Predicting family health in families of young adults with severe mental illness. *J Fam Nurs*, 8, 241-263.
- Doornbos, M. (2001). Professional support for family caregivers of people with serious and persistent mental illnesses. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv*,39(12),38-45.
- *DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı*. (2007). (E. Köroğlu, Çev.). İstanbul: Hekimler Yayın Birliği.
- Durmaz, H., Okanlı, A. (2014). Investigation of the effect of self-efficacy levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. *Arch Psychiatr Nurs*,28(4),290-294.
- Dülgerler, Ş. (2004). Şizofrenik bozukluğu olan bireylerin ailelerine verilen psikoeğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Dülgerler, Ş.(2014). Şizofrenik Bozukluklar. İçinde O.Çam, E. Engin (Edt.), *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı*.(S.411-449).İstanbul: İstanbul Medikal Yayıncılık.
- Dyck, D.G., Short, R., Vitaliano, P.P. (1999). Predictors of burden and infectious illness in schizophrenia caregivers. *Psychosom Med*, 61(4), 411-419.

- Ebrinç, S., Çetin, M., Başoğlu, C., Ağargün, M.Y., Seçil, M., Can, S., Çobanoğlu, N. (2001) Şizofren hasta ve ailelerinde aile işlevselliği, sosyal destek ve duygu dışı vurumunun incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(1),5-14.
- Ellis, A. (1996). The humanism of rational-emotive behavior therapy and other cognitive behavior therapies. *Journal of Humanistic Counseling Education & Development*, 35(2), 69-88.
- Elmore, D.L. (2014). The Impact of Caregiving on Physical and Mental Health: Implications for Research, Practice, Education, and Policy. İçinde R.C. Talley, G.L. Fricchione, B.G. Druss (Eds.), *The Challenges of Mental Health Caregiving*. (pp.15-31). New York: Springer.
- Eryılmaz, A. (2009). Ergenlik döneminde stres ve başa çıkma. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 6(2), 20-37.
- Eskin, M. (2012). *Problem Solving Therapy in the Clinical Practice*. USA: Newnes.
- Famakinwa, A., Fabiny, A. (2008). Assessing and managing caregiver stress: development of a teaching tool for medical residents. *Gerontol Geriatr Educ*, 29(1),52-65.
- Family Caregiver Alliance. (2006). *Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change*. Report from a National Consensus Development Conference (Vol. I). San Francisco: Author.
- Ferriter, M., Huband, N. (2003). Experiences of parents with a son or daughter suffering from schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10, 552-560.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45,839-859.
- Folkman, S. Lazarus, R.S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21, 219-239.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J., DeLongis, A., Gruen, R. ve ark. (1986) Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *J Pers Soc Psychol*, 50, 571-579.
- Fortune, D.G., Smith, J.V., Garvey, K.(2005). Perceptions of psychosis, coping, appraisals, and psychological distress in the relatives of patients with schizophrenia: an exploration using self-regulation theory. *Br J Clin Psychol*,44(3),319-331.
- Friedmann, M.S., Mcdermut, W.H., Solomon, D.A., Ryan, C.E., Keitner, G.I., Miller, I.W. (2004). Family functioning and mental illness: a comparison of psychiatric and nonclinical families. *Fam Process*, 36,357-367.
- Friedrich, M., Lively, S., Buckwalter, K. (1999). Well siblings living with schizophrenia, impact of associated behaviors. *Journal of Psychosocial Nursing*, 37 (8), 11-19.
- Gaab, J., Sonderegger, L., Scherrer, S., Ehlert, U. (2006). Psychoneuroendocrine effects ofcognitive-behavioral stress management in a naturalistic setting--a randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*. 31(4), 428-38.
- Gallagher, S.K., Mechanic, D. (1996).Living with the mentally ill: effects on the health and functioning of other household members. *Soc Sci Med*,42(12),1691-701.
- Gallagher-Thompson, D., Shurgot, G. R., Rider, K., Gray, H. L., McKibbin, C. L., Kraemer, H. C., et al. (2006). Ethnicity, stress, and cortisol function in Hispanic and non-Hispanic white women: A preliminary study of family dementia caregivers and noncaregivers. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(4), 334-342.

- Gammon, E.A., Rose, S.D. (1991). The coping skills training program for parents of children with developmental disabilities: An experimental evaluation. *Research on Social Work Practice*, 1, 244-256.
- Ganguly, K.K., Chadda, R.K., Singh T.B. (2010). Caregiver burden and coping in schizophrenia and bipolar disorder: a qualitative study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 13, 126-142.
- Gardner, B., Rose, J., Tyler, P.,; Mason, O., Cushway, D. (2005). Cognitive therapy and behavioural coping in the management of work-related stress: An intervention study. *Work and Stress*, 19(2), 137 - 152.
- Gerson, R., Wong, C., Davidson, L., Malaspina, D., McGlashan, T., Corcoran, C. (2011). Self-reported coping strategies in families of patients in early stages of psychotic disorder: an exploratory study. *Early Interv Psychiatry*, 5(1),76-80.
- Ghosh, S., Greenberg, J. (2009). Aging fathers of adult children with schizophrenia: the toll of caregiving on their mental and physical health. *Psychiatr Serv*, 60(7),982-984.
- Glyn, S.M., Cohen, A.N., Dixon, L.B., Niv, N. (2006). The potential impact of recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. *Schizophr Bull*, 32,451-463.
- Goncalves-Pereira, M., Xavier, M., van Wijngaarden, B., Papoila, A.L.,Schene, A.H., Caldas-de-Almeida, J.M. (2013). Impact of psychosis on Portuguese caregivers: A cross-cultural exploration of burden, distress, positive aspects and clinical-functional correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(2). 325-335.
- González-Bono, E., de Andrés-García, S., Romero-Martínez, Á., Moya-Albiol, L. (2013). Cardiovascular response to psychosocial repeated stress in caregivers of offspring with schizophrenia. *Span J Psychol*, 16,1-11.
- Gökçe, F.S. (2004). Stres yönetimi: Bedene yönelik teknikler. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35), 128-158.
- Gramling, S.E., Auerbach, S.M. (1997). *Stress management workbook: Techniques and self-assessment procedures*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Grandon, P., Jenaro, C., & Lemos, S. (2008). Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables. *Psychiatry Research*, 158, 335-343.
- Greenberg, J.S., Greenley, J.R., Mckee, D., Brown, R., Griffin-Francell C. (1993) Mothers caring for an adult child with schizophrenia: The effects of subjective burden on maternal health. *Family Relations*, 42(2), 205-211.
- Groarke, A., Curtis, R., Kerin, M.(2013). Cognitive-behavioural stress management enhances adjustment in women with breast cancer. *Br J Health Psychol*,18(3),623-641.
- Gupta, A., Sharma, R.(2013). Burden and coping of caregivers of physical and mental illnesses. *Delhi Psychiatry Journal*, 16(2), 367-374.
- Güçlü, N. (2001). Stres yönetimi. *G.Ü. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 21(1), 91-109.
- Gülseren, L. (2002). Şizofreni ve aile: güçlükler, yükler, duygular, gereksinimler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 13(2), 143-151.
- Gülseren, L., Çam, B., Karakoç, B., Yiğit, T., Danacı, A.E., Çubukçuoğlu, Z., Taş, C., Gülseren, Ş., Mete L. (2010). Şizofrenide ailenin yükünü etkileyen etmenler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(3), 203-212.
- Gülseren, L., Turgut, S., Yaprak, S., Kültür, S. (1999). Şizofreni tanısı konmuş bir grup hastanın aileleriyle sosyometrik psikodramatik grup terapisi süreci. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 10, 325-331.

- Gümüş, A.B., (2006). Şizofreni hastalarının ve yakınlarının sağlık eğitimi gereksinimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7,33-42.
- Hall, M., Docherty, N. (2000). Parent coping styles and schizophrenic patient behavior as predictors of expressed emotion. *Family Process*, 39(4), 435-443.
- Halter, M.J. Varcarolis, E.M., (2012). *Varcarolis' Foundations of Psychiatric Mental Health Nursing: A Clinical Approach*. USA: Elsevier Health Sciences.
- Hamamci, Z. (2006). Integrating psychodrama and cognitive behavioral therapy to treat moderate depression. *Arts Psychother*, 33, 199-207.
- Hamdan-Mansour, A.M., Puskar, K., Bandak, A.G. (2009). Effectiveness of cognitive-behavioral therapy on depressive symptomatology, stress and coping strategies among Jordanian university students. *Issues Ment Health Nurs*, 30(3), 188-96.
- Hammerfald, K., Eberle, C., Grau, M., Kinsperge, A., Zimmermann, A., Ehlert, U., Gaab, J. (2006). Persistent effects of cognitive-behavioral stress management on cortisol responses to acute stress in healthy subjects—A randomized controlled trial. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 333–339.
- Hanzawa, S., Bae, J.K., Bae, Y.J., Chae, M.H., Tanaka, H., Nakane, H., et. all. (2013). Psychological impact on caregivers traumatized by the violent behavior of a family member with schizophrenia. *Asian J Psychiatr*, 6(1), 46-51.
- Hanzawa, S., Bae, J.K., Tanaka, H., Bae, Y.J., Tanaka, G., Inadomi, H., Ohta, Y. (2010). Caregiver burden and coping strategies for patients with schizophrenia: Comparison between Japan and Korea. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 64(4), 377-386.
- Hassan, W.A.N., Mohamed, I.I., Abd Elnaser, A.E., Sayed, N.E. (2011). Burden and coping strategies in caregivers of schizophrenic patients. *Journal of American Science*, 7(5), 802-811.
- Hawkins, K.M., Reddy, P., Bunker, S. (2007). Evaluation of a stress management course in adult education centres in rural Australia. *Aust J Rural Health*, 15(2), 107-113.
- Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik: Toplum ruh sağlığı merkezi hemşiresinin görev yetki ve sorumlulukları, Resmi Gazete, Sayı: 27910.
- Hess, R.S., Richardas, M.L. (1999). Developmental and gender influences on coping: implications for skills training. *Psychology in Schools*, 36(2), 149-157.
- Hiçdurmaz, D. (2010). Bilişsel davranışçı grup danıőmanlıęının benlik algısı ve stresle baş etme biçimlerine etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Hiçdurmaz, D., Öz, F. (2011). Benliğin bilişsel yaklaőımla güçlendirilmesi. *Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi*, 68-78.
- Hisli Şahin, N. (1998). Stresle baőaıkma: Olumlu bir yaklaşım. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Hisli Şahin, N. (2006). Bilişsel terapi temel ilkeler ve ötesi. İstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Holden, R. (1992). *Stress Busters*. London: Thorsons.
- Honea, N.J., Brintnall, R., Given, B., Sherwood, P., Colao, D.B., Somers, S.C., et. all. (2008). Putting Evidence into Practice: nursing assessment and interventions to reduce family caregiver strain and burden. *Clin J Oncol Nurs*, 12(3), 507-516.
- Hou, S.Y., Ke, C.L., Su, Y.C., Lung, F.W., Huang, C.J. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62(5), 508-514.

- Hovardaoğlu, S. (1997). Stres belirtileri ile durumsal ve sürekli kaygının yordanması. *Kriz Dergisi*, 5(2), 127-134.
- Hsiao, C.Y., Van Riper, M. (2009). Individual and family adaptation in Taiwanese families of individuals with severe and persistent mental illness (SPMI). *Research in Nursing & Health*, 32, 307–320.
- Huang, X.Y., Hung, B.J., Sun, F.K., Lin, J.D., Chen, C.C. (2009). The experiences of carers in Taiwanese culture who have long-term schizophrenia in their families: A phenomenological study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(10), 874-883.
- Huang, X.Y., Sun, F.K., Yen, W.J., Fu, C.M. (2008). The coping experiences of carers who live with someone who has schizophrenia. *J Clin Nurs*, 17, 817-826.
- Igberase, O.O., Morakinyo, O., Lawani, A.O., James, B.O., Omoaregba, J.O. (2012). Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria. *Int J Soc Psychiatry*, 58(2), 131-7.
- Iglesias, S.L., Azara, S., Squillace, M., Jeifetz, M., Arnais, M.R. Desimone, M.F., et. all. (2005). A study on the effectiveness of a stress management programme for college students. *Pharmacy Education*, 5 (1), 27-31.
- Ishola, A.G. (2013). Burden of families caring for people living with schizophrenia in two selected hospitals in Ibadan, Oyo state, Nigeria. *West African Journal Of Nursing*, 1-14.
- İnci, F.H. (2006). Bakım verme yükü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması, geçerlilik ve güvenilirliği. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.
- Jacqueline, M.A., Denise, A.C. (1995). Families coping with schizophrenia. England: Wiley.
- Jagannathan, A., Hamza, A., Thirthalli, J., Nagendra, H., Nagarathna, R., Gangadhar, B.N. (2012). Development and feasibility of need-based yoga program for family caregivers of in-patients with schizophrenia in India. *International Journal of Yoga*, 5(1), 42-47.
- Jewell, T.C., Downing, D., McFarlane, W.R. (2009). Partnering with families: multiple family group psychoeducation for schizophrenia. *J Clin Psychol*, 65(8), 868-878.
- Johnson, D.W. (1993). *Reaching out: Interpersonal effectiveness and self-actualization* (5.edition). London: Allyn & Bacon.
- Johnstone, M. (1989). *Stress in teaching. An overview of research*. Midlothian: The Scottish Council for Research in Education. SCRE Publication.
- Jones, F., Bright, J. (2001). *Stress: Myth, theory and research*. New York: Prentice Hall.
- Jones, K. (2009). Addressing the needs of carers during early psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 1, 22-26.
- Jungbauer, J., Stelling, K., Dietrich, S., Angermeyer, M.C. (2004). Schizophrenia: problems of separation in families. *J Adv Nurs*, 47(6), 605-613.
- Kaplan, A., Laygo, R. (2003). Stress management. İçinde W. O'Donohue, J.E. Fisher, S.C. Hayes (Eds.), *Cognitive behavior therapy: Applying empirically supported techniques in your practice*. (pp. 411-416). Hoboken, NJ: Wiley.
- Karancı, N. (1995). Caregivers of Turkish schizophrenic patients: Casual attributions, burdens, and attitudes to help from the health professionals. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 30, 261-268.

- Karancı, N., İnandılar, H. (2002). Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 37, 80-88.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., Nehra, R. (2013). Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian J Psychiatr*, 6(5), 380-388.
- Keogh, E., Bond, F.W., Flaxman, P.E. (2006). Improving academic performance and mental health through a stress management intervention: outcomes and mediators of change. *Behav Res Ther*, 44(3), 339-357.
- Keypour, M., Arman, S., Maracy, M.R. (2011). The effectiveness of cognitive behavioral stress management training on mental health, social interaction and family function in adolescents of families with one Human Immunodeficiency Virus (HIV) positive member. *J Res Med Sci*, 16(6), 741-749.
- Khajavi, M., Ardeshirzadeh, M., Afghah, S., Dolatshahi, B. (2011). The impact of coping strategies on burden of care in chronic schizophrenic patients and caregivers of chronic bipolar patients. *IRJ*, 9 (14) , 26-31.
- Kılıç, C. (1996). Genel sağlık anketi: geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 3-9.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Preacher, K. J., MacCallum, R. C., Atkinson, C., Malarkey, W., Glaser, R. (2003). Chronic stress and age-related increases in the proinflammatory cytokine IL-6. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, 100(15), 9090-9095.
- Knock, J., Kline, E., Schiffman, J., Maynard, A., Reeves, G. (2011). Burdens and difficulties experienced by caregivers of children and adolescents with schizophrenia-spectrum disorders: a qualitative study. *Early Interv Psychiatry*, 5(4), 349-354.
- Kotama, A., Akiyama, T., Miyake, Y., Kurita, H. (2004). Family functioning perceived by patients and their family members in three diagnostic and statistical manual-IV diagnostic groups. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58, 495-500.
- Koutentaki, E., Basta, M.B., Stefanakis, Z., Gavrilakis, P., Panierakis, C., Chrousos, G.P., et. al. (2014). The stress of chronic mental illness affects both mental and physical health of the caregivers. *Abstracts of the 22nd European Congress of Psychiatry*, 29(1), 1.
- Kumar S., Mohanty S. (2007). Spousal burden of care in schizophrenia. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 33(2), 189-194.
- Kumar, S., Rani, Uma Jain, A., Mohanty, S. (2010). Coping with spousal burden in chronic schizophrenia. *Indian Journal of Social Science Researches* , 7 (1), 90-94.
- Kung, W. W., Tseng, Y.F., Wang, Y., Hsu, P.C., Chen, D. (2012). Pilot study of ethnically sensitive family psychoeducation for Chinese-American patients with schizophrenia. *Social Work in Mental Health*, 10(5), 384-408.
- Küçükgüçlü, Ö., Esen, A., Yener, G. (2009). Bakımverenlerin yükü envanterinin türk toplumu için geçerlik ve güvenirliğinin incelenmesi. *J Neurol Sci (Turkish)*, 26, 60-73.
- Laidlow, T., Coverdal, J., Fallon, I., Kydd, R. (2002). Caregivers' stresses when living together or apart from patients with chronic schizophrenia. *Community Mental Health Journal*, 38(4), 303-310.
- Laube, R.E., Higson, F.M. (2000). Staff training in cognitive-behavioral family intervention in mental illness using the multiple-family group approach: a pilot study. *Community Ment Health J*, 36(5), 477-90.

- Lazarus, R. S. (1991). Cognition and motivation in emotion. *American Psychologist*, 46 (4), 352-367.
- Lazarus, R.S. (1976). *Patterns of adjustment*. New Jersey: McGraw-Hill Book Company.
- Lazarus, R.S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosom Med*, 55(3), 234-247.
- Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Siproinger Publisher, 141-157.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., Gruen, R.J., DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.
- Lefley, H.P. (2010). Treating difficult cases in a psychoeducational family support group for serious mental illness. *J Fam Psychother*, 21(4), 253-268.
- Lehman, A.F., Lieberman, J.A., Dixon, L.B., McGlashan, T.H., Miller, A.L., Perkins, D.O., et. all. (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (second edition)*. American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines, 1-56.
- Lester, H., Marshall, M., Jones, P., Fowler, D., Amos, T., Khan, N., et. all. (2011). Views of young people in early intervention services for first-episode psychosis in England. *Psychiatr Serv*, 62(8), 882-887.
- Leung, S.S., Chiang, V.C., Chui, Y.Y., Mak, Y.W., Wong, D.F. (2011). A brief cognitive-behavioral stress management program for secondary school teachers. *J Occup Health*, 53(1), 23-35.
- Lewis, S.L., Miner-Williams, D., Novian, A., Escamilla, M.I., Blackwell, P.H., Kretschmar, J.H., et. all. (2009) A stress-busting program for family caregivers. *Rehabil Nurs*, 34(4), 151-159.
- Li, J., Lambert, C.E., Lambert, V.A. (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. *Nurs Health Sci*, 9(3), 192-198.
- Liberman, J.A., Stroup, T.S., Perkins, D.O. (2012). *Essentials of Schizophrenia*. United States: American Psychiatric Publishing.
- Lin, Y., Wu, M., Yang, C., Chen, T., Hsu, C., Chang, Y., et. all. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Educ Today*, 24(8), 656-665.
- Litt, M.D., Shafer, D.M., Kreutzer, D.L. (2010). Brief cognitive-behavioral treatment for TMD pain: long-term outcomes and moderators of treatment. *Pain*. 151(1), 110-116.
- Litz, B.T., Bryant, R., Williams, L., Wang, J. Engel Jr., C. C. (2004). A therapist-assisted internet self-help program for traumatic stress. *Professional Psychology: Research and practice*, 35, 628-634.
- Liu, M., Clinton, E., Lambert, V. (2007). Caregiver burden and coping patterns of Chinese parents of a child with mental illness. *Int J Ment Health Nurs*, 16, 86-95.
- Lloyd, H., Singh, P., Merritt, R., Shetty, A., Yiend, J., Singh, S., et. all. (2011). Comparison of levels of burden in Indian and white parents with a son or daughter with schizophrenia. *Int J Soc Psychiatry*, 57(3), 300-311.
- Lopez, J., Crespo, M., Zarit, S.H. (2007). Assessment of the efficacy of a stress management program for informal caregivers of dependent older person. *The Gerontologist*, 47, 205-214.

- Loughland, CM., Lawrence, G., Allen, J., Hunter, M., Lewin, T.J., Oud, N.E., et. all. (2009). Aggression and trauma experiences among carer-relatives of people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(12), 1031-1040.
- Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental illness: A review of research studies. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 248-255.
- Lucini, D., Riva, S., Pizzinelli, P., Pagani, M. (2007). Stress management at the worksite: reversal of symptoms profile and cardiovascular dysregulation. *Hypertension*, 49(2), 291-297.
- Mackay, C., Pakenham, K.I. (2011). Identification of stress and coping risk and protective factors associated with changes in adjustment to caring for an adult with mental illness. *J Clin Psychol*, 67(10), 1064-79.
- Macleod, S.H., Elliott, L., & Brown, R. (2011). What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 48(1), 100-120.
- Magana, S.M., Garcia, J.I.M., Hernandez, M.G., Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatr Serv*, 58, 378-384.
- Magliano, L., Fadden, G., Economou, M., Xavier, M., Held, T., Guarneri, M., et. all. (1998). Social and clinical factors influencing the choice of coping strategies in relatives of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I Study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(9), 413-419.
- Magliano, L., Fadden, G., Fiorillo, A., Malangone, C., Sorrentino, D., Robinson, A., et al. (1999). Family burden and coping strategies in schizophrenia: Are key relatives really different to other relatives? *Acta Psychiatr Scand*, 99(1), 10-15.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Rosa, C., Maj, M. (2006). National Mental Health Project Working Group. Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study. *Acta Psychiatr Scand*, 429, 60-63.
- Magliano, L., Marasco, C., Fiorillo, A., Malangone, C., Guarneri, M., Maj, M. (2002). The impact of professional and social network support on the burden of families of patients with schizophrenia in Italy. *Acta Psychiatr Scand*, 106, 291-298.
- Magliano, L., Guarneri, M., Fiorillo, A., Marasco, C., Malangone, C., Maj, M. (2001). A multicenter Italian study of patients' relatives' beliefs about schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 52: 1528-30.
- Maldonado, G.J., Urizar, A.C. (2007). Effectiveness of psycho-educational intervention for reducing burden in Latin American families of patients with schizophrenia. *Qual Life Res*, 16, 739-747.
- Maldonado, J.G., Urizar, A.C., Kavanagh, D.J. (2005). Burden of care and general health in families of patient with schizophrenia. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiol*, 40, 899-904.
- Marquez, J.A., Ramírez García, J.I. (2011). Family caregivers' monitoring of medication usage: a qualitative study of Mexican-origin families with serious mental illness. *Cult Med Psychiatry*, 35(1), 63-82.
- Marriott, A., Donaldson, C., Tarriner, N., Burns, A. (2000). Effectiveness of cognitive-behavioural family intervention in reducing the burden of care in carers of patients with Alzheimer's disease. *The British Journal of Psychiatry*, 176, 557-562.

- Martens, L., Addington, J. (2001). The psychological well-being of family members of individuals with schizophrenia. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36, 128-133.
- McAuliffe, R., O'Connor, L., Meagher, D.(2014).Parents' experience of living with and caring for an adult son or daughter with schizophrenia at home in Ireland: a qualitative study. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 21(2),145-153.
- McCann, T.V., Lubman, D.I., Clark, E. (2011). First-time primary caregivers' experience of caring for young adults with first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 37(2),381-388.
- Mcgrath, J.J. (2005). Myths and plain truths about schizophrenia epidemiology – the NAPE lecture 2004. *Acta Psychiatr*, 111, 4-11.
- McManus, S., Meltzer, H., Brugha, T., Bebbington, P., Jenkins, R. (2009). Adult psychiatric morbidity in England, 2007. Results of a household survey. London: The Health & Social Care Information Centre.
- McNaughton-Cassill, M.E., Bostwick, J.M., Vanscoy, S.E., Arthur, N.J., Hickman, T.N.,Robinson, R.D., et. all. (2000). Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril*,74(1),87-93.
- Meichenbaum, D. (1993). Stress inoculation training: A 20-Year Update. İçinde P.M. Lehrer, R.L. Woolfolk (Eds.), *Principles and practice of stress management* (pp. 373-406). New York: Guilford Press.
- Meichenbaum, D. (1996). Stress inoculation training for coping with stressors. *The Clinical Psychologist*, 49, 4-7.
- Millier, A., Schmidt, U., Angermeyer, M.C., Chauhan, D., Murthy, V., Toumi, M., et. all. (2014). Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. *J Psychiatr Res*, 54, 85-93.
- Mino, Y., Shimodera, S., Inoue, S., Fujita, H., Fukuza, K. (2007). Medical cost analysis of family psychoeducation for schizophrenia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61, 20–24.
- Mitchell, A.J., Vancampfort, D., De Herdt, A., Yu, W., De Hert, M. (2013). Is the prevalence of metabolic syndrome and metabolic abnormalities increased in early schizophrenia? A comparative meta-analysis of first episode, untreated and treated patients. *Schizophr Bull*, 39(2), 295-305.
- Mizuno, E., Iwasaki, M., Sakai, I., Kamizawa, N. (2012). Sense of coherence and quality of life in family caregivers of persons with schizophrenia living in the community. *Arch Psychiatr Nurs*,26(4),295-306.
- Moeini, B., Hazavehei, S., Hosseini, Z., Aghamolaei, T., Moghimbeigi, A.. (2011).The Impact of Cognitive Behavioral Stress Management Training Program on Job Stress in Hospital Nurses: Applying PRECEDE Model.*Journal of Research in Health Sciences*, 11(2), 114-120.
- Montero, I., Masanet, M.J., Lacruz, M., Bellver, F., Asencio, A., García, E. (2006). Family intervention in schizophrenia: long-term effect on main caregivers. *Actas Esp Psiquiatr*,34(3),169-174.
- NAMI. (2008). *Schizophrenia: Public Attitudes, Personal Needs. Views from People Living with Schizophrenia, Caregivers, and the General Public. Analysis and Recommendations*. Arlington, VA: National Alliance on Mental Illness.
- Neenan, M., Palmer, S. (2001). Cognitive-behavioral coaching. *Stress News*, 13(3),15-18.

- Nehra, R., Chakrabarti, S., Kulhara, P., Sharma, R. (2005). Caregiver coping in bipolar disorder and schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 40,329-336.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Lombardo, E.R. (2001). Managing stress through problem-solving. *Stress News*, 13, 11-14.
- Nirmala, B.P., Vranda, M.N., Reddy, S.(2011). Expressed emotion and caregiver burden in patients with schizophrenia. *Indian J Psychol Med*,33(2),119-22.
- Nitsche, I., Koch, R., Kallert, T. (2010). Which factors influence the psychological distress among relatives of patients with chronic functional psychoses? An exploratory study in a community mental health care setting. *Journal of Public Health*, 18(2), 105-117.
- Nixon, C.D., Singer, G.H. (1993). Group cognitive behavioral treatment for excessive parental self blame and guilt. *American Journal on Mental Retardation*, 97, 665-672.
- O'Donohue, W.T., Fisher, J.E. (2008). *Cognitive behavior therapy: applying empirically supported techniques in your practice* (1. Edition). USA: John Willey&Sons, 533-539.
- Oflaz, F. (1995). Psikiyatrik hastaların eşlerinin psikososyal güçlükleri ve stresle başetme yollarının incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Oğul, M. (2004). Bilişsel yaklaşıma göre kontrol algısı ve stresle başa çıkma. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35),159-163.
- Olridge, M.L., Hughes, I.C. (1992). Psychological well-being families with a member suffering from schizophrenia, an investigation into long-standing problem, *British Journal of Psychiatry*, 161, 249-251.
- Onbaşıoğlu, M. (2004). Stresle başetmede zihinsel yöntemler. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35), 103-127.
- Onwumere, J., Kuipers, E., Bebbington, P., Dunn, G., Freeman, D., Fowler, D., Garety, P. (2011). Coping styles in carers of people with recent and long-term psychosis. *J Nerv Ment Dis*, 199(6),423-4.
- Oshodi, Y.O., Adeyemi, J.D., Aina, O.F., Suleiman, T.F., Erinfolami, A.R., Umeh, C. (2012). Burden and psychological effects: caregiver experiences in a psychiatric outpatient unit in Lagos. Nigeria. *Afr J Psychiatry (Johannesbg)*,15(2),99-105.
- Öbekli, T.(2013). Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı ile ayaktan tedavi gören hastaların eşlerinin depresyon, anksiyete ve cinsel işlev düzeylerinin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Öner, U. (2010)., *Stresle Başa Çıkma*. Ankara : Nobel Yayın Dağıtım.
- Özbaş, D., Buzlu, S. (2011). Geçmişten günümüze psikiyatri hemşireliği. *İ.Ü.F.N. Hem. Dergisi*, 19(3), 187-193.
- Özdamar, K. (2009). *Paket programlar ile istatistiksel veri analizi 1*. Eskişehir: Kaan Kitabevi.
- Özer, S. (2010). Kalp yetersizliğinde aile/bakım verici yükü. *Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi*, 1(1), 3-7.
- Özgü, Ö. (2010). Bilişsel davranışçı yaklaşıma dayalı stresle başa çıkma becerileri eğitim programının işgörenlerin stres, kaygı ve iyilik hali düzeylerine etkisi: karşıyaka vergi dairesi örneği. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

- Özkan, B., Erdem, E., Demirel Özsoy, S., 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. *Pak J Med Sci*,29(5),1122-1127.
- Özkök, A. (2005). Disiplinlerarası yaklaşıma dayalı yaratıcı problem çözme öğretim programının yaratıcı problem çözme becerisine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 28,159-167.
- Özlü, A. (2007). Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişim ile ilgili özellikler. *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*. Kocaeli Üniversitesi, Kocaeli.
- Özmen, İ. (2008). *Hayatın Baskısına Karşı Sağlıksız Teki: Stres*. İstanbul: Lamia Yayınevi.
- Özmen, M., Önen,B. (2005). Stresle başa çıkma yolları. *Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*,7,171-180.
- Öztürk, M.O., Uluşahin, U. (2011). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt 1 (Onbirinci Baskı)*. Ankara: Tuna Matbaacılık, 255-300.
- Panayiotopoulos, C., Pavlakis, A., Apostolou, M. (2013). Family burden of schizophrenic patients and the welfare system; the case of Cyprus. *Int J Ment Health Syst*, 7:13.
- Patel, M., Chawla, R., Krynicki, C.R., Rankin, P., Upthegrove, R. (2014). Health beliefs and carer burden in first episode psychosis. *BMC Psychiatry*,9(14),171.
- Pazvantoglu, O., Sarısoy, G., Böke, Ö., Alptekin-Aker, A., Deniz-Özturan, D., Ünverdi, E. (2014). Şizofrenide bakım veren yükünün boyutları: Hastaların işlevselliğinin rolü. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*,27, 53-60.
- Penedo, F., Antoni, M.H., Schneiderman, N. (2008). *Stress management for prostate cancer recovery*. New York: Oxford University Press.
- Perlick, D., Rosenheck, R., Kaczynski, R., Swartz, M.S., Cañive, J.M., Lieberman, J. (2006). Components and correlates of family burden in schizophrenia. *Psychiatr Serv*, 57, 1117-1125.
- Perlick, D.A., Rosenheck, R.A., Miklowitz, D.J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., et. all. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 9(3), 262-273.
- Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., Garety, P., Geddes, J., Orbach, G., et. all. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med*, 32, 763-782.
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., Engel, R.R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia-a meta-analysis. *Schizophr Bull*, 27, 73-92.
- Pompili, M., Amador, X.F., Girardi, P., Harkavy-Friedman, J., Harrow, M., Kaplan, K., et. all. (2007). Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future. *Ann Gen Psychiatry*, 16(6),10.
- Pratibha, Jena, S.P.K., Bhatia, M.S. (2012). Expressed emotion research in severe mental illness. *Delhi Psychiatry Journal*, 15,(1), 32-40.
- Quah, S. (2014). Caring for persons with schizophrenia at home: examining the link between family caregivers' role distress and quality of life. *Sociology of Health & Illness*, 36, 596-612.

- Rafiyah, I., Sutharangsee, W. (2011). Review: Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia and its related factors. *Nurse Media Journal of Nursing*, 1(1), 29-41.
- Ramírez García, J.I., Hernández, B., Dorian, M. (2009). Mexican American caregivers' coping efficacy: associations with caregivers' distress and positivity to their relatives with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 44(2), 162-70.
- Rammohan, A., Rao, K., Subbakrishna, D.K. (2002). Religious coping and psychological wellbeing in carers of relatives with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*. 105(5), 356-62.
- Raune, D., Kuipers, E., Bebbington, P.E. (2004). Expressed emotion at first episode psychosis: investigating a carer appraisal model. *Br J Psychiatry*, 184, 321–326.
- Rexhaj, S., Python, N.V., Morin, D., Bonsack, C., Favrod, J. (2013). Correlational study: illness representations and coping styles in caregivers for individuals with schizophrenia. *Ann Gen Psychiatry*, 12(27),1-8.
- Rice, P.L. (1999) *Stres and health*. Pacific Grove: Brooks/Cole Publishing Company.
- Richardson, K.M., Rothstein, H.R. (2008). Effects of occupational stress management intervention programs: a meta-analysis. *J Occup Health Psychol*, 13(1), 69-93.
- Riley, G., Gregory, N., Bellinger, J., Davies, N., Mabbott, G., Sabourin, R. (2011). Carer's education groups for relatives with a first episode of psychosis: An evaluation of an eight-week education group. *Early Intervention in Psychiatry*, 5(1), 57-63.
- Ritsner, M.S. (2011). *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders, Volume II: Phenotypic and Endophenotypic Presentations*. Israel: Springer Science & Business Media.
- Roick, C., Heider, D., Bebbinton, P. E., Angermeyer, M. C., Azorin, J. M., Brugha, T. S., et al. (2007). Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain. *British Journal of Psychiatry*, 190, 333-338.
- Rowshan, A. (2008). *Stres Yönetimi (4. Baskı)*. (Çev. Cüceloğlu Ş.). İstanbul: Sistem Yayıncılık.
- Ryan, M.C., Thakore, J.H. (2002). Physical consequences of schizophrenia and its treatment: the metabolic syndrome. *Life Sci*, 71(3), 239-257.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. (2009). *Kaplan & Sadock's klinik psikiyatri el kitabı (Dördüncü Baskı)*. Ankara: Güneş Tıp Kitabevi, 112-117.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Qual Life Res*, 12(Suppl 1), 33-41.
- Saunders, J. (1999). Family functioning in families providing care for a family member with schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs*, 20, 95-113.
- Saunders, J.C. (2003). Families Living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24, 175-198.
- Savaşır, I., Soygüt, G., Barışkın, E. (2009). *Bilişsel davranışçı terapiler (4. Baskı)*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği Yayınları.
- Schene, H., Wijgaarden, B., Koeter, M. (1998). Family caregiving in schizophrenia: domains and distress. *Schizophrenia Bulletin*, 24(4), 609-618.
- Schenk, P.A., Lippincott, R.C., Bennett, C., Steigman, P.J. (2008). Improving knowledge about mental illness through family-led education: the journey of hope. *Psychiatr Serv*, 59, 49-56.

- Schulz, R., Beach, S. (1999). Caregiving as a risk factor for mortality. *JAMA*, 282, 2215-2219.
- Schulz, R., Sherwood, P.R.(2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *Am J Nurs*, 108(9 Suppl),23-27.
- Schulze, B., Rössler, W. (2006). Ruhsal hastalıkta bakım verenin yükü: 2004-2005'te ölçümler, bulgular ve müdahalelerin gözden geçirilmesi. *Curr Opin Psychiatry*, 2, 47-58.
- Seaward, B.L. (2013). *Managing Stress*.USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Seaward, B.L. (2014). *Essentials of Managing Stress*. USA: Jones & Bartlett Publishers.
- Settineri, S., Rizzo, A., Liotta, M., Mento, C. (2014). Caregiver's Burden and Quality of Life: Caring for Physical and Mental Illness. *International Journal of Psychological Research*, 7 (1), 30-39.
- 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*, 12,48.
- Sheehy, R. S. Horan, J. J. (2004). The effects of stress-inoculation training for first year law students. *International Journal of Stress Management*, 11, 41-55.
- Shimazu, A., Umanodan, R., Schaufeli, W.B. (2006). Effects of a brief worksite stress management program on coping skills, psychological distress and physical complaints: A controlled trial. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 80(1), 60-69.
- Shu-Ying, H., Chiao-Li, K. K., Yi-Ching, S., For-Wey, L., Chun Jen, H. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62, 508–514.
- Silver, H.J., Wellman, N.S. (2002). Nutrition education may reduce burden in family caregivers of older adults. *J Nutr Educ Behav*,34(1),53-58.
- Smith, C., Hancock, H., Blake-Mortimer, J., Eckert, K. (2007). A randomised comparative trial of yoga and relaxation to reduce stress and anxiety. *Complement Ther Med*,15(2),77-83.
- Smith, E.E., Atkinson, R.L., Hilgard, E.R.(2003). *Atkinson & Hilgard's Introduction to Psychology*. USA:Wadsworth.
- Smith, J.M. (2006). Predictors of sibling relationship quality and its impact on the wellbeing of siblings and the quality of life of their brothers or sisters with schizophrenia. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. University of Wisconsin Degree of Doctor of Philosophy in Social Welfare, Madison.
- Smith, L., Onwumere, J., Craig, T., McManus,. S., Bebbington, P., Kuipers, E. (2014). Mental and physical illness in caregivers: results from an English national survey sample.*Br J Psychiatry*, 205(3),197-203.
- Soygür, H. (1999). Şizofreni tedavisine genel bir bakış. *Psikiyatri Dünyası*, 3, 83-90.
- Soykan, Ç. (2000). Şizofreni hastalarının aileleriyle yapılan iletişim beceri odaklı psiko-eğitim grup programının aile işlevleri üzerindeki etkisi. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*. Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Sugihara, Y. (2004). Longitudinal changes in the well-being of japanese caregivers: Variations across kin relationship. *Psychological Science and Social Sciences*, 59, 177-184.
- Sungur, M. (1997) Bilişsel-davranışçı terapilerin gelişim öyküsü. İçinde A. Güngör (ed.), *Psikoterapiler El Kitabı*. (pp. 50-66). İzmir: EÜ Basımevi.

- Suro, G., Weisman de Mamani, AG. (2013).Burden, interdependence, ethnicity, and mental health in caregivers of patients with schizophrenia. *Fam Process*,52(2),299-311.
- Şengün İnan, F., Çetinkaya Duman, Z. (2013). Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruh sağlığını etkileyen faktörler: sosyodemografik değişkenler ve stresle başa çıkma tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,16(4), 2005-211.
- Şengün, F. (2007). Şizofreni hastasına bakım verenlerin ruhsal sağlık durumlarını etkileyen etmenlerin incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir.
- Tan, S.C., Yeoh, A.L., Choo, I.B., Huang, A.P., Ong, S.H., Ismail, H., et. all. (2012). Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *J Clin Nurs*, 21(17-18), 2410-2418.
- Tarhan, N. (2014). Mutluluk Psikolojisi. İstanbul: Timaş.
- Taylor, S.E. (2003). *Health psychology*. NewYork: McGraw-Hill.
- Tekinsav Sütçü, G.S. (2006). Ergenlerde öfke ve saldırganlığı azaltmaya yönelik bilişsel davranışçı bir müdahale programının etkililiğinin değerlendirilmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Ege Üniversitesi, İzmir.
- Tel, H. (1999). Şizofrenik hasta ailelerinin hastalık semptomlarını ele alma ve stresle başetmelerine psikoeğitimsel yaklaşımın etkisinin incelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Tel, H., Ertekin Pınar Ş. (2013). Kronik ruhsal sorunlu hastaların primer bakım vericilerinde tükenmişlik ve depresyon arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi* 4(3), 145-152.
- Tel, H., Terakye, G. (2000). Şizofrenik hasta ailelerine yönelik bir psikoeğitimsel yaklaşım uygulaması denemesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*,1(3), 133-42.
- Trangkasombat, U. (2006). Family functioning in the families of psychiatric patients: a comparison with nonclinical families. *J Med Assoc Thai*, 89, 1946-1953.
- Trigoboff, E. (2004). Cognitive and behavioral intervenetions. İçinde C.R. Kneisl, H.S. Wilson, E. Trigoboff (Eds.), *Contemporary Psychiatric-Mental Health Nursing*. (pp.707-723). New Jersey:Pearson Education-Prentice Hall.
- Trivedi, J.K., Dalal, P.K., Kalra, H. (2003). Family burden and coping strategy in relatives of schizophrenic patients. *Indian Journal Of Psychiatry, Supplement*, 106.
- Tsuang,M.T., Faraone, S.V.,ve Glatt, S.J. (2011). *Schizophrenia* (3. Edition). United States: Oxford University Press.
- Türkçapar, H. (2008). Bilişsel terapi temel ilkeler ve uygulama. Ankara: HYB Basım Yayın.
- Türkçapar, H. (2011). Depresyon, klinik uygulamada bilişsel davranışçı terapi, Ankara: HYB Basım Yayın.
- Uçar, F. (2004). Streste zihnin rolü ve strese bağlı zihinsel/ruhsal hastalıklar. *Türk Psikoloji Bülteni*, 10(34-35), 85-100.
- Uçman, P. (1990). Ülkemizde çalışan kadınlarda stresle başa çıkma ve psikolojik rahatsızlıklar. *Psikoloji Dergisi*, 7(24), 58-15.
- Ukpong, D.I. (2006). Demographic factors and clinical correlates of burden and distress in relatives of service users experiencing schizophrenia. *International J Mental Health Nurs*, 15, 54-9.
- Ukpong, D.I. (2012). Şizofreni hastalarına bakım veren Nijeryalılar arasında yük ve ruhsal sıkıntı: pozitif ve negatif semptomların rolü. *Türk psikiyatri Dergisi*, 23(1), 40-45.

- Umanodan, R., Kobayashi, Y., Nakamura, M., Kitaoka-Higashiguchi, K., Kawakami, N., Shimazu, A. (2009). Effects of a worksite stress management training program with six short-hour sessions: a controlled trial among Japanese employees. *J Occup Health*, 51(4), 294-302.
- Urizar, A.C., Maldonado, J.G. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15, 719–724.
- Urizar, G.G., Muñoz, R.F. (2011). Impact of a prenatal cognitive-behavioral stressmanagement intervention on salivary cortisol levels in low-income mothers and their infants. *Psychoneuroendocrinology*, 36(10), 1480-1494.
- Uzuntaş, A. (2013). Etkili iletişim: anlatabilmek ve anlayabilmek. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 21(1), 11-30.
- Ünal, S., Kaya, B., Çekem, B., Özışık, H., Çakıl, G., Kaya, M. (2004) Şizofreni, iki uçlu duygudurum bozukluğu ve epilepsi hastalarında aile işlevlerinin karşılaştırılması, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 15(4), 291-299.
- Ünsal, G., Karaca, S., Arnik, M., Öz, Y. C., Aşık, E., Kızılkaya, M., et. all. (2014). Psikiyatri kliniğinde çalışan hemşirelerin psikiyatri hemşiresinin rollerine ilişkin görüşleri. *Journal of Marmara University Institute of Health Sciences*, 4 (2), 90-95.
- Üstün, B., Akgün, E., Partlak, N. (2005). Hemşirelikte iletişim becerileri öğretimi. İzmir: Okullar Yayınevi.
- Van Der Klink, J.J., Blonk, R.W., Schene, A.H., Van Dijk, F.J. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *Am J Public Health*, 91(2), 270-276.
- Vázquez-Rivera, S., González-Blanch, C., Rodríguez-Moya. L., Morón. D., González-Vives, S., Carrasco, J.L. (2009). Brief cognitive-behavioral therapy with fibromyalgia patients in routine care. *Compr Psychiatry*, 50(6), 517-525.
- Viana, M.C., Gruber, M.J., Shahly, V., Alhamzawi, A., Alonso, J., Andrade, L.H., et. all. (2013). Family burden related to mental and physical disorders in the world: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Rev Bras Psiquiatr*, 35(2), 115-125.
- Videbeck, S.L. (2011). *Psychiatric-mental health nursing (Fifth edition)*. China: Lippincott Williams & Wilkins, 250-270.
- Vitaliano, P. P. Katon, W.J. (2006). Effects of stress on family caregivers: recognition and management. *Psychiatric Times*, 1-5.
- Vitaliano, P. P., Zhang, J., & Scanlan, J. M. (2003). Is caregiving hazardous to one's physical health? A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129(6), 946–972.
- Vitaliano, P., Young, H.M., Zhang, J. (2004). Is caregiving a risk factor for illness?. *Current Directions In Psychological Science*, 13(1), 13-16.
- Voltan Acar, N. (2003). Grupa psikolojik danışma ilke ve teknikleri (Geliştirilmiş 3.baskı). Ankara: Nobel yayın dağıtım.
- Voltan, N. (1981). Rathus atılğanlık envanterinin hacettepe üniversitesi öğrencilerine uygulanması ve elde edilen bulgular. *Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 4, 72-75.
- Walker, C.E. (2001). *Learn to relax (3. Edition)*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Weimand, B.M., Hedelin, B., Sällström, C., Hall-Lord, M.L. (2010). Burden and health in relatives of persons with severe mental illness: a Norwegian cross-sectional study. *Issues in Mental Health Nursing*, 31, 804-815.
- Wells, K.C., Lochman, J.E., Lenhart, L. (2008). *Coping power: Parent group facilitator's guide*. New York: Oxford University Press.

- Wilde, J. (1996). The Relationship between rational thinking and intelligence in children. *Journal of Rational Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 14(3), 187-192.
- Wolthaus, J.E.D., Dingemans, P.M.A.J., Schene, A.H., Linszen, D.H., Wiersma, D., Van Den Bosch, R.J., et. all. (2002). Caregiver burden in recent-onset schizophrenia and spectrum disorders: The influence of symptoms and personality traits. *J Nerv Ment Dis*, 190, 241-247.
- Wong, D. (2000). Stres factors and mental health of carers with relatives suffering from schizophrenia in hong kong: İmplications for culturally sensitive practices. *British Journal of Social Work*, 30(3), 365-382.
- Wong, D.F., Lam, A.Y., Chan, S.K., Chan, S.F. (2012). Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services. *Health Qual Life Outcomes*, 31,10-15.
- World Health Organization (2011). Schizophrenia. Retrieved on 10 January 2011. http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/.
- Wyman, K., Clarke, S., McKenzie, P. (2008). The Impact of Participation in support group for careers of a person with schizophrenia: A Qualitative study. *Int J Psychosocial Rehabil*, 12, 97-109.
- Yalom, I. (2003). Kısa Süreli Grup Psikoterapileri. (Çev. Babayiğit, Z.). İstanbul: Kabalcı Yayınevi.
- Yaylacı, G.Ö. (2005). Örgütsel stres yönetmede etkili kişilerarası iletişim stratejileri. *Amme İdaresi Dergisi*, 38(2), 51-59.
- Yıldırım, A., Buzlu, S., Hacıhasanoğlu Aşılar, R., Camcıoğlu, T.H., Erdiman, S., Ekinci, M. (2013). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25(1), 31-37.
- Yıldırım, A., Ekinci, M. (2010). Ruhsal eğitimin şizofreni hastalarının ailelerinin aile işlevleri, hastaların sosyal destek düzeyleri ve tedaviye uyum üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11, 195-205.
- Yıldız, M. (2005). Şizofrenili hastaların ayaktan tedavisinde ruhsal ve toplumsal girişimler neden gereklidir ve nasıl uygulanabilir?, İçinde S. Candansayar (Ed.), *Neden Nasıl Şizofreni?* (1. Baskı). (pp. 237-268). Ankara: Peday Yayınları.
- Yıldız, M., Yazıcı, A., Çetinkaya, Ö., Bilici, R., Elçim, R. (2010). Şizofreni hastalarının yakınlarının hastalıkla ilgili bilgi ve görüşleri. *Türk Psikiyatri Derg*, 21, 105-13.
- Yılmaz, M. (1998). Kronik şizofreni tanısı alan hasta eşleri ile kronik böbrek yetmezliği tanısı alan hasta eşlerinin stresle başetme tarzlarının incelenmesi. *Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi*. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Yılmaz, S. (2011). Şizofreni tanılı hasta ve ailelerinin eğitim gereksinimleri. *Yayınlanmamış Doktora Tezi*, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Yusuf, A.J., Nuhu, F.T. (2011). Factors associated with emotional distress among caregivers of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 46(1), 11-16.
- Yüksel, N. (2001). Ruhsal hastalıklar, şizofrenik bozukluklar (2. Baskı). Ankara: Çizgi Tıp Yayınevi, 257-300.

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel bilgiler

Adı Soyadı Elvan Emine Ata
Doğum yeri ve tarihi Giresun, 09/07/1981
Medeni hali Evli
İletişim adresi Giresun Üniversitesi, Dereli Meslek Yüksek Okulu, İş Sağlığı ve Güvenliği Programı, Giresun.
e-posta adresi elvanhenden@gmail.com

Eğitim ve akademik durumu

Lise Piraziz Anadolu Sağlık Meslek Lisesi, 2000
Lisans İstanbul Üniversitesi Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu, 2004
Yüksek lisans Cumhuriyet Üniversitesi, 2008

İş tecrübesi

Bakırköy Ruh Ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, 2003-2005
Cumhuriyet Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, 2005
Cumhuriyet Üniversitesi, Araştırma Görevlisi, 2005-2013
Giresun Üniversitesi, Öğretim Görevlisi, 2013-

Üyelikler

Türk Hemşireler Derneği
Psikiyatri Hemşireleri Derneği
Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Derneği
Hemşirelik Eğitim Derneği

EKLER

EK I-Tanıttıcı Bilgi Formu

Hastaya yakınlık dereceniz:

1.Eş 2. Evlat 3. Anne 4. Baba 5. Bakıcı 4. Diğer.....

Yaşınız:.....

Cinsiyetiniz: 1. Kadın 2. Erkek

Medeni durumunuz : 1. Evli 2. Bekar 3. Dul

Aile tipi: 1.Çekirdek Aile 2. Geniş Aile 3. Parçalanmış Aile

Çocuğunuz var mı? 1. Var (sayısı:.....) 2. Yok

Eğitim durumunuz: 1. Okur yazar değil 2. İlköğretim 3. Lise 4. Üniversite

Aylık gelir durumunuz:.....

Çalışma durumunuz: 1. Halen çalışıyorum

2. Çalışıyordum ayrıldım (nedeni:.....)

3. Çalışmıyorum

Sosyal güvenceniz: 1. Var..... 2. Yok

Fiziksel sağlık sorununuz: 1. Var:

2. yok

Sürekli kullandığınız ilaç: 1. Var:

2. yok

Hastanız ile birlikte mi yaşıyorsunuz? 1. Evet 2. Hayır

Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz:.....(yıl)

Ortalama günde kaç saat hastanıza bakım veriyorsunuz:.....(saat)

Bakıma ara verdiğiniz oluyor mu? 1. Evet 2. Hayır

Bu sürede hastanızı kim/kimler bakıyor?.....

Sizin dışınızda hastanızın bakımında size destek olan kişi/kişiler var mı?

1. Var (kim:.....) 2. yok

Bakım verdiğiniz başka biri var mı?

1. Var (kim:.....) 2. yok

Bakım verilen bireye ilişkin özellikler

Yaşı:.....

Cinsiyeti: 1. Kadın 2. Erkek

Medeni durumu : 1. Evli 2. Bekar 3. Dul

Eğitim durumunuz: 1. Okur yazar değil 2. İlköğretim 3. Lise 4. Üniversite

Hastalık süresi:.....

Hastanede yatış sayısı:.....

Fiziksel sağlık sorunu: 1. Var:

2. yok

EK II-Zarar Bakım Verme Yüğü Ölçeği

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: Asla, nadiren, ara sıra, oldukça çok, nerdeyse her zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.

	Asla	Nadiren	Ara sıra	Oldukça sık	Nerdeyse her zaman
1. Yakınınızın ihtiyacı olandan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
2. Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3. Yakınıza bakma ve aileniz ya da işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4. Yakınınızın davranışlarından utanır mısınız?	1	2	3	4	5
5. Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
6. Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
7. Yakınınızın geleceği ile ilgili korkuyor musunuz?	1	2	3	4	5
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
9. Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
10. Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
11. Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
12. Yakınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
13. Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
14. Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz.	1	2	3	4	5
15. Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
16. Yakınıza artık daha fazla bakamayacağınızı hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
17. Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hissediyor musunuz?	1	2	3	4	5
18. Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
19. Yakınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünüyor musunuz?	1	2	3	4	5
21. Yakınınızın bakımı ile ilgili daha iyisini yapabiliydim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
22. Tümüyü değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	1	2	3	4	5

EK III-Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği (COPE)

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

1=Asla böyle bir şey yapmam

2=Çok az böyle yaparım

3=Orta derecede böyle yaparım

4=Çoğunlukla böyle yaparım

	Asla böyle bir şey yapmam	Çok az böyle yaparım	Orta derecede böyle yaparım	Çoğunlukla böyle yaparım
1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.	1	2	3	4
2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.	1	2	3	4
3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
4.Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.	1	2	3	4
5.Sorunla başa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.	1	2	3	4
6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.	1	2	3	4
7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.	1	2	3	4
8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.	1	2	3	4
9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayayı bırakır ve soruna teslim olurum.	1	2	3	4
10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.	1	2	3	4
11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.	1	2	3	4
12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1	2	3	4
13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.	1	2	3	4
14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.	1	2	3	4
15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.	1	2	3	4
16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.	1	2	3	4
17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.	1	2	3	4
18.Allah`ın yardımını umarım.	1	2	3	4
19.Bir eylem planı yaparım.	1	2	3	4
20.Söz konusu sorunla ilgili şakalar yaparım.	1	2	3	4
21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.	1	2	3	4
22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.	1	2	3	4
23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım.	1	2	3	4
24.Sorunla baş etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vazgeçerim.	1	2	3	4
25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.	1	2	3	4

26.Alkol ya da sakinleştirici olarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.	1	2	3	4
27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.	1	2	3	4
28.Duygularımı dışarı vururum.	1	2	3	4
29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir açıdan ele almaya çalışırım.	1	2	3	4
30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.	1	2	3	4
31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.	1	2	3	4
32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.	1	2	3	4
33.Sorunu çözmeye odaklanırım ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.	1	2	3	4
34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.	1	2	3	4
35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.	1	2	3	4
36.Sorunla ilgili şaka yaparım.	1	2	3	4
37.İstedikimi elde etmeye uğraşmayı bırakırım.	1	2	3	4
38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm	1	2	3	4
40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.	1	2	3	4
42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde caba gösteririm.	1	2	3	4
43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.	1	2	3	4
44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.	1	2	3	4
45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.	1	2	3	4
46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım.	1	2	3	4
47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek için dobra dobra bir tavır takınırım.	1	2	3	4
48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.	1	2	3	4
49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.	1	2	3	4
50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.	1	2	3	4
51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.	1	2	3	4
52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum.	1	2	3	4
53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.	1	2	3	4
54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.	1	2	3	4
55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.	1	2	3	4
56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.	1	2	3	4
57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.	1	2	3	4
58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.	1	2	3	4
59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.	1	2	3	4
60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.	1	2	3	4

EK IV-Genel Sağlık Anketi-28 (GSA)

Lütfen bu açıklamayı dikkatle okuyunuz:

Son birkaç hafta içinde her hangi bir tıbbi şikayetinizin olup olmadığını, genel olarak sağlığınızın nasıl olduğunu öğrenmek istiyoruz. Bütün soruları size en uygun cevabı işaretleyerek cevaplayın. Geçmişteki değil, yalnız son dönemdeki ve şu andaki şikayetlerinizi sorduğumuzu unutmayınız.

Soruların hepsini cevaplamanız çok önemlidir. Teşekkür ederiz.

Son zamanlarda

A1.Kendinizi çok iyi ve sağlıklı hissediyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden kötü	Her zamankinden çok daha kötü
A2.Sizi dinçleştirecek bir ilaca ihtiyaç duyuyor musunuz?	Hayır, hiç duymuyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık duyuyorum
A3.Kendinizi tükenmiş ve dağınık hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
A4.Kendinizi hasta hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
A5.Başınızda ağrı oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
A6.Başınızda sıkışma veya basınç hissi oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
A7.Sıcak yada soğuk basması oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
B1.Endişileriniz nedeniyle uykusuzluk çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamanki kadar	Çok sık
B2.Uykunuzun bölüdüğü oluyor mu?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamanki kadar	Çok sık
B3.Kendinizi sürekli zor altında hissediyor musunuz?	Hayır, hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamanki kadar	Çok sık
B4.Öfkeli ve huysuz oluyor musunuz?	Hayır, hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamanki kadar	Çok sık
B5.Ortada bir neden yokken korkuya veya paniğe kapıldığınız oluyor mu?	Hayır, hiç kapılmıyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
B6.Her şeyi üzerinize yüklenmiş gibi hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
B7.Kendinizi sürekli sinirli ve tedirgin	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık

hissediyor musunuz?				
C1. Bir işle meşgul olabiliyor musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
C2. İşlerinizi bitirmeniz daha uzun zaman alıyor mu?	Hayır, hiç almıyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden uzun	Çok uzun
C3. Genel olarak işlerinizi iyi yaptığınızı hissediyor musunuz?	Evet, her zamankinden iyi	Her zamanki kadar	Her zamankinden daha kötü	Her zamankinden çok kötü
C4. Görevlerinizi yerine getirişinizden memnun musunuz?	Evet, her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Hiç memnun değilim
C5. İşe yaradığınızı düşünüyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
C6. Karar vermekte güçlük çekiyor musunuz?	Hayır, hiç çekmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
C7. Günlük işlerinizden zevk alabiliyor musunuz?	Her zamankinden çok	Her zamanki kadar	Her zamankinden az	Her zamankinden çok daha az
D1. Kendinizi değersiz biri olarak görüyor musunuz?	Hayır, hiç görmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden çok	Çok sık
D2. Yaşamda hiç umudunuzun kalmadığını hissediyor musunuz?	Hayır, hiç hissetmiyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
D3. Hayat yaşamaya değmez diye düşünüyor musunuz ?	Hayır, hiç düşünmüyorum	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
D4. Kendi canınıza kıyabileceğinizi düşünüyor musunuz?	Kesinlikle hayır	Düşünmedim	Aklımdan geçtiği oldu	Düşünüyorum
D5. Sınırlerinizi bozulduğu için hiç bir şey yapamadığınız oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
D6. Kendi kendinize ‘ölsem de kurtulsam’ dediğiniz oluyor mu?	Hiç olmuyor	Her zamanki kadar	Her zamankinden sık	Çok sık
D7. Kendinizi öldürme düşüncesi sürekli aklınıza takılıyor mu?	Kesinlikle hayır	Düşünmedim	Aklımdan geçtiği oldu	Sürekli takılıyor

A (---)

B (---)

C (---)

D (---)

TOPLAM (---)

EK V- Stres Belirtileri Ölçeği

Aşağıdaki belirtiler, **geçen hafta** ne kadar sıklıkta sizi etkiledi? Her belirti için size uygun gelen ifadenin bulunduğu seçeneği X ile işaretleyiniz.

	Hiç	Arasıra	Sık sık	Sürekli
1. Şiddetli baş ağrısı				
2. Uyku bozuklukları				
3. Yorgunluk				
4. Aşırı yeme				
5. Kabızlık				
6. Bel ağrıları				
7. Alerjik reaksiyonlar				
8. Sinirlilik / korku				
9. Kabuslar				
10. Yüksek tansiyon				
11. Deride döküntüyle şiddetli kaşıntı				
12. Alkol / ilaç tüketimi				
13. Fazla önemli olmayan enfeksiyonlar				
14. Hazımsızlık				
15. Hızlı soluma				
16. Sıkıntı verici düşünceler				
17. Deride kızarıklıklar				
18. Adet kanamalarında düzensizlik				
19. Bulantı veya kusma				
20. İletişim kurma güçlüğü				
21. Migren ağrısı				
22. Sabahları erken uyanma				
23. İştah kaybı				
24. İshal				
25. Boyun ve sırt ağrıları				
26. Astım krizi				
27. Şiddetli karın ağrısıyla birlikte ishal				
28. Depresyon / kendini kötü hissetme				
29. Eklem ağrıları				
30. Üşüme veya titreme				
31. Önemsiz / zararsız birkaç kaza				
32. Mide ağrısı				
33. El ve ayaklarda üşüme hissi				
34. Kalp çarpıntısı				
35. Cinsel problemler				
36. Kızgınlık duyguları				
37. Dikkati toplamada güçlük				
38. Ağlama				

EK VI-Aile Değerlendirme Ölçeği

Aşağıda 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi okuduktan sonra, sizin ailenize ne derece uyduğuna karar veriniz. Önemli olan sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için dört seçenek söz konusudur.

Aynen Katılıyorum Eğer cümle sizin ailenize tamamen uyuyorsa işaretleyiniz.

Büyük Ölçüde Katılıyorum Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uyuyorsa

Biraz Katılıyorum Eğer cümle sizin ailenize çoğunlukla uymuyorsa işaretleyiniz.

Hiç Katılmıyorum Eğer cümle sizin ailenize hiç uymuyorsa işaretleyiniz.

Her cümle için yanlarında 4 seçenek içinde ayrı yerler ayrılmıştır. Size uyan seçeneğe (X) işareti koyunuz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz. Katılımınız için teşekkür ederiz.

CÜMLELER

	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenini bilir.				
4. Bizim evde kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda birbirimize destek oluruz.				
7. Ailemizde acil bir durum olsa şaşırıp kalırız.				
8. bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şevkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçırırız.				
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				
11. Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.				
13. Bizim evdekiler ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğinizde sizi dinlerler.				
14. Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15. Ailemizde eşit görev dağılımı yoktur.				
16. Ailemiz üyeleri birbirine hoşgörülü davranırlar.				
17. Evde herkes başına buyruktur.				
18. Bizim evde herkes söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirinin yüzüne söyler.				
19. Ailede bazılarımız duygularımızı belirtmeyiz.				
20. Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21. Ailecek korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçırırız.				
22. Sevgi, şevkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				

23. Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24.Ailemiz bir problemi çözdükten sonra bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				
25. Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26. Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.				
27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz duramaz.				
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.				
29. Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				
30. Ailemizde her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pekiyi geçinmeyiz.				
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız				
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacak ilgi gösteririz.				
38.Ailemizde bir dert varsa kendi içimizde hallederiz.				
39.Ailemizde sevgi, şevkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterirler.				
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.				
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.				
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve hatırlatılması gerekir.				
46. Aile içinde herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47. Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilemeyiz.				
48. Bizim evde aklınıza gelen herşey olabilir.				
49. Sevgi, şevkat gibi olumlu duyguları birbirimize ifade edebiliriz.				
50. Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51. Evde birbirimizle pek geçinemeyiz.				
52. Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54.Kötü bir niyetle olmasa da birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike (Yangın, kaza gibi) karşısında ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56. Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57.Ağlamak istediğimizde birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				
58. İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59.Aile içinde biri hoşlanmadığımız bir şey yaptığında bunu ona açıkça söyleriz.				
60. Problemlerimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				

EKVII-Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programı

KISA BİLİŞSEL DAVRANIŞÇI STRES YÖNETİM PROGRAMI

Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programının Genel Kapsamı ve Özellikleri

Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programı ile bakım vericinin günlük yaşamı ve bakım verme yükünden kaynaklanan ve ruh sağlığı üzerinde çok önemli etkilere sahip olan stres kavramını fark etmesi ve bilişsel-davranışçı kuram temel alınarak stresi yönetme becerisini geliştirmesi hedeflenmektedir. Bilişsel-davranışçı tekniklere dayalı Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetim Programı temelde;

- Duyguları tanıma, duygu, düşünce ve davranış arasındaki farkı ayırt etme, davranışın kısa ve uzun vadeli sonuçlarını tanıma gibi bileşenleri içeren bir psikoeğitimi;
- Duygu, düşünce ve davranış arasındaki ilişkiyi tanıma ve strese yol açan hatalı bilişleri fark edip değiştirme gibi bileşenleri içeren bilişsel yeniden yapılandırma;
- Fizyolojik uyarımı kontrol etmek amacıyla nefes egzersizini ve aşamalı kas gevşetme egzersizini kullanmayı içeren gevşeme eğitimi;
- Öğrenilen tekniklerin gerçek yaşamda uygulanmasını içeren maruz bırakmayı kapsamaktadır.

Stres Yönetim Programı geliştirilirken öncelikle stres kavramı kuramsal olarak incelenmiş ve stres yönetimi ile ilgili geliştirilmiş olan uygulamaya yönelik programlar taranmıştır. Ardından stres yönetimine yönelik bilişsel-davranışçı tekniklere dayalı olarak hazırlanmış programlar (Lopez, Crespo ve Zarit 2007, Hiçdurmaz 2010, Özü 2010, Leung ve ark. 2011, Wells, Lochman ve Lenhart 2008, Penedo, Antoni ve Schneiderman 2008) incelenmiştir. Ayrıca bilişsel-davranışçı teknikleri (Dobson ve Dobson 2009, O'Donohue ve Fisher 2009, Hisli Şahin 2006, Türkçapar 2009, Türkçapar 2008, Savaşır ve Soygüt 2009) ve grup psikoterapisinin ilkelerini (Yalom 2002, Yalom 2003) anlatan kitaplar okunup alanda uzman kişilerden görüş alınarak aşağıda genel özellikleri belirtilen program oluşturulmuştur.

Grup Oturumlarının Süre, Sıklık ve İçeriği:

Çoğu danışman ısınma süresi ve oturumların ana temalarının tartışılması için en az 60 dakikaya ihtiyaç duymaktadır. Genel olarak danışmanlar tarafından grup çalışması için 80-90 dakika aralığındaki sürenin en işlevsel olduğu söylenmektedir. Grup çalışmalarının sıklığı ise haftada birden beşe kadar değişebilmektedir. Ancak haftada bir veya iki oturumun daha uygun olduğu belirtilmektedir (Yalom 1992, Yalom 2003).

Tipik bir bilişsel davranışçı stres yönetimi müdahalesi küçük grup müdahalesi şeklinde sürdürülmeli ve danışan tedaviye 6-19 seans süresince ortalama 10-15 saat devam etmelidir. Genelde stres yönetimi müdahalesi danışana 6 farklı stres yönetim tekniğinin öğretilmesini ve her bir teknik için danışanın 1-2 saatini bu teknikleri öğrenmek için harcamasını, bir teknikte uzmanlaşması yerine birden çok tekniği öğrenmesi gerekir (Donohue and Fisher 2008). Bu görüş doğrultusunda grup çalışması haftada bir gün 120 dakikalık oturumlar halinde 7 haftalık bir zaman dilimini kapsayacaktır. Her oturumun ilk 5-10 dakikası bir önceki oturumun özetlenmesini içerecektir. Bunun nedeni hem bir önceki hafta yapılanları hatırlatmak, hem de bir önceki hafta gelmeyen üye varsa oryantasyonunu sağlamaktır. Daha sonra üyelerin kendilerini nasıl hissettiklerinin sorulmasına ve ödevlerin tartışılmasına geçilecektir. Bütün oturumlarda çalışma önceden belirlenmiş hedefler doğrultusunda sürdürülecektir.

- I. Oturum:** Tanışma, Grubun Oluşturulması ve Bakım Vermeyle İlgili Duyguları Tanıma ve Stres Altında Verilen Tepkileri Fark Etme, Solunum ve Aşamalı Gevşeme Egzersizlerini Öğrenme
- II. Oturum:** Strese Neden Olan Durumları Tanıma, Düşünce-Duygu-Davranış İlişisini Kavrama ve Zaman Yönetimi
- III. Oturum:** Otomatik Düşünceleri Belirleme ve İncelemeyi Öğrenme
- IV. Oturum:** Bilişsel Çarpıtmaları Fark Etme
- V. Oturum:** Olumsuz Düşünceleri ve Atıfları Değiştirmek için Alternatif Düşünce Bulma, Kayıt Tutma ve Sorun Çözme
- VI. Oturum:** Stresli Yaşam Olayları Karşısında Baş Etme
- VII. Oturum:** Sonlandırma ve Nüksü Önleme

Fiziksel Ortam:

Grup toplantıları gizliliğin bozulmasını ve dikkatin dağılmasını engelleyecek bir ortamda yapılmalıdır. Ayrıca grup üyelerinin sözel olmayan tepkilerini daha kolay görebilmek amacıyla danışmanın her üyeyi görebileceği şekilde grubun oturma düzeni organize edilmelidir (Yalom, 2002). Çalışmanın üyeler için daha kolay ulaşılabilir bir mekanda yürütülmesi gruba devamı ve iletişimi kolaylaştıracağı için, çalışma toplum ruh sağlığı merkezi içinde bir mekanda sürdürülecektir. Danışmanın tüm üyeleri gözleyebilmesi için üyelerin U şeklinde oturmaları sağlanacaktır. Ortamda flip-chart, tahta, kolçaklı sandalye ve barkovizyon bulunacaktır.

Grubun Genişliği:

Etkileşim gruplarının ideal genişliği sekiz ile on altı üye arasında değişebilir (Yalom, 2002). Bir grup üç ya da dört üyeye düştüğünde üye etkileşimi azalır ve grup bireysel terapiye dönüşür. Grubun genişliği arttıkça yıkıcı biçimde alt gruplaşmanın açığa çıktığı görülebilir. Grupta dokuz üye olduğunda üyeler arası etkileşimde azalma olduğu, 17 ve daha çok üye olduğunda da ikinci bir azalma olduğu belirtilmektedir. (Yalom, 2002). Bu bilgiler ışığında gruplar en fazla 15 üyeden oluşacaktır.

Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programının Genel Amacı ve Hedefleri

(Danışman gruptaki bakım vericilerle programın genel amaçlarını aşağıda belirtildiği şekilde paylaşır ve bu konuda geribildirimleri alır.)

Kısa bilişsel davranışçı stres yönetimi programının genel amacı yaşantısal grup ortamında bakım vericilerin stres yönetim becerilerini geliştirmektir.

Bu amaç doğrultusunda genel hedefler ise aşağıda belirtilmektedir.

1. Stres altında olup olmadığının farkında olabilmek (I. Oturum),
2. Stres yaşantısı sırasında verdiği fiziksel, duygusal, bilişsel ve sosyal tepkileri fark edebilmek (I. Oturum),
3. Stres altında iken solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulayabilmek (I. Oturum),
4. Strese neden olan durumları tanıyabilmek (II. Oturum),
5. Duygu, düşünce ve davranış ilişkisini karayabilmek (II. Oturum),
6. Stresle etkisiz baş etme sonucunda meydana gelen durumları fark edebilmek (II. Oturum),
7. Stresle etkili baş etmenin önemini kavrayabilmek (II. Oturum),
8. Stresle baş etmeyi kolaylaştırmak için zaman yönetimi becerisini kullanabilmek (II. Oturum),
9. Stres yaşantısı sırasında işlevsel olmayan otomatik düşünceleri fark edebilmek (III. Oturum),
10. Olumsuz otomatik düşüncelerin stres yaşantısı üzerindeki etkisini kavrayabilmek (III. Oturum),
11. Stres yaşantılarındaki işlevsel olmayan otomatik düşüncelerine neden olan ara ve temel inançlarının farkında olabilmek (III. Oturum),
12. Stres altında iken düşüncüyü durdurma becerisini kullanabilmek (III. Oturum),
13. Bilişsel çarpıtmaların stresle baş etmeye etkisini fark edebilmesi (IV. Oturum),
14. Stresi azaltmak için girişkenlik becerilerini kullanabilmek (IV. Oturum),
15. Stres yaşantısına neden olan işlevsel olmayan otomatik düşüncelerini daha işlevsel olanlarla değiştirebilmek (V. Oturum),
16. Stresle baş etmek için sorun çözme becerisini kullanabilmek (V. Oturum),
17. Stresle başa çıkma becerilerini kullanmanın önemini kavrayabilmek (VI. Oturum),
18. Öğrendiği stresle başa çıkma becerilerini kullanabilmek (VI. Oturum).

Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programının Grup Kuralları

(Danışman deney grubundaki bakım vericilerle program sırasında uymalarını beklediği grup kurallarını aşağıda belirtildiği şekilde paylaşır ve bu konuda geri bildirimleri alır.)

- a. Grup oturumları her hafta daha önceden belirlenen ve sizlere liste halinde verilen günlerde ve saatlerde, belirlenen yerde yapılır.
- b. Tüm bakım vericiler eğitim grubunun her oturumuna (toplam 7 oturum) katılmalıdırlar.
- c. Bakım vericiler oturumlarda birbirlerini dikkatle dinlemeli ve anlamaya çalışmalıdırlar. Bakım vericiler konuşurken birbirlerinin sözünü kesmemelidirler
- d. Gruptaki her bakım verici diğer bakım vericiye birer birey olarak saygı duymalıdır.
- f. Bakım vericiler grupta konuşulan ve paylaşılan konuları grup dışından kimseyle paylaşmamalıdırlar.
- g. Gruptan herhangi bir nedenle ayrılmak zorunda kalan ya da böyle bir ihtiyaç hisseden bakım

verici, ayrılma kararını ve nedenlerini, bir oturumda tüm bakım vericilere açıklamalıdır.

h. Grup oturumlarının bir ya da birkaç tanesine herhangi bir nedenle zamanında gelemeyen bakım vericiler oturuma geldikleri zaman katılabilirler, ancak geç kalış nedenlerini yine tüm bakım vericiler o oturum içinde belirtmelidirler.

i. Her grup oturumunun süresi genel şartlarda 120 dk. dır. Belli bir oturumdan önemli bir nedenle erken ayrılmak zorunda olan bir bakım verici, konu ile ilgili mazeretini tüm bakım vericilere o oturumun başında açıklamalıdır.

j. Grup oturumlarında sigara, alkol, yiyecek ya da herhangi bir içecek tüketilemez.

k. Her oturumun danışman tarafından belirlenen bir bölümünde bakım vericilerin genel ihtiyaçlarını karşılamaları nedeniyle yaklaşık 15 dakikalık bir ara verilir.

l. Her bakım verici geçen oturumlara ait notlarını, uygulamalarını ve eğitim materyallerini yanında getirmelidir.

(Danışman bakım vericilere birer boş kağıt dağıtır ve bundan 7 hafta sonra eğitim programı tamamlandığında, günlük yaşamlarında karşılaştıkları stresli durumlara verdikleri tepkilerle ilgili kendilerinde en çok nelerin değişmesini istediklerini birkaç cümle halinde kısaca yazmalarını ister. Lider üyelerin yazdıklarını teker teker grupla paylaşmalarını ister.

Kısa Bilişsel Davranışçı Stres Yönetimi Programı Oturumlarının Yapılandırılması

Bilişsel-davranışçı yaklaşıma dayalı grup oturumlarında oturum akışı standarttır ve tüm oturumlar belli basamaklarla aynı sıralamayı izlemektedir. Bilişsel-davranışçı modelin temel ilkeleri doğrultusunda yapılandırılan bir programın ilk oturumu için önerilen format aşağıdaki gibidir (Şahin 2006, Türkçapar 2008, Beck 2001).

Gündemin belirlenmesi

Duygudurumun kontrol edilmesi

Üyelerin o gün grupta konuşmak istediklerinin kısaca üzerinden geçilmesi

Gündemde yer alan konuların konuşulması

Ev ödevlerinin belirlenmesi

Özetleme ve geribildirim alma

İkinci ve daha sonraki oturumların tipik gündemi için önerilen format ise aşağıdaki gibidir (Şahin 2006, Türkçapar 2008, Beck 2001).

Gündemin belirlenmesi

Duygudurum kontrolü

Bir önceki oturumun özetlenmesi

Ev ödevlerinin gözden geçirilmesi

Gündemdeki maddelerin ele alınması

Yeni ev ödevlerinin verilmesi

Oturumun özetlenmesi ve grup üyelerinden geribildirim alınması.

Bu doğrultuda I. oturum dışındaki oturumlarda üyelerin nasıl hissettiklerinin sorulması, gündemin belirlenmesi, önceki oturumun özetlenmesi, ev aktivitelerinin gözden geçirilmesi ve yapılan oturumun özetlenmesi bölümünde danışmanın yönelteceği sorular ve yaklaşımları benzerlik gösterdiği için I. ve II. oturum ayrıntılı olarak verilmiş, III. oturumdan sonra sadece farklılık gösteren gündem ve ev ödevleri açıklanmıştır.

STRES YÖNETİMİ PROGRAMI OTURUMLARI

1. Oturum: Tanışma, Grubun Oluşturulması ve Bakım Vermeye İlgili Duyguları Tanıma ve Stres Altında Verdikleri Tepkileri Fark Etme, Solunum ve Aşamalı Gevşeme Egzersizlerini Öğrenme

Amaç: Grup üyelerinin birbirleri ile tanışmasını, grup sürecini kavramalarını, duyguları tanıyarak stres altında iken verdikleri tepkileri fark etmelerini sağlamak ve solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini öğrenmelerini sağlamak

Hedefler:

- Grup üyelerinin birbirleri ile tanışması
- Isınma çalışmaları ile grup üyelerinin kaynaşması
- Üyelerin gruptan beklentilerinin anlaşılması
- Üyelerin grup amaçlarını ve sürecini kavraması
- Grup kurallarının tartışılması ve grup sözleşmesinin imzalanması

- Üyelerin stresin genel özelliklerini kavraması
- Üyelerin stresin kendisinde yarattığı etkileri fark etmesi
- Üyelerin strese neden olan genel faktörler ile ilgili bilgi edinmesi
- Üyelerin kendi yaşamlarındaki stresörleri fark ederek, yaşamlarından örnekler verebilmesi
- Solunum egzersizlerini öğrenip uygulaması
- Aşamalı kas gevşetme egzersizini öğrenip uygulaması

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Tanışma

Grup lideri, grup üyelerine “hoş geldiniz” der ve kendini tanıtır. Bu oturumun tanışma ve bakım verme ile ilgili duyguları tanıma oturumu olacağını söyler. Ardından üyelerin tek tek önce ismini söylemesi, sonrada kısaca kendilerini gruba tanıtmalarını ister.

2. Grup üyelerinin grupta bulunmaya dair düşüncelerinin, duygularının ve beklentilerinin paylaşılması

Bilişsel-davranışçı yaklaşımda ilk oturumda grup üyelerinin duygu, düşünce ve beklentilerinin belirlenmesi gerekmektedir. Beklentilerin belirlenmesi bu beklentilerin gerçekçi olup olmadığının saptanması, gerçeğe uygun ve somut hale getirilmesi açısından önemlidir. Duygu, düşünce ve beklentilerin belirlenmesi amacıyla grup üyelerine grupta bulunmaya ilişkin olarak aşağıdaki sorular yöneltilir:

Grupta bulunmaya ilişkin düşünceleriniz nelerdir?

Grupta bulunmaya ilişkin duygularınız nelerdir?

Grupta bulunmaya ilişkin beklentileriniz nelerdir?

Grup üyelerinin bu konudaki cevapları alınır, uygun olan düşünce ve beklentiler desteklenir, yanlış algılama veya gerçekçi olmayan beklentiler varsa düzeltilir, somut olmayan beklentiler daha somut hale getirilmeye çalışılır. Oluşturulan grup beklentileri bir yandan grup lideri tarafından tahtaya yazılır. Grup üyelerinin de bu beklentileri önlerinde bulunan kağıtlara not etmesi istenir. Oturumların sonunda bu beklentilerin karşılanıp karşılanmadığının tekrar değerlendirileceğini söyler.

3. Grup lideri tarafından grubun amacı, süresi, sıklığı, grup kuralları hakkında bilgi verilmesi ve üyelerden gelen soruların cevaplanması

Grup süreci ile beklentilerin açıklanmasının ardından lider grubun amacı, süresi, sıklığı ve grup kuralları ile ilgili olarak aşağıdaki açıklamaları yapar.

Üyelere, grubun amacının günlük yaşam ve bakım verme yükünden kaynaklanan ve ruh sağlığı üzerinde çok önemli etkilere sahip olan stres kavramını fark etmelerine ve streslerini yönetebilmelerine yardımcı olmak olduğu anlatılır. Bu amaçla, oturumlar sırasında üyelere stres yaşatan durumları ve bu durumlarla baş etmek için neler yapabilecekleri üzerinde konuşulacağını söylenir. Bu grup sürecinin hastalarının bakım aldığı Toplum Ruh sağlığı Merkezinde 7 hafta boyunca, haftada bir kez yaklaşık 120 dakika süreyle devam edeceği ve her toplantının sonunda 15 dakikanın sohbet etmek ve bir şeyler yiyip içmeye ayrılacağı anlatılır.

Grup sürecinin sağlıklı bir şekilde yürümesi için üyelerin bazı sorumluluklar alması gerektiği ve grup için bazı temel kurallar belirlenmesi gerektiği anlatılır. (Bkn:grup kuralları) grup kuralları üyelerle paylaşıldıktan sonra, grup üyelerinin önerdikleri başka kurallar olup olmadığı sorulup, grubun önerileri tartışılarak kurallara eklenir. Grup bağlılığını artırmak için gruba bir isim bulunur. Grup isminin ve grup sürecini sağlıklı şekilde sürdürmek için belirlenen kuralların yazılı olduğu bir sözleşme hazırlanır ve tüm üyelerin bu sözleşmeyi okuyarak imzalamaları istenir. Lider grup üyelerine herhangi bir soruları olup olmadığını sorar, üyelerin sorularına açık bir şekilde yanıtlar. Konuşulanların pekiştirilmesi için gönüllü bir grup üyesinden anlatılanları özetlemesini ister.

4. Oturum gündeminin paylaşılması

Grup lideri tarafından aşağıdaki açıklamalar yapılarak, oturuma başlanır.

Hayat koşullarının değişmesi ile birlikte birçoğumuz için yaşam oldukça yorucu ve stresli bir hale geldi. Artık hepimiz günlük yaşamın stresinden yakınıyor, stressiz bir yaşam isteğimizi sık sık yineliyoruz. Sürekli kronik bir hastalığı olan bireye bakım vermek, onun yaşam sorumluluğunu almak ve ona destek olmak için her gün uğraş veren birçok hasta yakını daha da fazla strese maruz kalıyor. Kronik bir hastalığı olan bireye bakım vermek birçok sorumluluğu beraberinde getiren ve bakım veren kişiye ekstra stres yükleyen, zor ve yorucu bir iştir. Birçok becerisini kaybetmiş ve sürekli bir bireyin desteğine ihtiyaç duyan bir bireye bakım vermek sizler için zorlayıcı ve stres yaratan bir durum haline

gelebilir. Bazen günlük yaşamın getirdiği sorumluluklar, bireysel ihtiyaçlar ve bakım verme sorumluluğu arasında sıkışıp kaldığınız, kendinizi bir makine gibi otomatik pilota almış gibi hissettiğiniz. Sizden beklenenleri yerine getirmek için sürekli koşuşturduğunuz, düşünmediğiniz, hissetmediğiniz ve kendi gereksinimlerinin farkında olmadığınız zamanlar olabilir. Hatta bazen yaşamda karşılaştığınız stresörlerin artması ile kontrolü kaybettiğinizi hissettiğiniz, çaresiz kaldığınız zamanlar olabilir. Zaman içinde yaşanan stresin artması sizi bu sorumlulukla baş edemez hale getirebilir.

Ardından grup lideri grup üyelerine şu soruları sorar.

“Sizlerin bu konuyla ilgili grupla paylaşmak istedikleriniz var mı?”

Birçok stresörle karşılaştığınız bir gün bittiğinde ve yalnız başınıza kaldığınız anda kendinizi nasıl hissediyorsunuz?

Ne tür bedensel reaksiyonlar yaşıyorsunuz? (bedeninizde ne tür değişimler hissediyorsunuz?)

Birçok stres verici olay yaşadığınızda, bu durum yakınınıza/hastanıza karşı olan sabrınızı ve toleransınızı nasıl etkiliyor?

Bu durum hastanıza bakım vermenizi nasıl etkiliyor?

Yaşadığınız stres size sürekli yorgun ve bitkin hissettiriyorsa, bu durum hastanıza bakım vermenizi nasıl etkiler?

Her bir grup üyesinin yanıtları dinlendikten sonra, lider tarafından stres kavramı tanımlanır ve stresin aşamaları ve belirtilerinden bahsedilir (Ek: Stres kavramı, aşamaları ve belirtileri).

Grup lideri, üyelere en son yaşadıkları stres verici olayı hatırlamalarını ve stres altında iken bu belirtilerden hangilerini yaşadıklarını sorar ve bunları grupla paylaşmalarını ister.

Grup lideri oturumun son 45 dakikasında önce solunum egzersizini, ardından açıklamalar ve yönergelerle üyelere aşamalı gevşeme egzersizini uygulayabilmeleri için rehber olur. (Ek: Solunum ve Aşamalı Gevşeme Egzersizi Yönergesi)

5. Yapılacak ev aktivitesinin açıklanması

Grup lideri, “günlük yaşamınızda biraz önce hatırladığınız örnek olaylar gibi birçok stres verici olay ya da durumla karşılaşırsınız. Bu durum ya da olayları iyi tespit edebilmek stresle başa çıkabilmemiz için ilk adımı oluşturur. Bu durumları tespit edebilmemiz başlangıç için çok önemlidir. Bu nedenle sizlerden, gelecek oturuma kadar bir hafta boyunca yaşadığınız stres verici bir ya da birkaç durumu ve duruma karşı verdiğiniz tepkileri not etmenizi isteyeceğim. Daha sonra bunları gelecek oturumun başında sizlerle tartışacağız ve yaşadığımız deneyimleri paylaşacağız”. Açıklamasını yapar. Ardından gelecek oturumda strese neden olan durumların ve duygu-düşünce ve davranışlar arasındaki ilişkinin tartışılacağını hatırlatır. Sonrada üyelere bu ödevi yapmakla ilgili olarak nasıl hissettikleri ve yapip yapamama konusunda ne düşündükleri sorularak anlaşılmayan noktalar açıklanır. Ayrıca bu oturumda öğrendikleri solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini her gün kendileri için uygun olan bir vakitte planlayarak uygulamalarını ister. Bunun ilk günlerde kendilerine zor gelebileceğini ama fiziksel olarak stres belirtilerini azaltmak için çok önemli olduğu söylenir.

Oturumun özetlenmesi ve sonlandırılması

Oturumda öğrenilenlerin yerleşmesi, üyelerinin sorularının cevaplanması için oturumun özetlenmesi önemlidir. Bu nedenle oturum model oluşturmak amacıyla grup lideri tarafından özetlenir ve eklemek istedikleri bir şey olup olmadığı sorulur. İlerleyen oturumlarda özetlemenin birer grup üyesi tarafından yapılacağı bilgisi üyelere verilir. Daha sonra üyelere ilk oturuma ilişkin değerlendirmelerini sözel olarak ifade etmeleri, ardından “Oturum Değerlendirme Formu” dağıtılarak doldurmaları istenir.

2. Oturum: Strese Neden Olan Durumları Tanıma, Duygu-Düşünce-Davranış İlişisini Kavrama ve Zaman Yönetimi

Amaç: strese neden olan durumları tanımlama, duygu-düşünce-davranış arasındaki ilişkiyi kavramaları ve zaman yönetimini öğrenmelerini sağlamak.

Hedefler:

- Strese neden olan durumları tanıması,
- Stresörleri fark etmesi,
- Duygu-düşünce ve davranış arasındaki bağlantıyı kavraması
- Zaman yönetimini öğrenmesi
- Keyifli zaman geçirecek aktivite planlaması

- Solunum egzersizlerini uygulaması
- Aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulaması

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Grup üyelerinin nasıl hissettiklerinin sorulması

Grup lideri tarafından grup üyelerine “Bu hafta içinde benim bilmemi gerektiren önemli bir şey yaşadınız mı? Yaşantınızda bir değişiklik oldu mu?” soruları sorulur. Üyelerden gelen cevaplar alınır. Grup üyelerinden cevap gelmezse bir sonraki aşamaya geçilir. Eğer cevap alınır ve kısa bir müdahale ile ele alınabilecek bir durum ise müdahale edilir. Ancak uzun bir müdahale gerektiriyorsa sorunu dile getiren üyeye bu konunun oturum dışında ele alınması gerektiği bilgisi verilir.

2. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması

Grup lideri tarafından bir önceki oturum “Bir önceki oturumda tanıştık, grupta olmaya ilişkin duygu ve düşüncelerimizi tartıştık, bu grupların amacı, süresi, sıklığı konusunda ben sizlere bilgi verdim ve ardından grup kurallarını belirledik. Sonra bakım vermenin yarattığı duygusal sorunları, stres kavramını ve stres altında iken ne tür tepkiler verdiğimizizi konuştuk. Stres yaratan durumları ve bunlara verdiğimiz tepkileri tartıştıktan sonra, evde son bir haftada yaşadığımız stres verici durumu ve buna verdiğiniz tepkileri kaydetmeniz istendi.” biçiminde özetlenir. Amaç, önceki oturumda konuşulanların hatırlatılması ve oturumlar arası ilişki kurulmasıdır. Daha sonra grup üyelerine bir önceki oturumla ilgili olarak paylaşmak istedikleri herhangi bir konu olup olmadığı sorulur. Üyelerden gelen sorular açık ve net olarak cevaplanır.

3. Ev aktivitesinin gözden geçirilmesi

Grup lideri üyelere herkesin ev aktivitesini yapıp yapmadığını ve ev aktivitesi ile ilgili olarak sorun yaşayıp yaşamadıklarını sorar. Sorun yaşadığını ifade eden üyeler olursa bu sorunun ne olduğu ele alınır ve anlaşılmamış olan noktalar tekrar açıklanır, böyle noktalar olduğunda aktivite verilirken lider ile paylaşılması gerektiği bilgisi verilir. Aktivitenin yapılmaması durumunda üyelere bunun nedeni sorulur, bilişsel-davranışçı yaklaşımda aktivitelerin rolü ve önemi tekrar açıklanır ve yapılması konusunda üyeler desteklenir. Ardından lider ev aktivitesini paylaşmak için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar ve gönüllü olan bir üyeden aktivitesini paylaşmasını ister. Ardından liderin aktivitenin amacını gruba hatırlatması ile amaca ulaşıp ulaşılmadığı tartışılır.

4. Oturum gündeminin paylaşılması

Grup lideri tarafından bu oturumun diğer gündeminin bilişsel modelin açıklanması ve olay, düşünce ve davranışlarımız arasındaki ilişkinin ortaya konması olduğu ifade edilir.

Grup lideri düşüncelerimizin strese karşı verdiğimiz tepkileri etkilediğini, stresli ya da üzgün hissetmemize katkıda bulunduğunu ve aynı zamanda da stresin yaşamımız üzerindeki etkilerini azaltıcı bir etkisi de olacağını söyler. Genellikle olaylar karşısında düşünce, duygu ve davranışlarımız şöyle bir sıralama izler;

Bir şey olur.

Bu olay hakkında zihninizde düşünce(ler) vardır.

Bu düşünceler olumlu ya da olumsuz duygular yaratır.

Siz bu duyguları yansıtacak şekilde davranır ya da hareket edersiniz.

Bunu bir örnek durum üzerinde konuşalım diyerek, şu örneği verir. “Bugün buraya gelirken kaldırımda duran birisi size küfrediydi ne hissederdiniz, ne yapardınız?” sorusunu sorar ve tahtada olayı A sütununa, her bir üyenin hissettiklerini ve yaptıklarını C sütununa yazar. Bu arada B sütununu da tahtaya çizer ama altını daha sonra dolduracaklarını söyleyerek boş bırakır. Örneğin; kızgınlık hissettiğini söyleyen bir üyeyi seçer ve ona “yani adamın küfredmesi senin kızmana mı neden oldu?” diye sorar. Ardından “Şimdi senaryoda biraz değişiklik yapalım. Adam sana yine küfrediyor ama senin duymayacağın bir ses tonuyla ya da içinden küfrediyor. Bu durumda ne hissederdin ya da yapardın?” diye sorar. Sonra davranışının nedenini açıklamasını ister. Ardından lider “Ama olay aynı, önceki durumda bu olay seni kızdırmıştı, olay aynıysa şimdi neden kızmadın?” diyerek, olaylara verilen anlamda önce algılamının önemli olduğunu fark ettirir. Ardından lider “Peki şimdi senaryoyu biraz daha değiştirelim aynı adam sana yine küfrediyor ama Japonca küfrediyor. Bu durumda ne hissedersin, yine kızar mısın?” diye sorar. Bunun üzerine lider “ O zaman bir duygunun oluşması için tek başına olayın olması ya da algılamak, duymak da yeterli değil, senin de belirttiğin gibi onun ne anlama geldiğini bilmemiz gerekiyor” diyerek anlamlandırmanın önemini fark ettirir. Ardından lider tahtaya döner ve “gruptaki herkes aynı olayı yaşadı ama kızgınlık, korku, şaşkınlık gibi farklı duygular ortaya

çıktı. Ayrıca sanırım kızanların hepsi de aynı şiddette kızmadı?” sorusuna gruptan verilecek cevapları dikkate alarak şöyle bir açıklama yapar: “Herkes aynı olayı yaşamasına ve aynı şeyi anlamasına rağmen aynı duygusal tepki ve davranış oluşmuyor ya da oluşsa bile aynı şiddette olmuyor. Oysa başlangıçta sizi kızdıran, korkutan vb. şeyin adamın size küfretmesi olduğunu söylemişsiniz. Olay aynı ise aynı duygunun ortaya çıkmasını beklerdik ama farklı duygular ortaya çıktı o zaman bu duyguların sebebi olay değildir. Sizce ne olabilir?”. Lider gruptan gelen cevapları dinler ve duygu ve davranışlarını sorduğu üyelere geri dönerek ilk anlattığı olay karşısında akıllarından neler geçtiğini sorar ve bunları tahtaya yazar. Daha sonra lider grup üyelerine dönerek “Evet sanırım az önceki sorunun cevabını bulduk, duygularımızı etkileyen üçüncü bir faktör de değerlendirmelerimiz ve yorumlarımızdır. Dolayısıyla olayların bizi etkilemesi için öncelikle onları algılamamız ve anlamlandırmamız, ardından yorumlamamız gerekir.” Ardından tahtadaki materyal eşliğinde ABC modeli yani olay- düşünce- duygu ve davranış ilişkisi aşağıdaki gibi grup lideri tarafından anlatılır: “Bilişsel-davranışçı yaklaşım kapsamında ortaya konulan ABC modeline göre; A bizi etkileyen bir olay, B bu olaya ilişkin düşüncelerimiz, C ise düşüncelerin etkisiyle ortaya çıkan duygularımız ve davranışlarımızdır. Günlük yaşamımızda sanırız ki A sebeptir, C de sonuçtur; B’lerin ise farkında olmayız. Oysa C her zaman sonuçtur fakat asıl neden A değil, B’dir yani olaya yönelik düşüncelerimizdir. Bu düşüncelerin olumlu ve yapıcı olması olayları ve benliğimizi olumlu olarak yorumlamamıza ve sorunlarımızla daha rahat başa çıkmamıza neden olurken, olumsuz ve yıkıcı düşünce ve inançlar aksi yönde etki göstermektedir.” Ardından üyelere birinin bir haftadır kaydettikleri durumlardan birini okuması istenir ve olay A-B-C modeline göre ele alınarak irdelenir. Böylece örnek üzerinden bu modelin daha da iyi anlaşılmasına çalışılır.

Bu oturumda ele alınacak diğer konu ise zaman yönetimidir. Gruptaki her üyeye birer zaman pastası grafiği dağıtılır. Lider önce üyelere yaşamlarındaki rollerini/sorumluluklarını grafiğin üzerinde yer alan boşluklara yazmalarını ister. Ardından her üyenin bir gün boyunca bu rolleri yerine getirmek için harcadığı zamanı ve enerjiyi düşünerek, zaman pastası grafiği üzerine çizmesini ister. Gruptan bir üyenin hazırladığı grafik tahtaya çizilerek, bir gün boyunca hastasına bakım vermek, günlük aktiviteleri yerine getirmek ve kendi gereksinimlerini karşılamak için ayırdığı süre üzerinde tartışılır.

Grup lideri tarafından şu açıklama yapılır. “*ideal olanı günlük yaşamdaki sorumluluklarımızı yerine getirmeye çalışırken, kendi ihtiyaçlarımızı da düşünerek zaman ayırmaktır. Ancak birçok hasta yakını sizin gibi zaman içerisinde oluşan yeni sorumlulukların üstesinden gelmeye çalışırken kendisine ayırdığı zamanı giderek azaltır. Bu durum kendimizi ihmal etmek anlamına gelir. Kendimize ayırdığımız süre azaldıkça biz kendimizi, daha bitkin, yorgun, isteksiz ve güçsüz hissetmeye başlarız. Oysaki stresle baş etmek ve rollerimizi yerine getirebilmek için enerjiye ve güce ihtiyacımız vardır. Bunun içinde kendine zaman ayırmak, kendine özen göstermek, stresle baş etmek için en önemli adımlardan biridir. Unutmayın siz kendinize bakmazsanız, hastanıza da bakamazsınız.*”

Bireyin kendisi için harcadığı sürenin olmaması ya da yetersiz olmasının, onu nasıl etkilediği üzerine konuşulduktan sonra, bireyin bir gün boyunca yapacağı aktiviteler not edilerek, yeni bir zaman pastası grafiği hazırlanır. Grup üyelerinden kendi grafiklerini oluşturmaları ve bir hafta boyunca bu grafiğe göre zamanlarını planlamaları istenir.

Grup lideri bu hafta için keyif alacakları, kendilerine zaman ayıracakları ve hoş vakit geçirmelerini sağlayacak bir aktivite planlamalarını ister. Her bir üyenin hangi aktiviteyi yapmayı planladığı sorar. Ardından planladıkları aktiviteleri dağıtılan zaman pastası grafiğinin altına not etmelerini ister. Bu aktiviteyi yapmakta güçlük yaşayabileceklerini ama yılmamalarını ister.

Oturumun son 30 dakikasında grup lideri açıklamalar ve yönergelerle üyelere solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulayabilmeleri için rehber olur.

5. Yeni ev aktivitesinin verilmesi

Bireylerin oturum sırasında yapıldığı gibi, bir olay karşısında önce durumu net olarak tanımlamaları, ardından bu olaya ilişkin duyguları ve davranışları, sonra bu olaya ilişkin “o sırada akıllarından neler geçtiği” üzerinde düşünmeleri ve bu düşüncelerin her birey için farklı olabileceğini fark etmeleri otomatik düşüncelerin fark edilmesi ve ele alınmasını kolaylaştırır. Bu nedenle oturumda bu amacın açıklanmasının ardından ev aktivitesi olarak grup üyelerinden hafta boyunca stres yaşamalarına neden olan bir olay üzerinde, oturumda yapıldığı gibi olay-düşünce-davranış ilişkisinin kurulmaya çalışılması ve deneyimlerin not alınması istenir. Ayrıca keyifli zaman geçirmek için bu hafta yapmayı planladıkları aktiviteyi yerine getirmeleri, zaman pastası grafiği ile planladıkları şekilde

haftayı geçirmeleri ve her gün kendileri için uygun zamanda solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulamaya devam etmeleri istenir. Ardından üyelere bu ödevi yapmakla ilgili olarak nasıl hissettikleri ve sorularının olup olmadığı sorulur, varsa sorular cevaplanır.

6. Oturumun özetlenmesi ve sonlandırılması

Grup lideri gruba oturumu özetlemek için gönüllü bir üye olup olmadığını sorar. Eğer varsa bu üyeden oturumu özetlemesini ister. Bu özetleme sırasında gönüllü üyenin eksik kaldığı noktalar olursa lider bu noktaları tamamlar. Eğer özetleme için gönüllü bir üye olmazsa lider oturumu kendisi özetler ve üyelere sonraki oturumlarda bu özetlemeleri grup üyelerinden isteyeceğini tekrar hatırlatır. Ardından lider üyelere “Oturum Değerlendirme Formu” dağıtılarak doldurmalarını ister.

3. Oturum: Otomatik Düşünceleri Belirleme ve İncelemeyi Öğrenme

Amaç: Strese neden olan otomatik düşünceleri tanıma ve incelemeyi öğretmek

Hedefler:

- İnsanlarda bulunan temel mantıksız düşünceleri tanıması
- Temel mantıksız düşüncelerin kendisinde var olup olmadığını sorgulaması
- Strese neden olan otomatik düşünceleri tanıması
- Otomatik düşünceleri değiştirebilmek için öncelikle onları fark etmesi gerektiğini kavraması

kavraması

- Otomatik düşünce kayıt formunu tanıması
- Otomatik düşünce kayıt formunun bu düşünceleri yakalamada yardımcı bir araç olduğunu kavraması
- Otomatik düşünce kayıt formunu doldurmayı öğrenmesi
- Stres anında ortaya çıkan düşünceleri incelemeyi öğrenmesi
- Öğretilen düşünce inceleme tekniklerini günlük yaşamda uygulaması

Solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulaması

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

- 1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması**
- 2. Grup üyelerinin nasıl hissettiklerinin sorulması**
- 3. Ev aktivitesinin gözden geçirilmesi**
- 4. Oturum gündeminin paylaşılması**

Grup lideri tarafından Ahmet Bey’in hikâyesi okunur (Ek: Ahmet Bey’in hikâyesi) ve otomatik düşünce tanımlanır. Ardından İnsanlarda bulunan 12 temel mantıksız düşünce listesi okunur. Üyelerin bu davranış ve düşünce listesini kendilerince sorgulamaları istenir. Ardından grup lideri tarafından düşünce kayıt formunun basit hali (3 sütun tekniği) tanıtılır ve ev aktivitelerinden getirilen örnek yaşantılar üzerinde lider tarafından uygun bulunan bir olay seçilerek, otomatik düşünce kayıt formunun basit halindeki gibi tarih, olay/durum, duygu (bu duygunun yüzde kaç oranında hissedildiği) ve ardından olaya ilişkin otomatik düşünce/düşünceler tahta üzerinde üyeye yöneltilen sorular yardımıyla belirlenir. Grup üyelerine şimdi bu otomatik düşüncenin ele alınacağı ancak kendilerinden bunun henüz istenmediği, formun bu halini kullanmada yeterlilik kazanınca formun gelişmiş halinin kendilerine anlatılarak kullanılmaya başlanacağı ifade edilir. Ardından otomatik düşünceleri yakalamanın zaman alabileceği, eğer bunda zorlanırlarsa yapabildikleri kadarı ile bir sonraki oturuma gelmeleri ve güçlük yaşadıkları kısmı mutlaka paylaşmaları konusunda grup üyeleri desteklenir. Grup üyelerine ayrıca bu sürecin çaba ve yazmayı gerektirdiği, yazmadan yapabileceklerini düşünmenin bir hata olduğu konularında da bilgi verilir.

Oturumun son 30 dakikasında grup lideri açıklamalar ve yönergelerle üyelere solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulayabilmeleri için rehber olur.

5. Yeni ev aktivitesinin verilmesi

Bu oturumda bireylere otomatik düşünce kayıt formunun basit hali tanıtılmış ve nasıl doldurulacağı örnek ile anlatılmış olduğu için üyelere hafta boyunca olumsuz duygular yaşadıkları olaylardan sonra bu formu doldurmaya çalışmaları ve düşünceleri durdurma tekniğini kullanmaları istenir. Grup üyelerine ayrıca bu sürecin çaba ve yazmayı gerektirdiği, yazmadan yapabileceklerini düşünmenin bir hata olduğu ve denemenin bile önemli ve yararlı olduğu vurgulanır. Ayrıca her gün kendileri için uygun zamanda solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulamaya devam etmeleri istenir. Ardından üyelere bu aktiviteyi yapmakla ilgili olarak nasıl hissettikleri ve sorularının olup olmadığı sorulur, varsa sorular cevaplanır.

6. Oturumun özetlenmesi ve sonlandırılması

4. Oturum: Bilişsel Çarpıtmaları Fark Etme

Amaç: Strese neden olan bilişsel çarpıtmaları fark etmelerini ve girişkenlik becerilerini öğrenmelerini sağlamak

Hedefler:

- Kullandığı bilişsel çarpıtmaları fark etmesi
- Bilişsel çarpıtmaların stresle baş etmeye etkisini fark etmesi
- Solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulaması

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması

2. Grup üyelerinin nasıl hissettiklerinin sorulması

3. Ev aktivitesinin gözden geçirilmesi

4. Oturum gündeminin paylaşılması

Grup lideri bu oturumun gündeminin bilişsel çarpıtmalar olduğunu ifade eder ve bilişsel çarpıtmaları şöyle açıklar: “Düşüncelerimizi iki ana gruba ayırabiliriz. Birinci gruptakiler gerçekçi ve akılcı, ikinci gruptakiler ise gerçekçi ve akılcı değildir. Gerçekçi ve akılcı olmayan düşünceler bizi mutsuz edebilir, ruh sağlığımızı bozabilir. Bu düşüncelere bilişsel çarpıtmalar veya kutuplaşmış düşünceler adı verilir. Çünkü “Kimse beni sevmiyor” “bütün aksilikler beni bulur” “her işte birinci olmalıyım” türündeki düşünceler, insanların kafalarında kalıplaşmış, katılaştırmış ve büyük bir ihtimalle farkında olunmadan taşınan birtakım kesin düşüncelerdir. İnsanlar bu tür düşüncelerin doğru olup olmadığını test etmeye yönelmezler, bu türlü düşüncelerini değiştirebilecek nitelikteki her türlü yeni bilgiden uzak dururlar. Bilişsel çarpıtmaların temel özelliği; akılcı ve gerçekçi olmamaları ve değişmeye dirençli oluşlarıdır.” Ardından lider sırasıyla bilişsel çarpıtmalar listesini okur ve üyelere de bu listeyi dağıtır. Üyelere kendi yaşamlarından, özellikle kendilerini algılamalarına yönelik örnekler vermeleri istenir. Ancak grup üyeleri örnek vermekte zorlanırsa bilişsel çarpıtmalar listesinde yer alan örnekler üyelere açıklanır. Sonra üyelerle ne tür bilişsel çarpıtmalarının olduğu ve bu çarpıtılmış düşüncelerin tepkilerimiz, stresle baş etmemiz ve yaşamımız üzerinde nasıl olumsuz işlevleri olduğu tartışılır.

Oturumun son 30 dakikasında grup lideri açıklamalar ve yönergelerle üyelere solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulayabilmeleri için rehber olur.

5. Oturumun özetlenmesi

6. Yeni ev aktivitesinin verilmesi

Üyelerden hafta boyunca yaşadıkları stresli olaylardan sonra düşünce kayıt formunu doldurmaya ve alternatif düşünce soru formu yardımı ile alternatif düşünce geliştirmeye çalışmaları istenir. Ayrıca her gün kendileri için uygun zamanda solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulamaya devam etmeleri ve duygularını ve düşüncelerini ifade etmede öğrendikleri atılganlık becerilerini kullanarak, sıkıntı yaşadıkları olayları not etmeleri istenir. Ardından üyelere bu aktiviteyi yapmakla ilgili olarak nasıl hissettikleri, sorularının olup olmadığı sorulur ve varsa sorular cevaplanır.

5. Oturum: Olumsuz Düşünceleri ve Atıfları Değiştirmek için Alternatif Düşünce Bulma, Kayıt Tutma ve Sorun Çözme

Amaç: strese neden olan olumsuz düşüncelerini belirleyerek bu düşünceleri desteklemeyen kanıtları bulmasını, alternatif düşünceler geliştirmesini ve problem çözmeyi öğrenmesini sağlamak

Hedefler:

- Otomatik düşüncelerinin kaydına ilişkin durumlarını değerlendirmesi
- Otomatik düşünce kaydı ile ilgili hatalarını düzeltmesi
- Duygularını ve otomatik düşüncelerini yakalayarak otomatik düşünce kayıt formunun basit haline kaydedebilme becerilerini geliştirmesi
- Sorun yaşadıkları olaylara ilişkin otomatik düşüncelerini belirlemesi ve birlikte bu düşünceyi desteklemeyen kanıtları bularak alternatif düşünceler geliştirmesi
- Sorun çözmeyi öğrenmesi

Solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulaması

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması

2. Grup üyelerinin nasıl hissettiklerinin sorulması

3. Ev aktivitesinin gözden geçirilmesi

4. Oturum gündeminin paylaşılması

Bu oturumun gündemi grup üyelerinin ev aktivitesi olarak not aldıkları otomatik düşüncelerin bilişsel model kapsamında ele alınmasıdır. Her bir düşünce için lider üyelere de model olması amacıyla öncelikle tahtaya tarihi atar, ardından düşüncenin ortaya çıktığı olayı ve olaya ilişkin duyguların yoğunluğunu yüzdesi ile birlikte not eder. Daha sonra üyeye olaya ilişkin tüm otomatik düşüncelerini buldurmaya çalışır ve bu düşünceler içinden kendisini en çok etkileyenini seçmesini ister. Ardından lider üyeye bu düşünceyi destekleyen ve desteklemeyen kanıtları buldurmaya yönelik sorular sorar ve cevaplar tahtada başlıklar altındaki sütunlara kaydeder. Ardından düşünceyi destekleyen ve desteklemeyen kanıtlara bakılarak otomatik düşünceye alternatif düşünce/düşünceler geliştirilmeye çalışılır. Ardından lider üyeye başlangıçta ifade ettiği duyguların yoğunluk ve otomatik düşünceye inanç yüzdesinde bir değişiklik olup olmadığını sorar. Böylece otomatik düşünceyi desteklemeyen kanıtlar ve alternatif düşünce geliştirmenin bireyin duygu ve düşüncesinde değişime neden olup olmadığı görülür. Bu noktada beklenen bireyin başlangıçtaki duygu yoğunluğunun ve otomatik düşüncesine inancının azalmasıdır. Verilen örnekleri pekiştirmek için bir önceki oturumda anlatılan “Ahmet Bey’in hikayesi” üzerinden olumsuz düşünceler ve atıflar belirlenir ve olumlu düşünceler ile nasıl değiştirilebileceği grup üyeleri ile tartışılır.

Ardından grup lideri tarafından bu oturumda ele alınacak diğer bir konunun da sorun çözme olduğu söylenir. Grup üyelerine sırasıyla;

-Sorun nedir?

-Sorun çözme nedir?

-Sorunlarımızı genelde nasıl çözeriz?

Soruları yöneltildikten sonra, sorun kısaca tanımlanır. Lider tarafından sorun çözme basamakları kısaca açıklanır ve “Ayşe Hanım’ın Sorunu” (Ek) isimli örnek olay üzerinden bu basamaklar tek tek üyelerle tartışılır. Sonrasında grup üyelerinin yaşadıkları sorunları düşünerek örnek vermeleri istenir ve üyelerden birinin sorunu üyelerle tartışılır.

Oturumun son 30 dakikasında grup lideri açıklamalar ve yönergelerle üyelere solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulayabilmeleri için rehber olur.

5. Oturumun özetlenmesi

6. Yeni ev aktivitesinin verilmesi

Bu oturumda üyelerden hafta boyunca stres yaşadıkları olaylardan sonra düşünce kayıt formunu doldurmaları istenir. Ayrıca grup üyelerine Beck’in önerdiği alternatif düşünce geliştirmede kullanılabilecek soru listesi dağıtılır ve belirledikleri otomatik düşüncelere bu formdaki sorular yardımıyla alternatif geliştirmeye çalışmaları söylenir. Burada amaç üyelerin otomatik düşüncelerine alternatif geliştirmede yeterlilik kazanmaya çalışmasıdır. Grup üyelerine bu sürecin çaba ve yazmayı gerektirdiği, yazmadan yapılamayacağı tekrar vurgulanır. Ayrıca her gün kendileri için uygun zamanda solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulamaya devam etmeleri ve karşılaştıkları sorunları bu oturumda öğrendikleri sorun çözme basamaklarını kullanarak çözmeye çalışmaları ve zorlandıkları noktaları not etmeleri istenir. Ardından üyelere bu aktiviteyi yapmakla ilgili olarak nasıl hissettikleri, sorularının olup olmadığı sorulur ve varsa sorular cevaplanır.

6. Oturum: Stresli Yaşam Olayları Karşısında Baş Etme

Amaç: Alternatif baş etme becerilerini öğrenerek, stresli yaşam olayları sırasında kullanabilmelerine yardımcı olmak

Hedefler:

- Stresle başa çıkma yöntemlerinin duygu veya sorun odaklı olup olmadığı konusunda farkındalık sağlanması
- Stresle başa çıkmada etkili olan yöntemler konusunda bilgilenmesi
- Solunum ve gevşeme egzersizini uygulaması

Oturum İçeriği:

1. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması

2. Grup üyelerinin nasıl hissettiklerinin sorulması

3. Ev aktivitesinin gözden geçirilmesi

4. Oturum gündeminin paylaşılması

Grup lideri üyelere “stresle başa çıkmak için neler yaptıklarını” sorar. Bu sorular doğrultusunda

grup üyelerinden gelen cevaplar tahtaya not alınır. Ardından lider stresle etkili başa çıkma stratejilerini (Bkz. Stresle Etkili Başa Çıkma Stratejileri) açıklar ve daha sonra geriye dönüp bakabilmeleri için bu açıklamaları içeren notları üyelere dağıtır.

Ardından grup lideri bu oturumda paylaşılacak diğer bir konunun da girişkenlik olduğunu söyler. Ayşe hanımın sorunu isimli örnek olay grup lideri tarafından okunur ve grup üyelerine şu soruları sorar:

- Okuduğumuz olayı düşündüğünüzde Ayşe hanımın davranış özelliklerini nasıl değerlendiriyorsunuz?
- Sizlerde benzer durumlar yaşıyor musunuz?
- Böyle durumlar karşısında nasıl davranmak gerekir?
- Atılğan/girişken davranış nedir?

Üyelerin cevaplarını dinledikten sonra, grup lideri kısaca pasif, saldırgan, manipülatif ve atılğan davranış biçimlerinden bahseder. Atılğan davranış biçiminin benimseyen bireyin özelliklerini açıklar. Ayşe hanımın sorunu üzerinden atılğan davranış özellikleri tartışılır. Sonrasında grup üyelerinden Ayşe hanıma yaşadığı soruna benzer, yaşadıkları sorunları düşünerek örnek vermeleri istenir ve üyelerden birinin anlattığı sorun üzerinde tartışılır.

Grup lideri üyelerin bakım verme ile ilgili yaşadıkları stresli durumları hatırlamalarını ister ve bu durumlarda anlatılan stresle baş etme tekniklerinin nasıl kullanabileceklerini sorar. Üyeler tarafından anlatılan örnek durumlar üzerinde stresle baş etme yöntemlerinin kullanımını tartışır.

Oturumun son 30 dakikasında grup lideri açıklamalar ve yönergelerle üyelere solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulayabilmeleri için rehber olur.

5. Oturumun özetlenmesi

6. Yeni ev aktivitesinin verilmesi

Üyelerden hafta boyunca yaşadıkları stresli olaylardan sonra düşünce kayıt formunun gelişmiş halini kullanmaya devam etmeleri istenir. Ayrıca üyelerden bu haftaya kadar öğrendikleri tüm stresle baş etme yöntemlerini hafta boyunca yaşadıkları bir sorunun çözümünde kullanmaya çalışmaları ve bunu not almaları istenir. Ayrıca her gün kendileri için uygun zamanda solunum ve aşamalı gevşeme egzersizlerini uygulamaya devam etmeleri istenir. Ardından üyelere bu aktiviteyi yapmakla ilgili olarak nasıl hissettikleri, sorularının olup olmadığı sorulur ve varsa sorular cevaplanır.

7. Oturum: Sonlandırma ve Nüksü Önleme

Amaç: Tüm grup sürecinin değerlendirmesini yaparak grup üyelerinin grubu olumlu duygularla sonlandırmalarını sağlamak

Hedefler:

- Grup sürecinin değerlendirilmesi
- Üyelerin anlamadığı ve eksik kalan noktaların netleştirilmesi
- Üyelerin süreçten kazanımlarını ve becerilerini paylaşması
- Üyelerin grubu sonlandırmaya ilişkin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi

Oturum İçeriği ve İşleyişi:

1. Grup üyelerinin nasıl hissettiklerinin sorulması

2. Bir önceki oturumun özetlenmesi ve geri bildirim alınması

3. Sürecin, liderin ve grup üyelerinin kendini değerlendirmesi, kazanımların ve edinilen becerilerin paylaşılması, sonlandırmaya dair duygu ve düşüncelerin paylaşılması

Öncelikle grup lideri üyelere netleşmedikleri bir konu veya soruları olup olmadığını sorar. Açık olmayan konular netleştirilir, gelen sorular cevaplanır ve süreç özetlenir. Grup üyelerinden kendilerini değerlendirmeleri istenir. Sonra lider, üyelerden grup süreci ile ilgili kazanımlarını ve edindikleri becerileri paylaşmalarını ister. İlk oturumda belirledikleri bireysel amaçlarına ne kadar ulaştıkları tartışılır. Ardından, lider gruba sonlandırmaya ilişkin duygu ve düşüncelerini sorar ve bunlar paylaşılır.

4. Son-test ölçümlerinin gerçekleştirilmesi

Grup üyelerine Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği”, “Başa Çıkma Tutumlarını Değerlendirme Ölçeği”, “Stres Belirtileri Ölçeği”, “Genel Sağlık Anketi-28” ve “Aile Değerlendirme Ölçeği” dağıtılarak doldurmaları istenir.

Oturumun ve sürecin sonlandırılması

Testler doldurulduktan sonra üyelerin birbiriyle vedalaşması ve grupla ilgili son sözlerini söylemeleri istenir. Ardından lider grup üyelerine teşekkür eder ve grup süreci sonlandırılır.

EKLER

STRES KAVRAMI, AŞAMALARI VE BELİRTİLERİ

Grup lideri, stres organizmanın bedensel ve ruhsal sınırlarının zorlandığı, tehdit edildiği, çatışmaya düştüğü, huzursuzluk hissettiği anlarda ortaya çıkan bir durum olarak tanımlar.

“Stres, üç aşamalı bir süreçten geçer. Şimdi bu üç dönemi kısaca sizlere açıklayacağım” diyerek aşağıdaki açıklamaları yapar:

a. Alarm Aşaması: Yaşadığımız durumu stres verici olarak algıladığımız dönemdir. Yaşadığımız duruma bir çeşit şok tepkisi veririz. Kalp atışlarımız hızlanır, tansiyonumuz yükselir, solunum hızlanır ve adrenalın salgılarız. Bu aşamada vücudumuz strese hazırlanır. Bu durumda vücut direncimiz düşük olduğu için gastrointestinal rahatsızlıklar (mide ve yemek borusu ile ilgili) ve artmış kan basıncı sorunları yaşayabiliriz.

b. Direnç Aşaması: Stres verici olarak değerlendirdiğimiz olay ya da durum devam ederse, bu aşamaya geçilir. Bu dönemde alarm tepkileri ve şok olma durumumuz sona erer, stres verici olay ya da duruma uyum sağlarız. Vücut, salgıladığı biyokimyasal maddeleri geri çeker. Artık birinci dönemdeki kadar zorlandığımızı hissetmeyiz; fakat strese karşı direncimiz arttığı için, var olan kaynaklarımızı kullandığımızı fark etmeyiz, bedenimizi yorarız. Eğer çok fazla kaynak kullanırsak, zaman içinde beden direncimiz azalır. Bu dönemde alerjiler, ülser, şeker hastalığı ve yüksek tansiyon gibi fizyolojik tepkiler gösterebilir.

c. Tükenme Aşaması: Stres verici olay çok yoğunsa ve uzun sürerse bu aşamaya girilir. Bedenimiz artık stresin baskısına dayanamaz, enerji rezervleri tükenir ve sonunda direncimiz kırılır. Bu dönemde ilk dönem olan alarm döneminde rastlanan belirtilere daha yoğun bir şekilde tekrar rastlanır ve uzun vadede bizler için çok ciddi rahatsızlıklara neden olabilir. (Kardiyovasküler hastalıklar, yüksek tansiyon, vücudun bağışıklık sisteminin zayıflaması, kanser türleri, vs...).

Lider, üyelere aşağıdaki açıklamayı yaparak oturumu sürdürür :

“ Stres kavramı genel olarak soyut bir kavram gibi gözükebilir. Oturumun başında sizlere bu kavramı tanıtmaya çalıştım. Fakat aslında stresin sonuçlarını yani bizde yarattığı değişiklikleri kavramadan bu kavramı tam olarak somutlaştırmak mümkün değildir. Çünkü stres bazı belirtilerle fark edilebilir. Bu belirtileri fiziksel, duygusal, bilişsel (düşünce boyutunda) ve sosyal olmak üzere 4 ayrı grupta toplayabiliriz. Bu belirtileri şu şekilde özetleyebiliriz”:

a. Fiziksel Belirtiler: Baş ağrısı, düzensiz uyku (örneğin geceleri uykuya dalamama ya da gece boyu birkaç kez uyanma ve bir daha uyuyamama şeklinde), sırt ağrıları, çene kasılmaları, diş gıcırdatma (uyanık halde ya da uyku sırasında), kabızlık, ishal ve kolit, ciltte döküntüler (psikolojik kökenli deri rahatsızlıkları), kas ağrıları (özellikle boyun, sırt ve bel bölgesinde), hazımsızlık ve ülser, yüksek tansiyon, kalp krizi, aşırı terleme, iştah dengesizlikleri (kimi zaman çok az kimi zaman ise normalden çok fazla yemek yeme), gün içinde yorgunluk veya enerji kaybı, kazalarda ve sakarlıklarda artış.

b. Duygusal Belirtiler: Kaygı ve endişe, depresyonda olma hali (iş yapma konusunda isteksizlik, fazla uyuma isteği, hiçbir şeyden mutlu olamama, vs...) çabuk ve sık ağlama, ruhsal durumda ani değişiklikler, asabılık, gerginlik, özgüvenin azalması ve değersizlik hissi (“kimse beni anlamıyor”, “kimse bana güvenmiyor”, “kimse bana değer vermiyor”, “ben beceriksizim”, “ben yetersizim” tarzı düşüncelerin sıklaşması), hassasiyet ve kolay kırılabilirlikte artış (olaylar karşısında alınganlığın artması), saldırganlık ve düşmanlık duygularında artış, duygusal anlamda tükendiğini hissetme (çalışmaya devam edemeyeceği hissi, yaşamdan sıkılma düşünceleri, aşırı fiziksel yorgunluk hissi, vs...).

c. Bilişsel (düşüncelerle ilgili) Belirtiler: Konsantrasyon ve karar vermekte güçlük (kendini yaptığı işe verememe, dalgınlık ve unutkanlık, problem çözümü için gerekli seçenekleri değerlendiremememe ve seçenekler arasından en uygununu seçememe), zihin karışıklığı, hafızada zayıflık, aşırı derecede hayal kurma, tek bir düşünce ya da fikre saplanma, mizah anlayışında kayıp, düşük verimlilik (yaptığı işte performansın düşmesi), iş kalitesinde düşüş, yapılan hatalarda artış, muhakemede zayıflık (mantıklı ve işlevsel düşünmede zayıflık).

d. Sosyal Belirtiler: İnsanlara karşı güvensizlik, başkalarını suçlamak, sık sık randevulara gitmemek ya da az zaman kala iptal etmek, insanlarda hata bulmaya çalışmak ve sözle rencide etmek, haddinden fazla savunmacı bir tutuma girmek, birçok kişiyle ilişkilerin bozulması, birçok kişiyle küs olmak.

SOLUNUM EGZERSİZİ YÖNERGESİ

“Solunum egzersizine başlamadan önce sağ avucunuzu göbeğinizin hemen altına, sol elinizi göğsünüzün hemen üstüne koyun. Gözlerinizi kapatın. Nefes almadan önce ciğerlerinizi tamamen boşaltın. Nefesi verirken ciğerlerinizi zorlamayın. Nefesinizin kendiliğinden kolayca çıkmasına izin verin. Hayal gücünüzü kullanarak ciğer kapasitenizi ikiye bölün. “Biiiiiirrrrrr” “İkiiiiiii” diyerek içinizden sayarken ciğerinizin bütününe havayla doldurun. İki saniye gibi kısa bir süre bekleyin ve “biiiiiirrrrrr” “ikiiiiiii” diye sayarak nefesinizi aldığının iki katı sürede boşaltın. Doğru nefes aldığınızda diyafram, yani ciğer boşluğunu karın boşluğundan ve dalak, karaciğer, mide, bağırsak gibi iç organlardan ayıran kas, biraz aşağıya hareket eder. Bunun sonucunda yukarıdan gelen basınç nedeniyle karın boşluğu şişer ve sağ eliniz dışarı doğru itilir. İşte sağ elinizin dışarı doğru itildiğini hissederseniz doğru nefes aldığımızdan emin olabilirsiniz.Yeni bir nefes alıp öğrendiklerimizi uygulamadan önce nefesimizin doğal haline dönmesi için biraz beklemeliyiz..... evet şimdi tekrar başlayabiliriz. Tekrar aynı konumu alın ve gözlerinizi kapayın.....bir kez daha başlıyoruz....”

“Şimdi bir sonraki uygulamayı yapmaya hazırsınız. Şunu yapacağız: derin ve tam bir nefes alacağız. Aldığımız nefesi tamamen vereceğiz. Tekrar nefes alırken birden dörde kadar sayacağız. Nefesimizi ağır ağır verirken ve ciğerlerimizi tamamen boşaltırken birden sekize kadar sayacağız. Sekize kadar saymayı bitirmeden nefesimiz tükendiye biraz daha denememiz gerekiyor demektir. Bunu günlük yaşamımızda daha fazla uyguladıkça daha kolay yapar hale gelebiliriz. Sormak istediğiniz bir şeyler olursa sorabilirsiniz. Haydi denemeye başlayalım.....”

GEVŞEME EGZERSİZİ YÖNERGESİ

“Temel nefes egzersizlerinin iyi yapılmasının gevşeme için bir önkoşuldur. Artık gevşeme egzersizlerine geçebiliriz. Bu egzersizlerde yine ben size bazı yönergeler vereceğim. Bunlara odaklanmanız ve aklınıza gelen diğer düşünceleri engelleyebilmeniz önemli. İlk başlarda bunu yapmakta zorlanabilirsiniz. Fakat, uygulamalara evde devam ettikçe daha kolay yapabildiğinizi göreceksiniz. Egzersizleri yapmayı tam olarak öğrendikten sonra bedeniniz üzerinde nasıl kontrol sahibi olduğunuzu göreceksiniz. Hissettiğiniz bu kontrol duygusu stresle başa çıkmada size çok yardımcı olacak. Şimdi başlamaya hazırız. Sorularınız varsa şimdi sorabilirsiniz. Ben yönergelere başladığımda lütfen tam sessizlik olsun. Bu aşamada sorularınızı sormayacaksınız. Çünkü sadece yönergelere odaklanıyor olmanız gerekiyor”

Gevşeme yönergesi

“*Arkanız dik ve ayaklarınız yerde olmak üzere rahat bir şekilde sessizce oturun. Ayak ayak üstüne atmayın. Gözlerinizi kapatın... Şimdi zihninizi belirtilen kas grupları üzerinde toplayın. Rahat, sessiz, ağır ve derin bir nefes alın. Aşağıdaki cümleleri kendi kendinize sessiz olarak içinizden tekrarlayın.*

*Sükunet ve huzur içindeyim. **Alın** kaslarım rahat, yumuşak. **Alın** ve **göz** kaslarım yumuşak. **Gözlerimi** sıkıyorum., daha sıkı, daha sıkı... ve sonra yavaş yavaş gevşetiyorum... Derin bir nefes alıyorum., tutuyorum... ve bırakıyorum... **Alın** kaslarım, **göz** kaslarım bütünüyle yumuşak, gevşek...*

***Çenem** rahat, kasları gevşek. **Çene** kaslarımı sıkıyorum... Sıkı... Daha sıkı... Sonra bırakıyorum... **Çenemi** yavaş yavaş gevşetiyorum...*

***Derin** bir nefes alıyorum... Tutuyorum... ve yavaşça bırakıyorum... **Çenem** sarkıyor, kasları yumuşak, gevşek...*

***Ense** kaslarım yumuşak, gevşek... Şimdi onları sıkıyorum... Daha sıkı... Daha sıkı... Sonra yavaş yavaş gevşetiyorum... Derin bir nefes alıyorum... Tutuyorum... ve bırakıyorum... **Ense** kaslarım da bütünüyle gevşiyor ve yumuşuyor...*

***Alın** kaslarım... **Göz** kaslarım... **Çene** kaslarım... **Ense** kaslarım yumuşak ve ağır... Sükunet ve rahatlık içindeyim... Verdiğim her derin; solukla birlikte gerginliğin bedenimden akıp gittiğini hissediyorum...*

*Şimdi dikkatimi **omuz** kaslarıma çeviriyorum ve onları geriyorum. Omuz kaslarımla birlikte **göğüs** kaslarımı da geriyorum. Tutuyorum... Sonra yavaş yavaş gevşetiyorum... Derin bir nefes alıyorum... Bekliyorum... Ağır ağır bırakıyorum...*

Kol ve el kaslarım gevşek. Şimdi onları sıkıyorum. Daha sıkı... Daha sıkı... Sonra yavaşça gevşetiyorum. Derin bir nefes alıyorum... Tutuyorum... ve veriyorum... Rahatlığın kollarıma ve ellerime yayıldığını hissediyorum.

Alın kaslarım... Göz kaslarım... Çene kaslarım... Boyun kaslarım gevşek ve rahat.. - omuz, göğüs ve kol kaslarım da yumuşak ve gevşek. El kaslarım da bütünüyle gevşemiş durumda... Verdiğim her derin solukla birlikte bedenimden akıp giden gerginliği görür gibi oluyorum...

Şimdi dikkatimi karın kaslarıma çeviriyorum. Nefesimi tutuyorum ve karın kaslarımı sıkıyorum... daha sıkıyorum, sonra yavaş yavaş gevşetiyorum... Derin bir nefes alıyorum... Tutuyorum ve ağır ağır veriyorum... Şimdi karın kaslarım yumuşak... Rahat ve gevşek...

Kalça kaslarım yumuşak... Şimdi onları sıkıyorum... Sıkıyorum... Tutuyorum... Sonra ağır ağır bırakıyorum... Derin bir nefes alıyorum... duruyorum ve veriyorum... Kalça kaslarımın yumuşak ve rahat olduğunu hissediyorum.

Şimdi dikkatimi bacağımanın üst ve alt bölümündeki kaslar ile ayak kaslarında topluyorum. Bunları geriyorum... Geriyorum... Tutuyorum, ayaklarımı yere doğru yaklaşıtıyorum. Sonra kendime doğru kaldırıyorum... Gerginliği iyice hissediyorum ve yaşıyorum.... Sonra yavaş yavaş bacak ve ayak kaslarımı gevşetiyorum... Derin bir nefes alıyorum... Duruyorum ve ağır ağır bırakıyorum...

Kalça, bacak ve ayak kaslarım yumuşak... ve gevşek... Kendimi gevşemiş ve rahatlamış hissediyorum...

Bedenimin bütün kasları yumuşak... Ağır ve gevşemiş durumda...

Alın kaslarım gevşek... Göz kaslarım, çene kaslarım gevşek... Boyun ve omuz kaslarım yumuşak ve gevşek,.. Kol, göğüs, karın kaslarını da yumuşak ve gevşek... Kalça, bacak ve ayak kaslarım da gevşemiş durumda...

Bütünüyle gevşemiş durumda, sakin ve huzur içindeyim... Kendimi rahat yumuşak ve sükûnet içinde hissediyorum. Bütün bu duyguları, sükûneti huzuru... rahatlığı gün boyu kendimle taşıyacağım...

Derin bir nefes alıyorum... Geriniyorum ve yavaş yavaş gözlerimi açıyorum.

OTURUM DEĞERLENDİRME FORMU

(Bu formu, içten ve objektif bir biçimde doldurmanız beklenmektedir. Kaydedeceğimiz tüm bilgiler gizli tutulacaktır.)

Adı, Soyadı:.....

1. Bu oturum sizin için yararlı oldu mu? Evet () Hayır ()
2. Bu oturumda en çok hangi konulardan yararlandınız?
.....
.....
.....
3. Bu oturumda kendinizle ilgili neleri fark ettiniz?
.....
.....
.....
4. Bu oturumda neleri öğrendiniz?
.....
.....
.....
5. Bu oturumda sizi en çok etkileyen şey/şeyler nelerdir?
.....
.....
.....
6. Bu oturumda hoşlanmadığım şey/şeyler nelerdir?
.....
.....
.....
7. Bu oturumdan ne kadar faydalandığınızı düşünüyorsunuz?
(Bunu sıfırdan ona kadar bir rakamla ifade eder misiniz?)
0 (hiç).....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10 (çok)

OTOMATİK DÜŞÜNCE KAYIT FORMU - BASİT HALİ

Tarih	Olay/Durum	Duygu (lar)	Otomatik Düşüce (ler)

OTOMATİK DÜŞÜNCE KAYIT FORMU - GELİŞMİŞ HALİ

Tarih	Olay/Durum	Duygu (lar) %0-100	Otomatik Düşünceler %0-100	Otomatik Düşüncelere Karşı Kanıtlar	Gerçeğe Yakın/ Dengelenmiş Düşünceler %0-100	Sonuç
						1.Yeni Duygu %0-100 2.Otomatik Düşünceye Olan Şimdiki İnanç %0-100

AHMET BEY'İN HİKÂYESİ

(Oturum 3 de kullanılacak)

Ahmet Bey'in dişçi ile saat 14.00 de randevusu vardı. Ahmet Bey tam saatinde dişçinin muayenehanesine gitti ve beklemeye başladı. Sekreterle hiç konuşmadan tam 2 saat boyunca dişçiyi bekledi. Ahmet Bey daha önceki randevusuna gelmediği için dişçinin kendisini bilerek beklettiğini düşünmeye başladı. Aklına gelen ilk düşünce onun kindar ve intikamcı biri olduğuuydu ve bu davranışı için cezalandırılmayı hak ettiğiydi. Bu düşünce aklına geldiği anda ayağa kalktı, sekretere bağırdı ve muayenehaneyi terk etti.

Olaylar sırasında bir anda zihnimizde beliren ve davranışlarımız ve duygularımız üzerinde etkili olan bu düşünçelere “otomatik düşünçeler” diyoruz. Ahmet Bey de bu düşünçelerin etkisi ile stres ve öfke patlaması yaşadı. Sekretere sakin bir şekilde soru sorarak sorununa ilişkin cevap arasaydı, öfke ve stres gibi duygular yaşamazdı. Ahmet Bey düşünmek yerine soru sorsaydı, stres yaşamaz, duygusal olarak zorlanmaz ve kişiler arası ilişkilerinde sorun yaşamazdı.

(Oturum 5'de kullanılacak)

Bu hikâyeyi şimdi birde pozitif bir düşünceyi kullanarak hayal edelim. Ahmet Bey dişçinin daha önceden planlamadığı acil bir işinin çıkmış olabileceğini düşünseydi, onun kindar ve intikamcı birisi olduğunu da düşünmezdi. Eğer muayenehanede kalsaydı, muhtemelen onun diş tedavisi yapılabilir ya da sekreterle konuşsaydı, randevusu yenilenebilirdi.

ALTERNATİF DÜŞÜNCE GELİŞTİRMEYE YARDIMCI SORULAR (OTOMATİK DÜŞÜNCELERİN SORGULANMASI)

1. Bu düşünceyi destekleyen kanıtlar neler?
Bu düşüncenin pek de geçerli olmayabileceğine ilişkin kanıtlar yok mu?
Bunlar neler?
2. Acaba bunun farklı bir açıklaması olabilir mi?
3. Olabilecek en kötü şey ne? Buna dayanabilir miyim?
Olabilecek en iyi şey nedir?
En gerçekçi sonuç ne olabilir?
4. Bu otomatik düşünceye inanmamın üzerimdeki etkisi ne oluyor?
Bu düşüncemi değiştirmemin etkisi ne olabilir?
5. Bu konuda ne yapmalıyım?
6. Eğer sevdiğim bir arkadaşım aynı durumda olsaydı ona ne söylerdim?

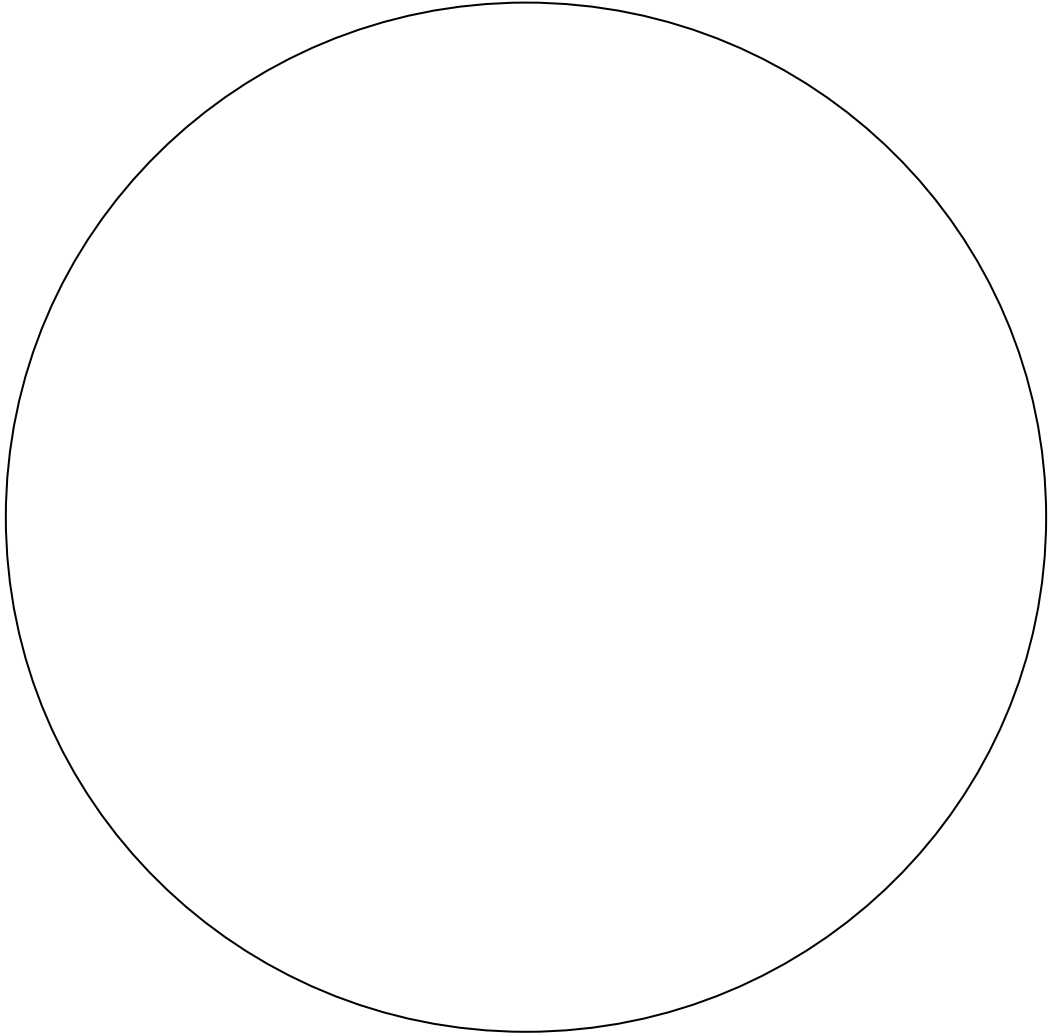
TEMEL MANTIKSIZ DÜŞÜNCE LİSTESİ

1. Önemli bulduğun tüm insanlar tarafından hemen hemen her zaman sevimli ve beğenilmelisin.
2. Başarılı, yeterli ve yetkin olduğunu kanıtlamalısın veya hiç olmazsa bazı önemli konularda gerçekten yetenekli ve becerili olmalısın.
3. Olaylar senin istediğin gibi gerçekleşmediğinde, yaşam kötüdür, dehşet vericidir, berbattır veya bir felaket bir şeydir.
4. Duygusal sıkıntın dış baskılardan kaynaklanmaktadır ve sen duygularını denetim altına almada veya depresyona girmekte ve düşmanlık yaşamaktan kendini kurtarmakta, pek yetenekli değilsin.
5. Eğer bazı şeyler tehlikeli ve korku verici görünüyorsa, zihnini sürekli bununla meşgul etmeli ve bununla rahatsızlık duymalısın.
6. Yaşamın pek çok güçlüğü ve sorumluluğu ile yüz yüze gelmekten kaçınmayı, öz disiplinin getireceği bazı ödülleri toplamaktan daha kolay bir yol olarak seçmeliyim.
7. Geçmişinizdeki önemli olaylar, yaşamınızı çok fazla etkilediğinden, bugünkü duygu ve davranışlarınızın belirlenmesinde de rol oynamalıdır.
8. İnsanlar ve şeyler olduklarından daha iyi olmalıdırlar; eğer sen de yaşamın güçlüklerine ani ve iyi çözümler bulmuyorsan bunu çok kötü ve korkunç bir şey olarak görmelisin.
9. Atalet içinde ve hareketsiz durarak veya pasif bir biçimde veya taahhüt altına girmeden, zamanını harcayarak mutluluğa ulaşabilirsin.
10. Son derece düzenli olmalısın veya kesinlikle rahat olmamalısın veya güvenebileceğin bazı doğaüstü güçlere gereksinim duy.
11. Kendi kendine insan olarak bir değer vermen ve kendini kabullenmen, senin genel olarak değerini; senin performansının iyi olmasına ve insanların seni beğenme derecesine bağlıdır.
12. Sana zarar veren ve kötülük yapan insanları genellikle kötü veya hain olarak değerlendirir ve kusurları için onları ağır derece suçla, lanetle ve cezalandırır.

ZAMAN PASTASI GRAFİĞİ

Buraya günlük yaşamınızda üstlendiğiniz/yapmak zorunda olduğunuz rollerinizi ve harcadığınız zamanı yanlarına yazınız.

Her bir rol/sorumluluk için harcadığınız zamanı düşünerek, aşağıdaki daireyi uygun şekilde dilimlere ayırınız.



Bu hafta hoş zaman geçirmek ve kendinize zaman ayırmak için yapmayı planladığınız aktiviteyi/aktiviteleri zamanları ile birlikte aşağıya not edin.

.....

.....

.....

SORUN ÇÖZME

Sorun:

- Gerginlik, dengesizlik, uyumsuzluk, belirsizlik durumudur.
- Bireyin istenilen bir hedefe ulaşmak için topladığı mevcut güçlerin karşısına çıkan engellerdir. (Bingham, 1971)
- Bir ortamdan ya da bir durumdan daha çok tercih edilen bir başka ortama veya duruma geçiş esnasında önümüze çıkan engeller, zorluklardır (Stevens, 1998).
- Sizin önünüze atılmış, sizi engelleyen bir durumdur (John Adair, 2000).

Sorun Çözme Aşamaları

1) Sorunun Fark Edilmesi: problem çözme sürecinin ilk aşaması, bir güçlüğün sezilmesi ya da bir şeylerin yolunda gitmediğinin fark edilmesidir. Problemler tesadüfen ya da sistematik incelemeler sonucunda fark edilebilir.

2) Sorunun tanımlanması: Problemin belirtileri fark edilerek başkalarının dikkatine sunulunca, doğal olarak bazı adımların atılması gerekir. Bunlardan ilki, problemin açıklığa kavuşturulması ve nelerle ya da kimlerle ilişkili olduğunun anlaşılmasıdır. İkinci adım, problemin yapısıyla ilgili bilgi toplamaktır. Üçüncü adımda da, elde edilen yeni bilgilerden yararlanarak problemin yeniden ifade edilmesidir.

3) Alternatiflerin üretilmesi: İnsanlar genellikle kolay ve acele çözümler arama eğilimindedirler. Bu aşamada problemin çözümüne ilişkin çeşitli çözüm yolları bulunur.

4) Çözüme karar verme: Yeni veriler toplayıp alternatifler üzerinde düşünmek için zaman ayırdıktan sonra, problemin çözümüyle ilgili her alternatifin sonuçlarını göz önünde bulundurmak gerekir. Yani bu aşamada olası her çözümün, güçlü ve zayıf yanlarının dikkatli bir biçimde değerlendirilmesi gerekir. Bu değerlendirme sonunda en uygun çözüme karar verilir. Aksi halde seçilen çözüm, hayal kırıklığına yol açar.

5) Uygulama: İnsanlar kimi durumlarda dikkatle seçilen ve üzerinde anlamaya varılan bir çözümün, hiçbir zaman uygulanamayacak bir çözüm olduğunu çaresizlikle izlerler. Böyle bir durumla karşılaşmamak için, seçilen çözümün uygulanabilirliğinin de göz önünde bulundurulması gerekir.

6) Değerlendirme ve düzeltme: İnsanların yeni düşüncelere direnç göstermelerinin nedenlerinden biri, değişimden sonraki yeni durumların da artık yeni görüşlere kapalı olacağına inanmalarıdır. Bu direnci aşmak için yeni verileri çözümlenerek gerekli düzeltmeleri yapacak olan bir değerlendirme mekanizması oluşturmak ve sorun çözme sürecini bütünüyle esnek ve yeni alternatiflere açık tutmak gerekir (Öğülmüş, 2001).

AYŞE HANIM'IN SORUNU

Ayşe Hanım 38 yaşında ve 2 çocuk annesi 5 yıldır şizofreni tedavisi gören eşine bakım vermektedir. 5 aydır depresif ruh hali var. Kısa zaman önce işini kaybetmiş. Arkadaşları ile görüşmek istemiyor. Hastalık sonrası önceden severek yaptığı aktiviteleri artık yapmıyor. Kocasının onu anlamadığını düşünüyor ve onunla iletişim kurmakta güçlük yaşıyor. Eşine destek olamadığını düşünüyor. Kocasının annesinin sürekli telefonla araması ve eve ziyarete gelmesi, yaptığı şeyler konusunda eleştirilerde bulunması onu rahatsız ediyor. Ancak bu durumu ona ifade edemiyor. Hoşlansın ya da hoşlanmasın, çevresindekilerin isteklerini geri çeviremiyor, onlara hayır diyemiyordu.

Bu kısım beşinci oturumda tartışılacaktır.

1) Sorunun Fark Edilmesi:

Ayşe Hanım sorun yaşıyor mu?

Evet

2) Sorunun tanımlanması:

Ayşe hanımın sorunu ne olabilir?

- 1) İşsizlik
- 2) Kendine güvensizlik
- 3) Sosyal ilişkilerde azalma
- 4) Depresyon
- 5) Hobilere karşı ilgi kaybı
- 6) Annenin baskılayıcı ve eleştirel tutumları
- 7) Kocasını ile güç iletişim

8) Kimseye hayır diyememek konularında sorun yaşıyor.

Ayşe Hanım kronik ruhsal hastalığı olan bir bireye bakım vermekle ilgili sorunlar yaşıyor.

3) Alternatiflerin üretilmesi:

Ayşe Hanımın kocası ile olan sorununa çözüm seçenekleri şu şekilde olabilir:

- Ayşe Hanım eşine bakım vermek için işinden ayrılmış, gün içinde eşinin bakımının devamlılığını sağlayacak ve kendisine olan bağımlılığını azaltacak bir seçenek olarak eşini toplum ruh sağlığı merkezine devam etmesini sağlayabilir.
- Ayşe Hanım iş bulmak için iş ve işçi bulma kurumuna başvurabilir.
- Ayşe Hanım çalışırken evde eşinin bakımı ile eşinin annesinin ilgilenmesi için kayınvalidesi ile görüşebilir. Destek alabilir.
- Zaman planlaması yaparak kendisi için hoş vakit geçireceği bir aktivite planlaması ve bu plana uymaya çalışması, hatta kendisini zorlaması,
- Ruh durumundaki değişim için profesyonel destek almak,
- Eşinin annesiyle yaşadığı duyguları paylaşması ve onun eleştirilerinden rahatsız olduğunu ifade etmesi,
- Eşi ile olan iletişimini artırmak için etkili zaman geçirecekleri aktiviteler planlaması
- Hayatında başarılı ve iyi olduğu yanları görmeye çalışmak,
- Durumu kabul etmek.
- Bir süre yakınlarının desteğini alarak ortamdaki uzaklaşmak.
- *Sizce başka neler olabilir?*

4) Çözüme karar verme:

Bu çözüm yollarından hangileri bu sorunun çözümüne katkı verebilir, bunu düşünerek bunlardan birini veya birkaçını seçebiliriz. Seçenekleri değerlendirirken eldeki olanaklar göz önünde bulundurulmalıdır. Sorunun çözümü için çeşitli kaynaklara ihtiyacımız olabilir.

Örneğin;

•Zaman

•Para

•İnsanlar(anne, baba, arkadaşlar, akrabalar, bakıcılar ve sağlık hizmetleri sunan kişiler)

•Araç gereçler(ulaşım araçları, telefon, kâğıt, kalem, kitapçıklar vs)

•Yer (sağlık hizmeti sunan kurumlar, danışmanlık merkezleri, dernekler, sosyal kuruluşlar).

5) Uygulama:

Eldeki olanakları da dikkate alarak seçilen çözüm yolları denenir.

6) Değerlendirme ve düzeltme:

Bu seçeneklerden sorunun çözümüne katkı verenler sürdürülür, katkı vermeyenler ise yeniden gözden geçirilir. Sonuç olarak sorun çözülebilir ya da çözülmedi ise basamaklar tekrar gözden geçirilir.

STRESLE BAŞAÇIKMADA ETKİLİ YÖNTEMLER

a. Zaman yönetimi:

Zamanın etkili kullanılabilmesi hedeflere ulaşmayı, üretken olmayı ve doyum sağlamada daha başarılı olabilmeyi kolaylaştırmaktadır. Zamanın etkili kullanılabilmesi için yapılması gerekenler şunlardır:

- Biyolojik saatin fark edilmesi yani hangi saatler sizin için daha verimli ise dikkat gerektiren önemli işlerin mümkün olduğunca bu saatlerde yapılması.
- Yapılacak işleri unutmadan yapabilmek için yapılacak işlerin listesinin oluşturulması.
- Yapılacak işlerin ne zaman yapılacağına karar vererek, işlerin zaman sırasına konulması.
- Yapılacak işlerin kısa ve uzun vadeli olarak ayrılıp, kısa vadede yapılması gereken işlere öncelik verilmesi.
- Çalışılan ortamın fiziksel koşullarının göz önünde tutulması ve gürültünün, dikkati dağıtacak durumların mümkün olduğunca kontrol altına alınması.
- Yapılacak birikmiş işlerin parçalara bölünüp daha kontrol edilebilir hale getirilmeye çalışılması.
- Bir hafıza defteri tutulması ve bu deftere zaman çizelgesi yapılarak, planların ve yapılacakların yazılması.
- Zaman defterinin gözden geçirilmesi ve hedeflere doğru ilerlenip ilerlenmediğinin kontrol edilmesi.
- Bireysel olarak belirlenen yaşamsal hedeflerin gözden geçirilmesi ya da hedef oluşturulması.
- Zaman planlamasında gerçekçi ve esnek olunması, aksiliklere de yer verilmesi.
- Her gün yapılacak işler için zaman bir zaman çizelgesinin oluşturulması.
- Günlük, haftalık, aylık ve yıllık dinlenme zamanlarını için zaman planlanmasının yapılması.
- Yaşamda üstlendiğiniz rollerin bir listesinin yaparak, yaşam pastası grafiği ile her bir rol için harcanan zamanın belirlenmesi ve kendinize kalan süreyi fark etmenizi sağlayacaktır (birçok bakım vericinin kendisi için ayırdığı süre çok azdır ya da yoktur, bunun fark ettirilmesi ve zaman planlamasının yapılması ile stresle daha kolay baş edilebilir. Stres yönetiminde ilk adım kendine bakmaktır!).

Ardından lider zaman yönetimi konusunda sıkıntı yaşayan bir birey olup olmadığını sorar. Bu konuda sıkıntı dile getiren gönüllü bir üyenin getirdiği örnek üzerinde grupla birlikte zaman planlaması yapılır.

b. Mola vermek:

Size stres yaşatan durum ya da aktiviteyi tamamlamak zorunda iseniz fakat bir süreliğine bunu erteleyebiliyorsanız, kısa bir mola vererek dikkatinizi stres yaratan durum ya da aktiviteden uzaklaştırmış olursunuz. Aynı zamanda bu mola süresince yapmayı planladığınız aktivite stres verici değil, stresi azaltıcı etkiye sahip olmalıdır.(örneğin evde hastam için yemek yaparken stres yaşarsam, bir süre komşumu ziyaret edeceğim).

c. Egzersiz:

Egzersizin stresi azaldığı bilinmektedir. Buna ek olarak düzenli egzersizin kan basıncını düşürme, kilo kontrolü, anksiyeteyi azaltma, uykunun iyileştirilmesi ve enerji düzeyini artırma gibi faydaları da vardır. Bunun için her bir grup üyemizin kendisine uygun olan bir egzersiz programını oluşturması ve bunu sürdürmesi yararlı olacaktır. Ardından lider grup üyelerine tek tek yapmayı planladıkları egzersiz aktivitesini sorar ve egzersiz için zaman planlaması yapar.

d. Diyet:

Stres yaşayan bireylerin beslenme alışkanlıkları da değişebilir. Birçok birey stres altındayken çok fazla şeker, yağ ve karbonhidrat tüketmekte, yeteri kadar su, sebze ve meyve tüketmemektedir. Bu durumun sağlıklı hale getirilmesi için şunları önerebilirim:

- Her gün 3 ana 3 ara öğünün planlanması,
- Öğün atlamamaya özen gösterilmesi,
- Güne mutlaka kahvaltı ile başlanması,
- Her gün 1,5-2 lt sıvı tüketilmesi,
- Hızlı yeme alışkanlığının değiştirilmesi için, besinleri çiğneme esnasında sayma,
- Öğünleri planlarken protein, vitamin, karbonhidrat ve mineralleri dengeli şekilde içeren yiyeceklerin planlanması,

- Beslenme programının oluşturulması konusunda güçlük yaşıyorsa ya da kilo sorunları çözülmiyorsa bir diyetisyenden destek alınması vb.

e. Madde kullanmamak:

Alkol, sigara gibi maddelerin kullanımı bireyler stres altında iken artabilir. Aynı zamanda bu maddelerin yarattığı etki de strese neden olabilir. Bu nedenle;

- Alınan alkol miktarının sınırlandırılması,
- Uykudan iki saat önce sigara içmeyi bırakmak,
- Gün içinde tüketilen çay ve kafein miktarının sınırlandırılması,
- Sigara ve diğer maddelerin bırakılması için profesyonel yardıma başvurulması.

f. Solunum ve gevşeme egzersizi:

Programın içeriğinde anlatılmıştır.

g. Sorunların Çözümünde Eleştirel Düşünme ve Problem Çözme:

Soruna yönelik olarak kendinizin ve başkalarının düşüncelerinin bilincinde olmanız, soruna çok yönlü ve objektif olarak bakmanız ve problemi ortadan kaldırmak için bir şeyler yapabileceğinize inanarak gerçekleştirilebilir. Bu amaçla bir sorunla karşılaştığınızda;

- Sorunun tanımlanması ve açıklığa kavuşturulması,
- Seçeneklerin belirlenmesi,
- Her seçeneğin avantaj ve dezavantajlarının belirlenmesi,
- Bu seçeneklerden uygun olanların seçilmesi ve uygulanması,
- Sonuçların değerlendirilmesi ve değerlendirmeler sonucunda başka seçeneklerin uygulanması ya da sürecin başına dönülmesi aşamalarını izleyerek çözümlenmeye çalışabilirsiniz.

Ardından grup lideri grup üyelerinden problem çözme örneği oluşturmak amacıyla yaşantılarından bir örnek vermelerini ister, bu örnek üzerinden problem çözme basamakları uygulanır. Ardından bu yaklaşımın alternatif düşünce geliştirmede yararlı olup olmayacağının grup tarafından tartışılır.

h. İletişim Becerileri:

Etkili iletişim becerilerine sahip olmanız çatışmaları çözümlenizde ve kendinizi ifade edebilmenizde yararlı olacaktır. Bunun için özellikle;

- Duyularınızın farkına varmak ve ifade etmek,
- Dinlemek,
- Anlatımlarda yargılamaya gitmemek,
- Sen dili yerine ben dili kullanmak,
- Sizin için uygun olmayan bir durumda nedenlerini açıklayarak “Hayır” demek,
- İstekte bulunmak,
- Uygun geribildirimler vermek,
- Empatik olmak,
- Sorunları şimdiki zaman içinde ele almak, eski birikimleri katmamak,
- Birinin haklı çıkması yerine her iki tarafın da anlaşabileceği bir çözüme gitmek gibi davranışlar geliştirmek sorunlarla başa çıkmanızı kolaylaştırabilir.

1. Girişkenlik

Davranış Biçimleri

Bireyler fizyolojik, duygusal ve toplumsal gereksinimlerini karşılamak için çevrelerindeki kişilerle devamlı iletişim halindedirler. Bu iletişim sırasında duygu, düşünce ve ilgiler değişik davranış biçimleri ile ifade edilir. İnsanlar birbirleriyle ilişki kurarken genel olarak dört türlü yaklaşımdan birini benimser. Birinci tipteki yaklaşım içinde olanlar yalnızca kendilerini düşünürler ve başkalarının önüne geçmeyi kendilerine hak görürler. İkinci tipteki yaklaşımı benimseyenler başkalarını her zaman kendilerinin önüne koyarlar ve başkalarının kendi haklarını çiğnemesine izin verirler. Üçüncü yaklaşım biçiminde kişisel görüşlerini açıklamaktan çok başkalarının fikirlerinin arkasına saklanmayı tercih ederler. Dördüncü yaklaşım biçiminde ise olanlara sık rastlanmasa bile bu davranış içinde olanlar en başta kendilerini düşünürler fakat başkalarının haklarını ve duygularını da hesaba katarlar. İşte bir bireyin bir başka kişinin haklarını çiğnemeksizin gereksinimlerini karşıladığı davranış biçimine atılgan davranış denir (Kutlu, 2009).

Kişilerarası ilişkilerde insanların pasif, saldırgan, manipülatif ve atılgan olmak üzere dört değişik davranış özelliği gösterdikleri belirtilmektedir (Özcan, 2004).

Pasif Davranış: Bireyin düşüncelerini, duygularını ve isteklerini kendisine saklaması belirgin özelliğidir. Pasif bireyler çoğunlukla susmayı tercih ederler ya da „ben önemli değilim“ „bana aldırma“ „duygularım önemli değil“ gibi mesajlar içeren anlatımlar kullanırlar. Başkalarının istekleri, inançları ve duygularının daha önemli olduğuna inanırlar. Özgüvenlerinin az olması nedeniyle kendi isteklerine özen göstermez, başkalarının onlar adına karar vermesine izin verirler. Kötü izlenim bırakma ya da bilgisiz görünme korkusu nedeniyle kendilerini ifade edemezler.

Saldırgan Davranış: Saldırgan davranışlarla kendilerini ifade eden bireyler, duygularını dile getirmelerine ve kendilerine değer vermelerine karşın, başkalarının haklarını yadsıyarak ve onların yerine karar vererek diğer insanlara zarar verirler. Saldırgan kişi karşısındaki kişilerden bir şey sormak yerine isteyen kişidir. Savunucu iletişim özellikleri ve emredici tutumlar da saldırgan davranışları olan bireylerde görülebilir. Onlara göre yaşam bir rekabettir ve yaşamak her zaman bir diğer insana karşı kazanmaya bağlıdır. Bu davranışın altında „sen önemli değilsin, ben senden daha önemliyim ve her şeye rağmen ben kazanmalıyım“, „bu benim hakkım“ şeklinde mesajlar vardır.

Manipulatif Davranış: Manipulatif davranış, başkalarının haklarına saygı duyar gibi görünüp gerçekte saygı göstermemedir. Diğer kişilerin kendini suçlu hissetmesini sağlamak ya da reddedici mesaj vermektense unutturmaya ve unutmaya seçen davranışlar gösterirler. Kendi gereksinimlerini karşılamak için başka insanların enerjilerini, zamanlarını, yeteneklerini kullanır, amaçlarına ulaşmak için hileye, baştan çıkarma yöntemlerine başvururlar. Duruma ve kişiye göre değışkendirler. Öfkelendikleri zaman çeşitli hilelerle intikam almaya çalışırlar. Bunu öyle dolaylı yollardan yaparlar ki, öfkelerini yönelttiği kimse onun kendisine öfkelenmiş olduğunu anlayamaz.

Atılgan (Girişken, Assertif) Davranış: Girişkenlik karşısındaki kişinin hakkını gözardı etmeden kendi hakkını savunma, kendi duygu ve düşüncelerini ifade etme becerisidir. Atılganlık kişilik özelliğini, bireyin kaygı dışındaki olumlu ve olumsuz duygularını, birey ya da bireylere en etkili şekilde iletebilme, karşısındaki kişinin hakkına saygı göstererek kendi hakkını koruyabilme nitelikleri olarak tanımlanmıştır. Sosyal anlamda atılganlık; başkalarıyla kim olduğumuz, nasıl yaşadığımız, ne yaptığımız ve ne istediğimiz hakkında iletişim kurabilme ve kendimiz hakkında konuşurken kendimizi rahat hissetmemizi sağlama yeterliliğidir. Atılgan davranışın 4 ögesini: Hayır diyebilme, istekte bulunabilme, olumlu ve olumsuz duygularını ifade edebilme ve iletişimi başlatabilme, sürdürebilme ve sonlandırabilmedir. Atılgan kişi;

-Ne demek istediğini direkt cümlelerle ifade eder,

-Önem verir izlenimi yaratan dikkatli bir dinleyicidir,

-Diğer insanların gözlerine bakabilir, uygun jestlerle doğal sözel ifadeler ve „yetişkin“ bir ses tonuyla uygun yüz ifadesi kullanır,

-Özgüveni vardır, başkalarının davranışları ile kendisini tehdit etmelerine ve korkutmalarına izin vermez,

-Başkalarını küçümsemez, etki altına almaya çalışmaz ve tehdit etmez,

-Bir şeyin yanlış olduğundan şüphelendiğinde soru sorar ve açıklama ister,

-Başkalarının kendisini kullanmasına izin vermez,

-Stresörlerle etkili başedebilir, anksiyete duymadan duygu ve düşüncelerini açıklayabilir,

-Seçim yaparken uygun şekilde “evet” ya da “hayır” diyebilir, nazik fakat gerektiğinde kesindir ve işe yarar sonuçları tartışabilir,

-Yakın ilişkiler kurar, birçok kişilerarası gereksinimlerini saptar ve karşılar,

-Kendi yaşam kararlarını ve seçimlerini yapar ve hedeflerini gerçekleştirir,

-Olumlu ve olumsuz duygularını dürüst ve uygun şekilde ifade edebilir,

-Kendini sürekli geliştirir,

-Performans ve iş doyumu yüksektir.(Votan, 1990; Phelps ve Austin, 1997; Rugancı, 2001; Yaman Efe, 2007)

BİLİŞSEL ÇARPITMALAR

Bilişsel Çarpıtma	Çarpıtmaya Yönelik Açıklama	Örnek İfade
Kutuplaştırma (Ya Hep Ya Hiç Tarzı Düşünme)	Olaylar ya da insanlara yönelik tutumlarımız sadece uç noktalarda olduğunda, kutuplaştırma yaptığımız söylenebilir. Olayı siyah ya da beyaz olarak algılama söz konusudur.	<ul style="list-style-type: none"> - Bu işi başaramazsam bir hiç sayılırım. - Hastama iyi bakamazsam, bu benim başarısız biri olduğumu gösterir. - Hiç kimse bana değer vermezse, ben değersizimdir. - Hastamın hastalığı tekrarlırsa, bu benim yetersizliğimdir.
Kişiselleştirme (Üzerine Alınma)	Bir insan, aslında hiçbir etkisi olmadığı halde başkalarının uğradığı sıkıntılardan, ortaya çıkan sorunlardan kendisini sorumlu tutuyorsa kişiselleştiriyor demektir.	<ul style="list-style-type: none"> - Hastamın/yakınımın davranışlarından dolayı sanırım bana gülüyorlar. - Hastamın/yakınımın davranışlarından dolayı benimle konuşmak istemedi. - Sesi canlı değildi, zoraki konuşuyordu. Benden sıkıldı artık. - Arkadaşım sabah günaydın dediğimde bana gülümsemedi. Sanırım beni önemsemiyor.
Mutlakçılık (-meli, -malı İfadeleri)	Edinilen birtakım kuralların asla değişmeyeceğini düşünmektir.	<ul style="list-style-type: none"> - Yakınımın ne hissettiğini bilmeliydim - Hata yapmamalıyım, hata yaparsam komik duruma düşerim. - Hiç kimseye olumsuz bir yönümü göstermemeliyim. - Çevremdeki insanlara yaşadığım sıkıntıları, duygularımı ifade etmemeliyim. - Ağlamamalıyım. - Çevremdekilerle kendim hakkında bir şey paylaşmamalıyım, aksi takdirde bu aleyhime kullanılabilir. - Benden yardım istenilen her durumda yardım etmeliyim. - Hastama/yakınıma hayır dememeliyim, onun tüm gereksinimlerini karşılamalıyım. - Reddedilmemeliyim. - Hata yapan cezalandırılmalı.
Değiştirme Gayreti	Çevremizdeki insanların bizim gibi düşünmelerini, bizim isteklerimizi kendi istekleriymiş gibi yapmalarını istemektir.	<ul style="list-style-type: none"> - Toplumun hastalığa bakış açısını değiştirmeliyim. - Yakınım ona öğrettiğim her şeyi uygulayabilmeli. - Ben değişmem, onlar değişmeli. - Hastam/yakınım benim istediğim şekilde giyinmeli.
Fedakarlık Seferberliği	Değiştirme gayretinin tam tersidir. Kendi isteklerini bir tarafa bırakıp başkalarının istediği gibi davranmaktır. Uyumlu gibi görünebilir fakat günü geldiğinde patlamalara neden olabilir.	<ul style="list-style-type: none"> - Şimdiye kadar hep ailemin istediklerini yaptım ama gördüğüm muameleye bak. - Hastamın/yakınımın tüm beklentilerini karşılamak için sürekli çalıştım ama bir türü beğendiremedim.

Keşkecilik	Geçmişte yaşadığımız birtakım olayları zaman zaman hatırlayıp pişmanlık duymaya denir.	<ul style="list-style-type: none"> - Keşke akrabalarımı dinlemeseydim ve hastamı/yakınımı daha önce doktora götürseydim. - Keşke daha dikkatli olsaydım, hastalık belirtilerini erken fark etseydim. - Keşke o sözü söylemeseydim. - Keşke duygularıma hakim olabilseneydim, hastama/yakınıma öfkemi ifade etmeseydim.
Toptancılık (Bütün yumurtaları aynı sepete koymak)	Kişinin sahip olduğu özellikleri ve rolleri toptan olarak algılaması ve bunlar arasında bir ayırım yapmamasıdır.	<ul style="list-style-type: none"> - Ben beceriksizim (Ailesi tarafından sakar olarak nitelendirilen birinin bu sonucu çıkarması) - Ben başarısızım
Zihin (Akıl) Okuma	Kişinin karşı taraftaki kişi tarafından herhangi bir şey söylenmemiş olmasına rağmen, kendisiyle ve durumla ilgili onun düşüncelerini okumaya çalışmasıdır.	<ul style="list-style-type: none"> - Aslında doktor benden hoşlanmıyor, biliyorum, o yüzden beni görüşme sırasında dışarı çıkardı. - Sözlerinden eşimin benden ayrılmak niyetinde olduğunu anladım. - Doktorlar/hemşireler hastama iyi bakmadığım için sık sık hastalandığımı düşünüyorlar. - Konuşurken sesimin titrediğini fark ettiler, heyecanlı biri olduğumu düşünüyorlar.
Felaketleştirme (Falcılık)	Yalnızca bir olayı alıp, olayın sadece olumsuz yanlarına odaklanıp, olası diğer sonuçları dikkate almaksızın gelecekle ilgili olumsuz tahminlerde bulunmaktır. Ancak birey bu tahmini olası bir sonuç olarak değil, kesin sonuç olarak değerlendirir.	<ul style="list-style-type: none"> - Bu hastalığın ortaya çıkması her şeyin sonu demek, artık her şey daha kötü olacak. - Hastama iyi bakım verememiş olmam, onun durumunun kötüye gitmesi demek. - Hastam/yakınımın ilaç kontrolünü sağlayamazsa, asla iyileşemez. - Bir daha kimse benimle yakın ilişki kurmak istemeyecek.
Abartma-küçümseme	Geçerli bir neden olmaksızın olaydaki, yaşantıdaki, kişideki olumlu öğelerin göz ardı edilmesi, küçümsemesi veya olumsuz, önemsiz öğelerin abartılması, büyütülmesi durumudur.	<ul style="list-style-type: none"> - Doktor hastamın durumunun daha iyi olduğunu söyledi, ancak bu her şeyin bundan sonra iyi olacağını göstermez. - Çevremdekiler hastama/yakınıma çok iyi baktığımı söylüyorlar ama ben yine de yetersiz olduğumu düşünüyorum.
Etiketleme	Geçerli, mantıklı olabilecek kanıtları, öğeleri göz ardı ederek kendine ve diğer insanlara sabit, değişmez ve genel bir etiket yapıştırmasıdır.	<ul style="list-style-type: none"> - Beceriksiz, yetersiz insanın tekiyim. - Kaybetmeye mahkum birisiyim. - Hiçbir şeyi beceremiyorum, Aptalım. - Hiçbir özelliği olmayan, itici insanın tekiyim.
Zihinsel filtreleme (Seçici soyutlama)	Olayı, kişiyi bir bütün olarak değerlendirmekten çok olayın, kişinin olumsuz yanlarına odaklanmaktır.	<ul style="list-style-type: none"> - Grupta lider birkaç cümlemi düzeltti, eminim ödevimi beğenmeyecek. - Eşim eskisi kadar seni seviyorum demiyor. Sanırım artık beni eskisi kadar sevmiyor.
Aşırı Genelleme	Bir olaydan yola çıkarak, kişinin bu olayın sonucunu gerçekçi bir temel olmaksızın birçok duruma, kişiye genellemesi eğilimidir.	<ul style="list-style-type: none"> - Ne zaman bir plan yapsam hep önüme bir şeyler çıkıyor. - Yemek bile yapamıyorum, zaten beceriksizim, aptalın biriyim. - Herkes bana kötü davranıyor.

EK.VIII- Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Değerlendirme Formu

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU						
BEĞERENDBİRLEN BELGELER	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input checked="" type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>		
BEĞERENDBİRLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı		Açıklama			
	TÜRKÇE ETİKET ÖRNEĞİ	<input type="checkbox"/>				
	DİĞERİTA	<input type="checkbox"/>				
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>				
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>				
	LİSTA KARTI/GÜNLUKLERİ	<input type="checkbox"/>				
	ILAN	<input type="checkbox"/>				
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>				
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2012-04/09	Tarih: 10.04.2012				
	Yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan Etik Kurul üye tam sayısının %y' iniği ile karar verilmiştir.					
CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU						
ÇALIŞMA ESASI		Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:		Prof. Dr. Ayhan Koyuncu				
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlişki	Katılım *	İmza
Prof. Dr. Ayhan Koyuncu	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Saadetin Kılıçkap	Medikal Onkoloji	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Erol Kılal	Genel Cerrahi	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Hülya Toker	Periodontolog	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Zeynep Çınar	Biyostatistik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Gülay Yıldırım	Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Köksal Deveci	Biyokimya Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ali Kaya	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Ahmet Altun	Tıbbi Farmakoloji Uzmanı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Yrd. Doç. Dr. Fatih Kılıç	Endokrinoloji Bilim Dalı	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	

Sayfa 2

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU KARAR FORMU							
Yrd. Doç. Dr. Ayşe Demirkazık	Biyofizik ABD	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input type="checkbox"/> K <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Mutlu Doğan	Genel Cerrahi	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Levent Sağlam	Aile Hekimliği	Sivas Numune Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Öğr. Gör. Engin Daşlı	Avukat	Cumhuriyet Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
Öğret. Şemsettin Ağtaş,	Biyoloji Öğretmeni	Sivas Lisesi	E <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> E <input checked="" type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	
* :Toplantıda Bulunma							

Sayfa 3

EK.IX- İzin Belgesi



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SİVAS NUMUNE HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ

Sayı :B104ISM4580071/904.99 4989
Konu : Şizofreni Hastalarının Bakım
Vericilerine Grup Eğitimi Çalışmaları

S İ V A S
28./05/2012

İL HALK SAĞLIĞI MÜDÜRLÜĞÜNE
SİVAS

İlgi: 21/05/2012 tarih ve 1864 sayılı yazınız.

İlgi yazınız gereği Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü tarafından gerçekleştirilecek Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine Grup Eğitimi Çalışmaları Hastanemiz Başhekimliğince uygun görülmüştür. Bilgilerinize arz ederim.

Uz. Dr. Fikret ÖZKAN
Başhekim



T.C.
SİVAS VALİLİĞİ
Halk Sağlığı Müdürlüğü

Sayı : B.10.1.HSK.4.58.07.00 -2256
Konu: Şizofreni Hastalarının Bakım
Vericilerine Grup Eğitimi Çalışmaları

28.05.2012

CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜNE

İlgi : SİVAS Numune Hastanesinin 28.05.2012 tarih ve 4989 sayılı yazısı.

İlgi yazınız gereği Cumhuriyet Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora öğrencisi Elvan ATA tarafından Şizofreni Hastalarının Bakım Vericilerine uygulanacak Grup Eğitimi Çalışmalarının Sivas Numune Hastanesi bünyesinde kurulan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde yapılması uygun görülmüştür.

Gereğini arz/rica ederim.

Dr. Tülay YARALAN
Halk Sağlığı Kurumu Müdür V.

EK....:
İlgi Yazı (1 Sayfa)

Dumanınızı Değil Sevginizi Paylaşın
Adres:Sivas Halk Sağlığı Kurumu Ruh Sağlığı Şb.

Tel:0346 2256367/73
Fax:0346 2219555

Adres : Rahmi Günay Cad 58040 SİVAS Tel : 444 44 58 Fax:0(346) 223 95 30
WEB Adresi: www.sivasnumune.gov.tr e-mail: tandogankarabulut@sivasnumune.gov.tr
İrtibat: Per.Şb.Señi T.KARABULUT (1138)