



T.C.

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE İZLENEN
İKİUÇLU VE İLİŞKİLİ BOZUKLUK TANILI HASTALARIN
BİRİNCİL BAKIM VERİCİLERİNDE EMPATİ VE
PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

HÜLYA UĞURTAY

167150102

Danışman: Doc. Dr. HÜLYA BİLGİN

İSTANBUL, 2019

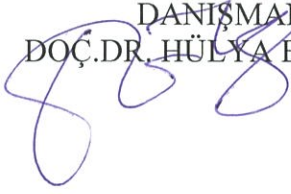
T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
TEZLİ YÜKSEK LİSANS SINAV TUTANAĞI

28/08/2019

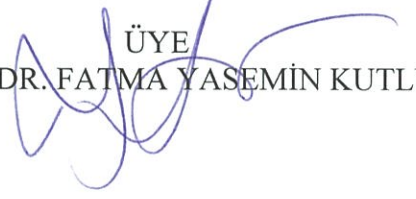
Enstitümüz *Hemşirelik* Anabilim dalı yüksek lisans öğrencilerinden **167150102** numaralı **Hülya UĞURTAY** “*İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim - Öğretim ve Sınav Yönetmeliği*”nin ilgili maddesine göre hazırlayarak, Enstitümüze teslim ettiği “**TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE İZLENEN İKİUÇLU VE İLİŞKİLİ BOZUKLUK TANILI HASTALARIN BİRİNCİL BAKIM VERİCİLERİNDE EMPATİ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK**” konulu tezini, Yönetim Kurulumuzun 20.08.2019 tarih ve 2019/6 sayılı toplantısında seçilen ve Sefaköy Yerleşkesinde toplanan biz jüri üyeleri huzurunda, ilgili yönetmeliğin 48. maddesi gereğince (45) dakika süre ile aday tarafından savunulmuş ve sonuçta adayın tezi hakkında ~~ayçaklığı/oybirliği~~ ile ~~Kabul/Red veya Düzeltme~~ kararı verilmiştir.

İşbu tutanak, 4 nüsha olarak hazırlanmış ve Enstitü Müdürlüğü’ne sunulmak üzere tarafımızdan düzenlenmiştir.

DANIŞMAN
DOÇ.DR. HÜLYA BİLGİN



ÜYE
PROF.DR. FATMA YASEMİN KUTLU



ÜYE
PROF.DR. AYŞE YÜKSEL

YEMİN METNİ

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE İZLENEN İKİUÇLU VE İLİŞKİLİ BOZUKLUK TANILI HASTALARIN BİRİNCİL BAKIM VERİCİLERİNDE EMPATİ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ” başlıklı buçalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gösterildiğini ve çalışmanın içinde kullanıldıkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

28/08/2019

HÜLYA UĞURTAY



ONAY

Tezimin/raporumun kağıt ve elektronik kopyalarının İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım

- Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.
- Tezim sadece İstanbul Arel yerleşkelerinden erişime açılabilir.
- Tezimin 1 yıl süreyle erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde, tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

28/08/2019

HÜLYA UĞURTAY



ÖZET

TOPLUM RUH SAĞLIĞI MERKEZLERİNDE İZLENEN İKİUÇLU VE İLİŞKİLİ BOZUKLUK TANILI HASTALARIN BİRİNCİL BAKIM VERİCİLERİNDE EMPATİ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK

Hülya UĞURTAY

Yüksek Lisans Tezi, Hemşirelik Anabilim Dalı

Danışman: Doc. Dr. Hülya BİLGİN

Ağustos, 2019 - 102 sayfa

Amaç: Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde izlenen iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların birincil bakım vericilerinin empatik eğilim ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini incelemek amacıyla kesitsel ve tanımlayıcı tipteki araştırma, Mart-Ağustos 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Gereç ve Yöntem: G-Power istatistik analizine göre örneklem sayısının minimum 110 birey olması belirlenmiş olup, 145 birincil bakım veren ile çalışma tamamlanmıştır. Veri toplama aracı olarak, bilgi formu, Kişilerarası Tepkisellik İndeksi ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Yaş ortalaması $45,97 \pm 13,31$ (min:18-max:70) olan katılımcıların, büyük çoğunluğunun evli (% 80; n=116) ve kadın (% 61,4; n=89) olduğu belirlenmiştir. Bakım verilen hastalarda tanıdan bu yana geçen süre ortalama $11,18 \pm 7,42$ yıldır. Katılımcıların bakım vermeye bağlı en fazla kaygılı, üzgün, çaresiz, güçlü ve huzurlu hissettikleri görülmüştür. Kişilerarası Tepkisellik İndeksi kapsamında "Empatik Düşünce" alt ölçeği puan ortalaması ($21,62 \pm 4$) ve "Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği" toplam puan ortalaması ($119,38 \pm 24,26$) (min.61-max.160) yüksektir. Katılımcıların yakınının psikiyatrik rahatsızlığına bağlı tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamada yeterlilik algısı ortalaması ile Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği toplam puan ortalaması ve Kişilerarası Tepkisellik İndeksi "Perpektif Alma" ve "Empatik Düşünce" alt ölçekleri puan ortalamaları arasında "pozitif"; "Kişisel Rahatsızlık" alt ölçeği puan ortalaması ile "negatif" yönde anlamlı ilişki vardır.

Sonuç: Bakım verenlerin empatik eğilim ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini geliştirecek uygulama ve eğitimlerin Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri'nde planlanıp uygulanması yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Psikolojik dayanıklılık, Empati, İki uçlu ve ilişkili bozukluk, bakım veren



ABSTRACT

EMPATHY AND PSYCHOLOGICAL RESILIENCE OF THE PRIMER CAREGIVERS OF PATIENTS WITH BIPOLAR AND RELATED DISORDERS WHO ARE MONITORED BY COMMUNITY MENTAL HEALTH CENTERS

Hülya UĞURTAY

M.S. Thesis, Nursing Department

Supervisor: Doc. Dr. Hülya BİLGİN

August, 2019 - 102 pages

Aim: This cross-sectional and descriptive study was conducted between March and August 2019 in order to investigate the empathic tendency and psychological resilience levels of primary caregivers of bipolar and related disorder patients in Community Mental Health Centers.

Materials and Methods: According to G-Power statistical analysis, it was determined that the sample size was minimum 110 individuals and the study was completed with 145 primary caregivers. Data form, Interpersonal Reactivity Index and Psychological Resilience Scale were used as data collection tools. Descriptive statistics, Mann-Whitney U test, Kruskal Wallis test and Spearman Correlation Analysis were used to evaluate the data.

Results: The mean age of the participants was 45.97 ± 13.31 (min 18-max: 70), and the majority of the participants were married (80 %; n = 116) and female (61.4 %; n = 89). The mean time since diagnosis is 11.18 ± 7.42 years. It was observed that the participants felt the most anxious, sad, helpless, strong and peaceful due to care. The mean score of 'Empathetic Concern' subscale (21.62 ± 4) within the scope of Interpersonal Reactivity Index and 'Psychological Resilience Scale' total score average (119.38 ± 24.26) (min.61-max.160) is high. There is a "positive" relationship between the mean perception of adequacy in meeting the treatment and care needs related to the psychiatric disorder of the relatives of the participants and the total score average of the Psychological Resilience Scale, and the mean scores of the Interpersonal Reactivity Index 'Taking Perspectives' and 'Empathetic Concern' subscales; there is a "negative" relationship with the mean score of 'Personal Disability' subscale.

Conclusion: It would be beneficial to plan and implement practices or trainings in Community Mental Health Centers to improve the level of empathic tendency and psychological resilience of caregivers.

Keywords: psychological resilience, empathy, bipolar and related disorders, caregiver



TEŞEKKÜR

Çalıőmamın her aşamasında bana rehberlik edip yol gosteren, bilgisini ve tecrubesini bana aktaran, hoőgörösünü hissettiğim değerli danıőmanım, Sayın Doç. Dr. Hülya BİLGİN'e,

Araştırmanın yürütölme sürecinde olumlu işbirliği içinde olduğum Bakırköl Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'ne bağlı TRSM'lerde (5 merkez) çalışan değerli meslektaőlarıma;

Veri analizinde yardımcı olan, Sayın Arő. Gör. Emre ÇİYDEM'e,

Araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara,

Maddi ve manevi her daim yanımda olan, yaőadıđım zorluklarla mücadele edebileğime inanarak hep destek olan, sabır ve anlayış gösteren ailem, eőim Barıő UğURTAY'a ve kızım Irmak UğURTAY'a içtenlikle teşekkür ederim.

Hülya UğURTAY

İÇİNDEKİLER

ÖZET.....	i
ABSTRACT	iii
TEŞEKKÜR.....	v
TABLolar LİSTESİ	ix
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xi
EKLER	xii
1. BÖLÜM	1
GİRİŞ.....	1
1.1. Problemin Tanımı	1
2. BÖLÜM	4
GENEL BİLGİLER	4
2.1. İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar	5
2.1.1. Tanım ve Sınıflandırma.....	5
2.1.2. Epidemiyoloji	6
2.1.3. Etyoloji	7
2.1.4. Klinik Görünüm	8
2.1.5. Tedavi ve Prognoz.....	9
2.2. İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk Tanılı Hastaların Bakım Vericisi Olmak	12
2.2.1. Bakım Veren Kavramı	12
2.2.2. Birincil Bakım Vericilerin Yaşadıkları Güçlükler ve Gereksinimler.....	15
2.2.3. Birincil Bakım Vericiler ve Empati	16
2.2.4. Birincil Bakım Vericiler ve Psikolojik Dayanıklılık.....	17
2.2.5. Bakım ve Hemşirelik Yaklaşımı	19
3. BÖLÜM	22
GEREÇ VE YÖNTEM.....	22

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	22
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	22
3.3. Veri Toplama Araçları.....	23
3.3.1. Bilgi Formu.....	23
3.3.2. Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ).....	23
3.3.3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ).....	24
3.4. Verilerin Toplanması.....	25
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi.....	26
3.6. Araştırmanın Etik Yönü.....	27
3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	28
4. BÖLÜM	29
BULGULAR	29
4.1. Katılımcıların Profili.....	30
4.1.1. Bireysel ve Bakım Verilen Hasta ile İlgili Özellikler.....	30
4.1.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yakına Bakım Vermeye Bağlı Hissedilenler.....	32
4.2. Katılımcıların Kişilerarası Tepkisellik İndeksi ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçekleri Profili 33	
4.3. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	34
4.4. Bakım Verilen Hasta ile İlgili Özellikler ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	37
4.5. Bireysel ve Bakım Verilen Hasta ile İlgili Özellikler ile KTİ Alt Ölçekleri ve YPDÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişki.....	40
5. BÖLÜM	43
TARTIŞMA	43
5.1. Katılımcıların Profili ile ilgili Bulguların Tartışılması.....	44

5.2. Katılımcıların Empati ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçekleri Profili ile ilgili Bulguların Tartışılması	46
5.3. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulguların Tartışılması.....	48
5.4. Bakım Verilen Hasta Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgularının Tartışılması.....	51
5.5. Katılımcıların Bireysel ve Bakım Verilen Hasta ile ilgili Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Toplam Puanları Arasındaki İlişki ile ilgili Bulguların Tartışılması	53
5.6. Sonuç ve Öneriler	54
5.6.1. Sonuçlar.....	54
5.6.2. Öneriler.....	57
KAYNAKLAR.....	58
ÖZGEÇMİŞ	102

TABLULAR LİSTESİ

Tablo 3.1: Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait İç Tutarlılık Katsayıları	255
Tablo 3.2: Araştırmanın İstatistiksel Analizinde Kullanılan Testler.....	2727
Tablo 4.1: Katılıncıların Bireysel Özellikleri (n=145)	300
Tablo 4.2: Bakım Verilen Hastayla İlgili Özellikler (n=145).....	311
Tablo 4.3: Kişilerarası Tepkisellik İndeksi ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçekleri Puan Ortalamaları (n=145).....	333
Tablo 4.4: Bireysel Özellikler ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=145).	355
Tablo 4.5: Bakım Verilen Hastayla İlgili Özellikler ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=145).....	3838
Tablo 4.6: Bireysel ve Bakım Verilen Hasta ile İlgili Özellikler ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki (n=145).....	411

ŞEKİLLER LİSTESİ

Grafik 4. 1: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yakına Bakım Vermeye Bağlı Hissedilenler 322



KISALTMALAR LİSTESİ

ANOVA	Analysis Of Variance
APA	American Psychological Association
Ark.	Arkadaşları
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EC	Empathetic Concern (Empatik Düşünce)
FS	Fantasy Scale (Fantezi Ölçeği)
KRST	Kişilerarası Sosyal Ritimler Terapisi
KTİ	Kişilerarası Tepkisellik İndeksi
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
PD	Personal Distress (Kişisel Rahatsızlık)
PT	Perspective Taking (Perspektif Alma)
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
WHO	World Health Organization
YPDÖ	Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

EKLER

EK- 1 Etik Kurul Onay Yazısı.....	87
EK- 2 Kurum İzin Yazısı Ekleri	88
EK- 3 Ölçekler için Kullanım İzni Mailleri.....	89
EK- 4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	91
EK- 5 Bilgi Formu	92
EK- 6 Kişilerarası Tepkisellik İndeksi.....	95
EK- 7 Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği	99

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1. Problemin Tanımı

Psikiyatrik hastalıklar içerisinde yer alan iki uçlu ve ilişkili (bipolar) bozukluk; mani, hipomani, depresyon, karma ataklar ve atak dönemleri arasında sağlıklı duygudurum halleri ile karakterize bir hastalıktır (Arguvanlı 2018; Gümüş ve Buzlu 2016). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM) iki uçlu ve ilişkili bozukluklar tanı kategorisi altında İkiuçlu (Bipolar) I ve İkiuçlu (Bipolar) II bozukluk olarak ayrıştırılmıştır (APA 2013). İkiuçlu (Bipolar) I ve İkiuçlu (Bipolar) II bozukluğu, atakların yaşandığı dönemlerde uykuda azalma, duygudurum değişiklikleri, amaca yönelik etkinlikte artma, içsel güçte sürekli ve olağandışı bir artış, dürtüsel ve riskli davranışlar gibi semptomlar ile karakterizedir (Arguvanlı 2018; APA 2013).

Atak dönemlerinde hastaların günlük yaşam aktivitelerini ve işlevsellik alanlarını olumsuz yönde etkileyen bu bozukluk hastanın çevresini de sürece dahil ederek kişilerarası ilişkilerini etkilemektedir (Karaaslan 2014). Kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin çoğunluğunun ilk ataktan sonra eve dönüp aileleriyle birlikte yaşamaya devam ettikleri görülmektedir (Ukpong 2012). Türkiye'de de psikiyatri hastalarının çoğunluğu ailesiyle birlikte yaşamaktadır (Tel ve ark. 2010). Günümüzde Türkiye ve dünyada ruhsal hastalıklarda toplum temelli tedavilerin artması ile tedavi ve bakımda aile ile geçirilen süre de artmıştır. Bu durum tedavi ve bakım sürecinde ailenin önemini arttırmış ve bu süreçte ailelerin aktif olarak rol alması zorunluluğunu ortaya çıkarmıştır (Sağlık Bakanlığı 2011).

Hastayı destekleyen, genellikle bakımını en çok üstlenen kişi birincil bakım verici olarak tanımlanmaktadır (Duman ve Bademli 2013). Birincil bakım verici, hastanın bakımını yapma, hastayı gözlemlemekle yükümlüdür. Kronik ruhsal hastalıklı bireylerin birinci derece bakım vericileri genellikle aile içerisinde biri olmaktadır. Hastaya duygusal, fiziksel ya da maddi destek vermek, sağlık bakımını ve aldığı bazı sosyal hizmetleri koordine etmek (randevular, ilaç alımı, tedavi, izleme vb.), alışveriş, küçük ev işlerini yapmak, para yönetimi ve aynı evi paylaşmak gibi aktivitelerde yardım edilmektedir (Duman ve Bademli 2013). Kronik psikiyatrik bir hastalık olarak iki uçlu ve ilişkili bozukluğa sahip bireylerin birincil bakım vericileri gönüllü veya zorunlu olarak hastanın bakım sorumluluğunu yürütmektedir

(Arguvanlı ve Taşcı 2013). Bu sorumluluk aile için stresli bir deneyim olup, hastanın birincil bakım vericisinde fiziksel, duygusal ve sosyal anlamda önemli bir yük oluşturabilmektedir (Tel ve Ertekin 2013). İki uçlu ve ilişkili bozukluğu olan bireyler bakım desteğinin yanı sıra psikososyal desteğe de ihtiyaç duyarlar (Arguvanlı 2018). Hastaların destek ve bakım ihtiyacını karşılamakla sorumlu olan aileler hastanın atak döneminde yaşadığı değişimler ile karşı karşıya kalmaktadır. Atak dönemlerinde yaşanan stres ve kayıplar hastaları etkilediği kadar hasta yakınlarını da etkileyebilmektedir. Sanılanın aksine bakım veren yükü sadece atak dönemlerinde değil, ataklar arası iyileşme dönemlerinde de hastalığın seyrini etkileyebilecek bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Yıldız ve Ünal 2017). Tüm bu süreçlerde işin içerisinde yer alan birincil bakım verici konumunda olan ailenin hastaya ve hastalığa yaklaşımı hastanın tedavisinin gidişatında etkilidir (Connell 2006). İki uçlu ve ilişkili bozukluğa sahip hastaların ve birinci derece yakınlarının hastalık ve tedavi süreçlerini daha sağlıklı geçirmelerinde ve uyum sağlamalarında bakım verenlerin empatik eğilim düzeyleri önemlidir. Empatik eğilim “karşıdaki kişinin yaşantılarını ve duygularını anlayabilme potansiyelidir” (Dökmen 2005). Bireylerin empatik eğilimlerinin yüksek olması psiko-sosyal uyumlarını da artırmaktadır (Kaya ve Siyez 2010). Empatik eğilim ile yardım etme davranışı arasında olumlu bir ilişki olduğu ve empatik eğilimi yüksek insanların yardım etme davranışını daha fazla gösterdikleri belirtilmektedir (Dökmen 2005). Kronik ruhsal hastalıkların, sadece hastanın yaşamını değil bakım verenlerinin de yaşamını olumsuz etkilemesi ve stres yaşamalarına neden olması, hem hasta hem de bakım vericiler için yıpratıcı olabilen sürecin olabildiğince sağlıklı geçirilmesinde bireysel dayanıklılık düzeylerinin büyük önem taşımaya neden olmaktadır (Yıldız ve Ünal 2017). İki uçlu ve ilişkili bozuklukların seyrinde karşılaşılan güçlükler zamanla bireylerin ve ailelerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerini etkilemektedir (Bektaş ve Özben 2016). Psikolojik dayanıklılık; bir sorun, tehdit, ilişkisel sıkıntılar, stres kaynaklarına karşı kişinin uyum süreci, eski gücüne dönme veya zorlukların, değişimlerin üstesinden gelme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (Çam ve Büyükbayram 2017). Psikiyatrik bozuklukların aileye yansımaları göz önüne alındığında, ruh sağlığı profesyonelleri ile aileler arasında işbirliği kurulması şarttır (Bademli ve Çetinkaya 2011). Sağlık çalışanları tarafından ailelere bilgi verilmesi, duygu paylaşımının desteklenmesi, erken müdahaleler, sorunların ve yaşantıların dinlenmesi; hasta yakınlarının endişelerini azaltmakla birlikte baş etme becerilerini de güçlendirmektedir (Yağmur ve Türkmen 2017). Pickett-Schenk ve ark. (2006) tarafından 462 kronik psikiyatri hastasının bakım vereni üzerinde yapılan deneysel çalışmada aileden aileye destek programı alan bakım verenlerin stresli yaşam olaylarıyla baş etme yeteneklerinin arttığı bildirilmiştir.

Eski tarihli olmakla birlikte konuyla ilgili bir çalışmada da, Magliano ve ark. (1998), sağlık çalışanları tarafından psikiyatrik bozukluğu olan hastaların yakınlarına sağlanan profesyonel destek programlarının bakım verenlerin stres ile baş etme becerilerinde artış sağladığını belirlemiştir. Ülkemizde son zamanlarda iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısına sahip bireyler ve ailelerine yönelik psikoeğitim müdahaleleri ve psikososyal destek çalışmaları önerilen ve etkili olduğu düşünölen projelerdir. Günümüzde toplum ruh sağlığı merkezlerinde bu doğrultuda faaliyetler yürütölmeye başlanmıştır. Gelecekte psikoeğitim müdahaleleri ve psikososyal destek çalışmalarının kliniklere ve hastanelere yerleşik şekilde kurumsallaştırılması adına bu konu ile ilgili kapsamlı araştırmalar yapılması gerekmektedir. Böylece, ihmal edilen bir alan olan ruh sağlığı ve psikiyatrik bozukluklarda tıbbi ve sosyal kapsamda gerekli politikalar geliştirilmesi mümkün olabilecektir.

Bu araştırma, toplum ruh sağlığı merkezlerinde (TRSM) izlenen iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların birincil bakım vericilerinin empatik eğilim ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini incelemek amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Araştırma soruları şu şekildedir:

1.İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların birincil bakım vericilerinin empatik eğilim düzeyleri nedir?

2.İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların birincil bakım vericilerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri nedir?

2. BÖLÜM

GENEL BİLGİLER

İki uçlu ve ilişkili bozukluklar tekrarlayıcı özelliğe sahip, depresif, manik ya da her ikisinin de birlikte görüldüğü karma atak dönemleriyle devam eden, atak dönemleri arasında hastanın tam iyilik halinin görülebildiği, kronik seyirli bir halk sağlığı sorunudur (Çam ve Engin 2014). Günümüzde toplum temelli tedavilerin artmasıyla hastaların aileleriyle geçirdikleri süre artmıştır. Bunun sonucu olarak da, aile üyeleri hastanın bakımını üstlenme zorunluluğuyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorumluluk birincil bakım vericilerin stresli durumlarla karşılaşmalarına ve günlük yaşantılarında aksamalara neden olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı 2011; Tel ve ark. 2010; Ukpong 2012).

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı almış bireylerin “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri”nde (TRSM) ya da diğer sağlık kuruluşlarında tedavi ve bakım süreçleri izlenmekte olup, hemşirelerin hastalık tanımı, sınıflandırılması, hastalığın klinik seyri ve tedavisi konusunda bilgi sahibi olması, birincil bakım vericilerle iletişimin sürekliliği, hem hasta hem de birincil bakım verenlere yönelik bakımın planlaması oldukça önemlidir (Bilge ve ark. 2016). Kronik seyirli bu hastalığa sahip bireylerin birincil bakım vericilerinin yaşayabilecekleri sorunlar göz önüne alındığında ruh sağlığı ve psikiyatri hemşirelerinin birincil bakım vericileri de hastalarla birlikte tedavi sürecine dahil etmesi, düzenli olarak sağlık durumlarını takip etmesi gerekmektedir. Ayrıca, birincil bakım vericilerin bilgi gereksinimlerinin karşılanması ve destek sistemlerinin güçlendirilmesi de önemlidir.

Birincil bakım vericilerin hastalık süresince karşılaşabilecekleri ataklara uyum sağlayabilmeleri, sorunlarla etkin baş edebilmeleri için empatik eğilim ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olması gerekmektedir (Kaya ve Siyez 2010; Yağmur ve Türkmen 2017; Yıldız ve Ünal 2017). Birincil bakım vericilerin empatik eğilim ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenerek geliştirmeleri için destek olunmasının birincil bakım vericilerin yaşayabilecekleri sorunları azaltacağı, hastaların tedavi uyumlarını arttırarak iyileşme sürecine olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2.1. İki Uçlu ve İlişkili Bozukluklar

2.1.1. Tanım ve Sınıflandırma

İki uçlu ve ilişkili bozukluk; mani, hipomani, depresyon, karma ataklar ve atak dönemleri arasında hastalık ve iyilik dönemleriyle devam eden sağlıklı duygudurum hallerinde bile bilişsel bozulmaların görüldüğü bir tanı kümesidir (Argıvanlı 2018; Kapczinski ve ark. 2009; Maj ve ark. 2003). Kronik hastalıklar arasında yer almakta olan bu hastalığın tekrarlayıcı bir özelliği de vardır. Fagiolini ve ark. (2015) tarafından, iki uçlu ve ilişkili bozukluğun iki yıl içinde tekrarlama oranı yaklaşık % 60 olarak belirlenmiştir (Fagiolini ve ark. 2015).

İki uçlu ve ilişkili bozukluk eski çağlardan beri tanımlanmaya çalışılan bir hastalıktır. Ancak, ilk defa M.S. 2. yüzyılın ortalarında Kapadokyalı Areatus tarafından günümüze en yakın şekilde tanımlanmıştır. Daha sonra birçok bilim adamı tarafından tanımlaması yapılan hastalık; 1952 yılında “Amerikan Psikiyatri Birliği” (American Psychological Association-APA) tarafından geliştirilen “Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı”nda (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-I) ilk defa “manik depresif reaksiyon” olarak ifade edilmiştir (Akiskal 2002; Bozukluk 2002; Goodwin ve Jamison 2007). 1976 yılında hastalığın iki alt tipe (Bipolar I ve Bipolar II) ayrılması önerilmiştir (Goodwin ve Jamison 2007). DSM-III’de majör depresyon ve bipolar bozukluk tanısı affektif bozukluklar içinde yer alan iki ayrı hastalık olarak tanımlanmış olup, DSM III-TR’de duygudurum bozuklukları olarak yeniden adlandırılmıştır (Öztürk ve Uluşahin 2014). DSM-IV ve DSM-IV-TR’de duygudurum bozuklukları içinde yer alan bipolar bozukluk, 2013 yılında yayımlanan DSM-5’te iki uçlu ve ilişkili bozukluklar olarak ele alınmış olup, aşağıda belirtildiği gibi 7 tipte ele alınmıştır (APA 2013).

İki uçlu ve ilişkili bozukluk sınıflandırması (DSM-5):

1. İki Uçlu I Bozukluğu,
2. İki Uçlu II Bozukluğu,
3. Siklotimi Bozukluğu,
4. Maddenin/İlacın Yol Açtığı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk,
5. Başka Bir Sağlık Durumuna Bağlı İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk,
6. Tanımlanmış Diğer Bir İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk,
7. Tanımlanmamış İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk şeklindedir (APA 2013).

İki uçlu 1 bozukluk; ciddi ve uzamış depresyonların var olduğu, genellikle psikozla birlikte görülen ve tedavi için hastane yatışı gerektirebilen kronik psikiyatrik bir hastalıktır (Gültekin ve ark. 2008; Öztürk ve Uluşahin 2014; Sadock ve Sadock 2011). Bireylerin iki uçlu 1 bozukluk tanısı alabilmesi için yaşam boyu en az bir kez mani döneminin geçirilmiş olması gerekmektedir (APA 2013).

İki uçlu 2 bozukluk; iki uçlu 1 bozukluğa göre hastalık şiddetinin daha az ama daha sık, genellikle kadınlarda görülen, kronik depresyonların mevcut olduğu, anksiyete ve alkol kötüye kullanım ek tanılarının daha sık gözlemlendiği kronik psikiyatrik bir hastalıktır (Sadock ve Sadock 2011). Bu tanıyı alan hastalarda hayatlarının hiçbir döneminde mani dönemi görülmemiştir. Bu hastalarda depresyon ya da depresyon ve hipomani dönemleri arasında gidip gelmelerin olması nedeniyle öngörülmezlik durumu, hastaların hayatlarının birçok alanında (toplumsal, ailesel, sosyal) işlevselliklerinin düşmesine neden olmaktadır (APA 2013).

2.1.2. Epidemiyoloji

İki uçlu ve ilişkili bozukluk toplumun %1 ila %5 'ini etkilemektedir (Morgan ve ark. 2005). Nijerya'da yapılan izlem çalışmasında (2006), iki uçlu ve ilişkili bozukluğun yaygınlık oranı %1 olarak bildirilirken (Gureje ve ark. 2006), Cederlöf ve ark. (2016) tarafından bu oranın İsveç'te % 6,4 olduğu belirtilmektedir. Pini ve ark. (2005) tarafından on Avrupa Birliği ülkesinde yapılan çalışmada, iki uçlu ve ilişkili bozuklukların yaşam boyu yaygınlık oranı % 1,5 - % 2,0 arasında bulunmuştur. Kessler ve ark. (2011) tarafından yapılan 14 ülkenin yer aldığı bir çalışmada bipolar bozukluğun yaşam boyu prevalansı % 2,8 olarak bildirilmektedir.

İki uçlu ve ilişkili bozuklukların kadın ve erkeklerde görülme sıklığı eşittir. Ancak, manik dönemler erkeklerde, depresif dönemler kadınlarda daha sık görülmektedir (Ertan 2008; Karamustafalioglu ve ark. 2004; Sadock ve ark. 2000). İki uçlu bozukluğun cinsiyetler arasındaki dağılımı eşit olsa da hastalığın özellikleri incelendiğinde kadın ve erkekler arasında farklılıklar olduğu görülmektedir. Örneğin; kadınlarda karma dönemler, antidepresanlarla tetiklenen manik kayma, hızlı döngü, ek tıbbi problemler daha sık görülmekte olup, psikotik özelliklerin daha sık görüldüğü ve yaş ilerledikçe depresif dönemlerin sıklığının arttığı bildirilmektedir (Merikangas ve ark. 2011).

İki uçlu ve ilişkili bozukluklar çocukluktan yaşlılığa kadar her yaşta başlayabilmekte olup hastaların yarısında sıklıkla 20-50 yaş arasında görülmektedir (Ertan 2008; Sadock ve ark. 2000). Hastaların % 50 ila % 75'inde başlangıç yaşı 15-25 arasındadır (Ertan 2008).

Baldassano ve ark. (2005) tarafından, hastaların yaklaşık % 30'unda 21 yaşından önce, %10'unda ise 50 yaşından sonra belirtilerin başladığı bildirilmiştir. Stringaris ve Youngstrom (2014) tarafından iki uçlu ve ilişkili bozukluk başlangıç yaşının zamanla düştüğü saptanmıştır. Ülkemizde yapılan çalışmalarda iki uçlu ve ilişkili bozukluk olgularında hastalığın başlangıç yaşı ortalamasının 23.8 - 27.7 yıl arasında olduğu bildirilmektedir (Aydemir ve ark. 2007; Gültekin ve ark. 2008; Kesebir ve ark. 2012).

Evli bireylere oranla boşanmış ve bekar bireylerde daha sık karşılaşılmakta olup sosyoekonomik durumu yüksek olan bireylerin tanıya alma riski daha fazladır (Ertan 2008; Sadock ve ark. 2000). İki uçlu bozukluğu olan hastalarda hastalık nedeniyle sosyoekonomik durum kötüleşebilmektedir (Goodwin 2003; Hirschfeld ve ark. 2003). Schaffer ve ark. (2006) tarafından Kanada'da yapılan bir çalışmada iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı olan hastaların % 42,2'sinin evli, % 37,2'sinin bekar, % 18'inin ayrılmış/boşanmış, % 2,5'inin dul olduğu tespit edilmiştir. Özdemir ve Doğan (2014) tarafından da boşanmış kişilerde iki uçlu ve ilişkili bozukluğun daha fazla görüldüğü bildirilmektedir. Boşanmış kişilerde daha fazla görülmesinin nedeni erken başlangıç ya da hastalık nedeniyle evliliğe uyumsuzluk özellikleri (hastanın bozulmuş işlevselliğinin bir sonucu olarak) olabilmektedir (Goodwin ve ark. 2007; Köroğlu 2007; Sadock ve Sadock 2011).

2.1.3. Etyoloji

İki uçlu ve ilişkili bozuklukların etyolojisi henüz belirlenememiş olmakla birlikte hastalığa neden olan bazı risk faktörleri genetik ve biyopsikososyal etkenler (stresli yaşam olayları, aile içi çatışmalar, sosyal ilişkiler, uyku uyanıklık döngüsünde bozulmalar, ilaç uyumunda bozukluk) olarak belirtilmektedir (Andreazza ve ark. 2008; Arisoy ve Oral 2009; Post ve ark. 2016).

Literatürde hastalığın görülmesinde 5., 11., 18., kromozomların ve X kromozomunun, 18p bölgesindeki bir lokusun iki uçlu bozukluk için önem taşıdığı bildirilmektedir (Blackwood ve ark. 2001; Hollifield 2005; MacQueen ve ark. 2001). Craddock ve Sklar (2013) tarafından yapılan çalışmada "CACNA1C, ODZ4, NCAN, RHEBL1, DHH, TRPC4AP, SYNE1" genlerinde görülen varyasyonların iki uçlu bozukluk tanısı ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Genetik faktörlerin önemli bir risk faktörü olduğu bildirilse de iki uçlu bozukluk tanısı alan bireylerin birinci derece akrabalarında hastalığın görülme riski % 5 - % 10 arasındadır (Arisoy ve Oral 2009; Özdemir ve ark. 2016; Wals ve ark. 2004).

Literatürde yer alan bazı çalışmalarda inflamasyon ile iki uçlu bozukluk arasında ilişki olduğu bildirilmektedir (Chrysanthou-Piterou ve ark. 2009; Eaton ve ark. 2010; Kalelioğlu ve ark. 2017). İki uçlu bozukluk ve inflamasyonda bazı genetik polimorfizm ve gen ekspresyonunun ortak olması bu ilişkinin ileri sürülmesinde etkili olmasına karşın henüz yeterli kanıt bulunmamaktadır (Goldstein ve ark. 2009). Metaanaliz çalışmalarında inflamasyon durumunda artan sitokin ve sitokin reseptör düzeyleri iki uçlu bozukluk tanısı almış bireylerde anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Modabbernia ve ark. 2013; Munkholm ve ark. 2013).

İki uçlu bozukluk etiyolojisinde genetik faktörler dışında psikososyal faktörler de büyük bir öneme sahiptir (Craddock ve Sklar 2013). İki uçlu bozukluk tanısı almış hastalar hastalığın başlangıcından itibaren iyileşme dönemlerinde dahi görülen stresli olaylarla karşılaşabilmekte, bu stres yaratan durumlar da merkezi sinir sisteminde nörotransmitter ve hücreler arası sinyal iletiminde değişikliğe neden olarak ilk atağın oluşmasına neden olabilmektedir (Sadock ve Sadock 2011).

2.1.4. Klinik Görünüm

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı alan ve ilk atağı karma atak olan bireylerle, ilk atağı diğer atak türlerinden biri olan bireyler karşılaştırıldığında; ilk atağı karma atak olan bireylerin atak sayısının daha fazla olup, karma atak iki uçlu ve ilişkili bozukluklarda olumsuz bir göstergedir (Krüger ve ark. 2005). Hantouche ve ark. (2006), karma atak sıklığını % 30 olarak belirtmiştir. Kesebir ve ark. (2012), 60 yaş üzeri hastalarda karma dönemin daha sık görüldüğü sonucuna ulaşmıştır.

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı alan hastalarda psikotik bulguya rastlama oranı yaklaşık % 50 dir (Akkaya ve ark. 2012; Mantere ve ark. 2004). Özellikle aile ile olumsuz ilişki öyküsü olan bireylerde psikotik bulgular daha sık görülmekte olup, sıklıkla manik atak dönemlerinde gözlenmektedir (Hantouche ve ark. 2006; Mantere ve ark. 2004; Özyıldırım ve ark. 2010). Psikotik bulgular arasında en çok gözlenen bulgu sanrı olup, sanrılara bağlı varsanılar da görülebilmektedir (Gültekin et al., 2008). Literatürde iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı olan hastalarda psikotik bulgu varlığının intihar girişimi riskini arttırdığı bildirilmektedir (Gültekin ve ark. 2008; Kesebir ve ark. 2012; Rothschild 2003). Akkaya ve ark. (2012) iki uçlu ve ilişkili bozukluk-I tanısı alan hastalarla yaptıkları çalışmada hastaların intihar girişim oranını % 16,9 olarak tespit etmiştir.

DSM-5'e göre iki uçlu ve ilişkili bozuklukların belirleyicileri; bunaltılı sıkıntı, mani ya da hipomani dönemi karma özellikler gösteren, depresyon dönemi karma özellikler gösteren, hızlı döngülü, melankoli özellikleri gösteren, atipik özellikler gösteren, psikoz özellikleri gösteren, katatoni ile giden, doğum zamanı (peripartum) başlayan ve mevsimsel örüntü gösteren şekilde tanımlanmaktadır (APA 2013).

2.1.5. Tedavi ve Prognoz

İki uçlu ve ilişkili bozuklukların tedavisinde akut dönem tedavisi ve koruyucu tedavi uygulanmakta olup, düzenli ilaç kullanımı önemlidir (Eroğlu ve Özpoyraz 2010). Fiorillo ve ark. (2013) tarafından, iki uçlu ilişkili bozukluk tanısı almış bireylerde relapsları ve hastanede kalış süresi/sıklığını azaltmak, hastaların tedaviye uyumunu arttırmak için farklı tedavi yöntemlerini bir arada ya da ayrı kullanan yaklaşımların geliştirildiği bildirilmektedir.

İki uçlu ve ilişkili bozuklarda en sık kullanılan ilaçlar, duygudurum düzenleyiciler (lityum, sodyum valproat vb) ve antipsikotikler (Ketiyapin vb) dir (Gültekin ve ark. 2014). Antipsikotik ilaçlar genellikle mani, karma ve depresif dönemlerde sık kullanılmakla birlikte bazı hastalarda iyilik dönemlerinde de kullanımına devam edilebilmektedir (Eroğlu ve Özpoyraz 2010; Keck ve ark. 2009; Ketter ve ark. 2006). İyilik dönemlerinde antipsikotik kullanımı devam etmeyen hastalar ise, lityum, valproat gibi duygudurum dengeleyici ilaçlar kullanmaktadır (Gültekin ve ark. 2014). Son yıllarda Avrupa, Amerika ve Türkiye’de duygudurum dengeleyici ilaçlardan biri olan lityum iki uçlu bozukluklarda yaygın kullanılan bir ilaçtır (Beynon ve ark. 2009). Antidepresan kullanımının özellikle depresif dönemlerde hastada manik kaymaya ve hızlı döngülülüğe neden olduğu unutulmamalıdır (Altshuler ve ark. 2003; Post ve ark. 2003).

Günümüzde ilaç tedavisinin yanı sıra kişilerarası sosyal ritim terapisi, aile odaklı terapi, bilişsel davranışçı terapi gibi çeşitli terapi seçenekleri ve psikoeğitim yöntemi kullanılmaktadır (Acar ve Buldukoğlu 2013; Gümüş ve ark. 2016; Hızlı Sayar ve ark. 2014; Karaaslan 2014; Maçkalı ve Tosun 2011).

Kişilerarası Sosyal Ritimler Terapisi (KSRT): Bireylerin günlük hayat, sosyal yaşantı ve biyolojik ritimlerini sabit tutmayı hedefleyen bir psikoterapi şeklidir (Hızlı Sayar ve ark. 2014). Frank ve ark. (2000) tarafından geliştirilmiştir. KSRT; yaşam olayları ve duygudurum değişimleri ilişkisinin saptanması, günlük düzenli rutinlerin oluşturulması, günlük hayatta ve bireyler arası ilişkilerde sosyal ve biyolojik ritmi bozan faktörlerin belirlenmesi, bireylerin hastalık nedeniyle kaybettiği “sağlıklı ben”e ait yasının ve affektif

belirtilerin belirlenerek ele alınması olmak üzere beş konuya odaklanmaktadır (Frank ve ark. 2000).

Aile Odaklı Tedavi: Miklowitz ve ark. tarafından (2000) yılında geliştirilmiştir. İki uçlu ve ilişkili bozuklukların tedavisinde kullanılan psikososyal tedavilerden biri olup, psikoöğitimsel temellere dayanmaktadır (Karaaslan 2014). Bu tedavide amaç bireylerin problem çözme ve iletişim becerilerini geliştirmek, duygularını yönetmeyi öğretmektir (Başoğul ve Buldukoğlu 2015; Karaaslan 2014). Toplam 21 psikoöğitimsel oturumdan oluşmaktadır. Aile odaklı tedavi, bireylerin ve birincil bakım verenlerin; hastalık belirtilerini, öncül sinyallerini tanıyarak bu durumla başa çıkma yöntemlerini geliştirmelerini sağlar (Başoğul ve Buldukoğlu 2015). Tedavi sürecinde hastalara duygularını kontrol etme, çatışma durumlarında bireylerin birbirleriyle iletişimi artırma, problem çözme ve başa çıkma denemeleri yaptırılmakta olup, işlevselliklerinin geliştirilmesi amaçlanmaktadır (Miklowitz ve ark. 2008; Miklowitz ve ark. 2000). Çeşitli çalışmalarda aile odaklı tedavi uygulanan hastaların hastane yatışlarında azalma, daha az oranda relaps, tedaviye uyumda ve işlevsellik düzeyinde artma, hastalığın şiddetinde azalma, bakım verenlerin depresif semptomlarında ve bakım yükü algılarında azalma olduğu bildirilmektedir (Karaaslan 2014; Miklowitz ve ark. 2000; Perlick ve ark. 2010; Rea ve ark. 2003).

Bilişsel Davranışçı Terapi: Sorun yaratan davranışların altında yatan temel düşünce sistemini değiştirerek bireylerin davranışlarını değiştirmeyi hedefleyen tedavi yöntemidir (Maçkalı ve Tosun 2011). İki uçlu ve ilişkili bozukluklarda ilaç tedavisiyle birlikte bilişsel davranışçı terapinin yararlı olacağı belirtilmektedir (Sungur 2013). İki uçlu ve ilişkili bozukluklarda bilişsel davranışçı terapinin amaçları; hastaların tedaviye uyumunu arttırmak, erken tanı ve müdahalede bulunmak, stresle etkin bir şekilde baş etmelerini ve eş tanıların tedavi edilmesini sağlamaktır (Otto ve ark. 2003). Bu amaçlar doğrultusunda da hastaların stresle başa çıkma becerilerini geliştirme, tedavi sürecinde öz-yeterlilik ve sorumluluklarını pekiştirme, stres kaynaklarını belirleme, bilişsel ve davranışsal zorluklara yönelik stratejiler geliştirme ve altta yatan temel inançlarını değiştirme üzerine çalışılmaktadır (Schwannauer 2004). Lam ve ark. (2003), bilişsel davranışçı terapinin koruyucu ve önleyici tedavi yönünden hastalığın tekrarlayıcı atak riskini önlemede ve rezidüel belirtilerini azaltmada etkili olduğunu tespit etmiştir.

Psikoöğitim: Psikoöğitim yönteminde hem hastalar hem de aile bireylerine yönelik hastanın tedaviye uyumunu artırma, atakları önlemeye yönelik yöntemler geliştirme, bireylerin birbirleriyle ilişkileri ve duygu durumun düzenlenmesi gibi konulara

odaklanılmaktadır (Arguvanlı 2018; Miklowitz 2006). Literatürde psikoeğitimin hastaların relaps ve hastaneye yatış sıklığını, hastalık dönemlerini azalttığı, serum lityum düzeylerinin koruyucu düzeyde kalmasına olumlu etkisinin olduğu ve hastaların sosyal işlevselliğinin artmasını sağladığı bildirilmektedir (Acar ve Buldukoğlu 2013; Reinares ve ark. 2010).

Koruyucu Tedavi: Hastalığın kronik bir ruhsal hastalık ve hayati önem taşıyan ciddi komplikasyonlara neden olması koruyucu tedaviyi gerekli kılmaktadır. Koruyucu tedavi uygulanmasının amacı; depresme ve yinelemelerin engellenmesi, hastalığa bağlı görülen belirtilerin ortadan kaldırılması ve hastaların işlevsellik düzeylerinin maksimum düzeyde tutulmasıdır (Gültekin ve ark. 2014). Bu nedenle hastalara duygudurum düzenleyici olarak lityum ve anti epileptik ilaçlar verilmektedir (Calabrese ve ark. 2006; Gültekin ve ark. 2014; Hartong ve ark. 2003). Antipsikotik ilaçlar da koruyucu tedavi de kullanılmaktadır (Eroğlu ve Özpoyraz 2010; Fountoulakis ve Vieta 2008; Tohen ve ark. 2006).

İki uçlu ve ilişkili bozuklukların prognozu, dönemsel ve tekrar edicidir. Hastalık dönemi sayısı arttıkça iki hastalık dönemi arasındaki süre azalmaktadır (Köroğlu 2007). Bu hastalarda genellikle ilk hastalık döneminde depresif olma eğilimi daha fazladır. Özellikle ergen ve genç hastalardaki tekrar edici depresif bozukluğun % 10 - % 15'i iki uçlu ve ilişkili bozukluk-I' e dönebilmektedir (Arisoy ve Oral 2009; Köroğlu 2007). Ayrıca, ergen ve genç hastalarda karma dönemler daha sık görülmektedir (Köroğlu 2007).

İki uçlu ve ilişkili bozuklukların kadın ve erkek bireylerde görülme sıklığı eşit olmasına rağmen hastalığın prognozunda önemli farklılıklar bulunmaktadır. İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı almış kadınlarda depresyon ve hızlı döngü daha sık görülmektedir (Vega ve ark. 2011). Bunun yanı sıra, kadınlarda hastalık daha geç yaşlarda başlamakta olup, disforik mani daha sık gözlenmektedir (Akarsu ve ark. 2012; İbiloğlu ve Çayköylü 2011; Kesebir ve ark. 2013).

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı alan bireylerde genel işlevsellik ve bilişsel işlevsellik birbiriyle ilişkilidir (Carrus ve ark. 2010). Hastalık tanısını alan bireylerin dikkat, yürütücü işlevler, öğrenme ve bellek gibi bilişsel alanlarında bozulmalar mevcuttur (Kesebir ve ark. 2013; Quraishi ve Frangou 2002). Robinson ve ark. (2006), iki uçlu ve ilişkili bozuklukların iyilik dönemlerinde bile bilişsel bozuklukların devam edebildiğini belirtmiştir.

2.2. İki Uçlu ve İlişkili Bozukluk Tanılı Hastaların Bakım Vericisi Olmak

2.2.1. Bakım Veren Kavramı

Türk Dil Kurumu'na (TDK) göre bakım, “bakma eylemi, bir şeyin iyi gelişmesi, iyilik halinin devam etmesi için verilen emek, bir kişinin beslenme, giyinme gibi gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi” olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr).

Bakım veren kavramı; bakıma ihtiyacı olan bireylere destek olma ve yardım etme olarak tanımlanmaktadır (Arabacı ve ark. 2018). Bakım verme sürecinde fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik nedenlerle yaşanan stres ve zorlanma da çok boyutlu bir kavram olan bakım veren yükü olarak ifade edilmektedir (Arnoldve ark. 2000; Balaban ve ark. 2016; Perlick ve ark. 2004; Reinares ve ark. 2006). Ailede bir bireyin ruhsal bir hastalık tanısı almış olması aile içi iletişimde ruhsal hastalık varlığına verilen tepkiler çerçevesinde gelişir ve bu durum aile bireylerinin hastalıkla başa çıkma sürecinde yük duygusu yaşamasına neden olur (Atagün ve ark. 2011; Balaban ve ark. 2016; Duman ve Bademli 2013). Özellikle hastaların tedavi sürecinin devamlılığı konusunda ailelere ya da birincil bakım vericilere büyük sorumluluk düşmektedir (Arslantaş 2018; Balaban ve ark. 2016; Perlick ve ark. 2007). Bu yük algısı da birincil bakım vericilerde yüksek düzeyde stres, depresyon, öznel iyilik hissinde azalma, fiziksel sağlıkta ve kendine yeterlilikte olumsuzluklar gibi önemli sağlık sorunlarının görülmesine neden olabilmektedir (Hirst 2005; Treasure 2004). Perlick ve ark. (2005) bakım verenlerin % 93'ünün, hastalarının yatarak takip edilmesi durumunda orta düzey, ayaktan takip edilmesi durumunda ise yüksek düzey bakım veren yükü yaşadıklarını saptamıştır. Reinares ve ark. (2006) üç aydır remisyonda olan iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastalarla yaptıkları çalışmada bakım verenlerin öznel yük algıları ile hastanın sosyal ve mesleki işlevselliğinin düşüklüğü, son iki yıl içinde atak geçirilmesi, hızlı döngülülük ve hastanın ilaç alımından bakım verenin sorumlu olması arasında anlamlı ilişki saptamış ve bu durumların bakım veren yükünü artırdığını ileri sürmüştür.

Literatürde bakım yükünün belirleyicileri kapsamında hastalık belirtileri, hastalık süresi, bakım verme süresi, bakım verici ile bakım alan arasındaki ikamet durumu, damgalanma, ruh sağlığı uzmanları ile temas, aile ortamı, hastanın kendisine ya da başkalarına şiddet uygulama durumu, yaş, cinsiyet ve eğitim düzeyi gibi değişkenlerin bakım yükü belirleyicileri olduğu belirtilmektedir (Kjellin ve Östman 2005; Schulze ve Rössler 2005). Reinares ve ark. (2006) psikiyatrik tanı ile bakım veren yükü algısı arasındaki ilişkinin zayıf olduğu sonucunu bulmuştur. Schulze ve Rössler (2005) hastaların hastalık belirtilerinden ziyade bakım verenlerin bakım verme sürecinde yaşadığı zorlanma düzeyinin

bakım veren yükü algısıyla güçlü ilişkili olduğunu ve hastaların tedavi/hastalık süreçlerinde daha olumsuz sonuçların görülmesine neden olduğunu saptamıştır. Ayrıca, bazı çalışmalarda bakım verici yükünün artması ile aile bireylerinin ruh sağlığının bozulduğu, yaşam kalitesinin azaldığı ve maddi durumunun da olumsuz etkilendiği bildirilmektedir (Madianos ve ark. 2004; O'Rourke 2004).

Psikiyatrik hastalığı olan bireylere bakım vermek, aile yaşantısında bazı bozulmalara neden olsa da aile bireylerinin tümü bakım verme rollerini bir yük olarak algılamamaktadır. Schmid ve ark. (2008) tarafından bakım verenlerin % 30,3'ünün bakım verme sürecinde hasta ya da diğer bireyler tarafından takdir edilmek ve doyum, % 22,8'inin kişilik ve yaşam deneyimi elde etme, % 13,6'sının olumsuz durumlarla baş etme konusunda etkili yöntemler geliştirme, % 13,1'inin aile ilişkilerinin olumlu yönde gelişmesi ve aile bağlarının kuvvetlenmesi, % 12,1'inin davranış ve düşünce şeklinde olumlu değişim yaşama, % 8,2'si ise başka bireyler tarafından desteklenme gibi olumlu deneyimler yaşadıklarını belirtmiştir. Veltman ve ark. (2002), farklı psikiyatrik hastalığa sahip bireylere bakım verenler üzerinde yaptıkları çalışmada, bakım vermenin memnuniyet, sevgi ve gurur gibi olumlu etkiler sağladığını tespit etmiştir. Heru ve Ryan (2004) tarafından da, psikiyatrik hastalık nedeniyle hastanede yatışı döneminde algılanan bakım verme yükünün, taburculuktan bir yıl sonra anlamlı derecede azaldığı, bakım verenlerin ihtiyaç duyulma, birine yardım edebilme ve hastalarının iyileştiğini görmenin bakım yükü algılarını azalttığı saptanmıştır. Ayrıca, birincil bakım vericilerin bakım verme deneyimine karşı olumlu yaklaşımlarının, bakım verme sürecinde karşılaşılan olumsuz durumlarla baş etmede etkili yöntemlerden biri olduğu ve bakım verme yükünün önemli bir belirleyicisi olduğu belirtilmektedir (Arslantaş 2018; De Vugt ve ark. 2004; García, Hernández, ve Dorian 2009; Heru ve Ryan 2004; Östman ve Hansson 2004; Pinquart ve Sörensen 2004; Stevens ve ark. 2004).

Pinquart ve Sörensen (2005) meta analiz çalışmasında, Latinler ve Afrikalı Amerikalılar gibi etnik azınlığa bağlı bakım verenlerin, beyaz ırka göre bakım yükü algılarının daha düşük olduğunu ve daha fazla yarar sağladıklarını, ruh sağlıklarının ve kendilerini iyi hissetmelerinin daha iyi olduğunu, stresörlere karşı daha olumlu yaklaşıma sahip olduklarını saptamıştır. Etnik gruplarda bakım yükü algısının daha düşük olmasının dini baş etme yöntemlerinin daha fazla kullanılmasıyla, çocukların anne babaya bakma zorunluluğu inancının daha güçlü olmasıyla ve geleneksel tıbbı olan inanca daha bağlı olmakla ilgili olduğu belirtilmektedir (Awad ve Voruganti 2008; Rosenfarb ve ark. 2006a, 2006b).

İki uçlu ve ilişkili bozukluklar bilindiği gibi, bireysel, tıbbi ve sosyoekonomik düzeyde önemli sorunlara neden olmaktadır. Fiziksel hastalık (örn; iskemik kalp hastalığı, serebrovasküler hastalıklar vb.) tanısına sahip bireylere oranla da yaşam kalitesi, verimlilik ve işlevsellik olumsuz etkilenmektedir (Arslantaş 2018; Balaban ve ark. 2016). Bakım veren yükü, hastalık tanısının konmasından ziyade hastanın işlevsellik düzeyiyle ilgilidir ve hastaların manik dönemlerde hastanede kalma gereksinimine bağlı bireysel ilişkilerinde, kariyer planlarında, maddi bağımsızlıklarında olumsuz etkiler görülebilmektedir (Erten ve ark. 2014; Ogilvie ve 2005). Bu da hem hasta hem de bakım veren açısından yük algısının artmasına neden olmaktadır. Ayrıca, iki uçlu ve ilişkili bozukluklarda belirtiler tedavi sürecinde spontan olarak hafifletilebilse de hastaların işlevselliklerinde azalma devam edebilmektedir (Bozkurt ve Karlıdere 2006; Yeloğlu 2017). Devam eden bu işlevsellik kaybı da birincil bakım vericilerin bakım yükünü artırırken hastanın iyileşme sürecini olumsuz etkilemektedir (Hasui ve ark. 2002; Judd ve ark. 2003; Perlick ve ark. 2001; Reinares ve ark. 2006; Yıldırım ve ark. 2017). Perlick ve ark. (2005) tarafından, iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastalara bakım verenlerin % 93'ünün hastalarının hastanede yatışlarında ya da ayaktan tedavi için sağlık kuruluşlarına gittiklerinde orta/yüksek düzeyde bakım yükü yaşadıkları, % 70'inde ise bu durumun 15 ay boyunca devam ettiği tespit edilmiştir.

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların birincil bakım vericilerinin çoğunlukla aile üyelerinden biri olduğu, hastanın tedavi sürecinin çoğunlukla aile ile birlikte yaşadığı ortamda devam ettiği göz önüne alınırsa, aile ve aile ortamının bu hastalar için oldukça önemli olması kaçınılmazdır. Hastanın birincil bakım vericisi ve aile bireylerinin her birinin zorluklarla baş etme de etkili stratejilerinin olması, birincil bakım vericinin ve aile üyelerinin bakım yüklerini azaltabilecektir (Arguvanlı 2018; Yıldırım ve ark. 2017). Literatürde, iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastalarda tekrarlayıcı atakların önlenmesi, döngüler arasında geçen sürenin uzaması, hastanın işlevselliğinin iyileştirilmesi, bireyselliğinin desteklenmesi ve birincil bakım vericilerin bakım yüklerinin azaltılması için, hasta/hasta yakınları/birincil bakım vericilere hastalıkla ilgili bilgilendirmelerin yapılması, zorluklarla baş etme stratejilerinin geliştirilmesi, destek kaynaklarının bulunarak bilgilendirme yapılmasının önemli olduğu belirtilmektedir (Bernhard ve ark. 2006; Chakrabarti ve Gill 2002; Reinares ve ark. 2002; Reinares ve ark. 2004). Ayrıca, bakım alan hastalara yönelik özgül tedavi müdahaleleri, psikoeğitim, evde beceri eğitimleri, davranışçı terapi ya da davranışçı aile terapisi ile bakım verme yükünün azaltılabileceği bildirilmektedir (Campbell 2004; Chien ve ark. 2004; Reinares ve ark. 2004).

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı bireylerin duygudurumlarında yaşanan değişiklikler ve tekrarlayan ataklar nedeniyle hastalar aile içindeki rollerini yerine getirememektedir (Saunders 2003; Ünal 2003; Yıldız ve Ünal 2017). Kendilerinden beklenen rollerin dışında sürekli bakım ihtiyaçlarının olması aile bireylerinin maddi ve manevi zorluklar yaşamasına neden olmaktadır (Duman ve Bademli 2013; Saunders 2003). Mitnick ve ark. (2010) tarafından, bakım ihtiyacı olan bireylerin bakım vericilerinin çoğunlukla ailesi olduğu saptanmıştır. Bu nedenle aile bireylerinin hastalığı kabul etme ve bakım verme sürecinde yaşadıkları zorlukları azaltmak için aile bireylerinin olumlu kişilik özellikleri, destek alabilme durumları, sosyal güvencelerinin olması, psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olması, empatik eğilim potansiyellerinin bulunması ve stresle baş etme yeteneklerinin bulunması oldukça önemlidir (Atagün ve ark. 2011; Gürkan 2006; Pickett-Schenk ve ark. 2008). Zauszniewski ve ark. (2015), ciddi ruhsal bozukluğu bulunan ailelerin bakım verme sürecini etkileyen 7 göstergenin; hastalığı kabul, psikolojik dayanıklılık, geleceğe karşı umutlu olma, öz yeterlilik, tutarlılık ve bakım verme becerileri olduğunu belirtmiştir.

Mathew ve ark. (2017) tarafından, ciddi ruhsal bozukluğu bulunan bireylerin ailelerinde hastalığa uyum sürecinin yetersiz olduğu, aile işleyişinde bozukluklar görüldüğü, hastalık konusunda bilgi eksiklerinin bulunduğu belirtilmekte olup, sosyal hizmetlerin bu konuda destekleyici olduğu bildirilmektedir. İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların ve ailelerinin hastalık, tedavi süreci ve kronik doğası ve tekrarlayıcı atakların görülebilme riski doğrultusunda profesyonel destek alabilmeleri oldukça önemlidir (Arabacı ve ark. 2018). “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri”nde (TRSM) çalışan ve ciddi ruhsal bozukluk tanılı hastaları takip eden hemşirelerin sosyal hizmetlerden ya da başka kuruluşlardan alınabilecek destekler konusunda bilgi sahibi olması hasta ve ailelerinin tedavi/bakım sürecini olumlu etkileyecektir (Bilge ve ark. 2016).

2.2.2. Birincil Bakım Vericilerin Yaşadıkları Güçlükler ve Gereksinimler

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastanın bakım vericilerinin yaşadıkları güçlükler; hastalığın getirdiği ekonomik ve sosyal yük, işsizlik, bakım vericinin fiziksel ve ruhsal sağlığının olumsuz etkilenmesi (depresyon, öfke, huzursuzluk, ümitsizlik gibi duygudurumları içinde olmaları), aile içi iletişimde bozuklukların ortaya çıkması, stresle baş etme yeteneğinde azalma ve tükenmişlik şeklinde sıralanabilir (Ateşçi ve ark. 2001; Goetzel ve ark. 2003; Pollio ve ark. 2001; Taktak ve ark. 2000; Tel ve Ertekin 2013). Pickett-Schenk ve ark. (2006), birincil bakım vericilerin çoğunlukla hastalık ve tedavi süreci hakkında çok az bilgi aldıklarını ya da hiç alamadıklarını belirtmiştir. İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların bakım

vericilerinin hastalık ve hastalığın gidişatı konusunda bilgi sahibi olmaları, hastalığa bağlı gözlenen bireysel ve toplumsal değişimleri fark edebilmeleri oldukça önemli olup, birincil bakım vericilerin hastaya karşı olumlu davranışlar sergilemesini sağlayabilecektir (Arguvanlı ve Taşcı 2013; Chadda 2014). Yıldız ve ark. (2010) tarafından, bakım vericilere yönelik olumlu davranışların pekiştirilmesini sağlayan, iletişim ve stresle baş etme becerilerini geliştiren bir eğitim programının hastaların tedavi ve bakım sürecine olumlu katkıları olduğu saptanmıştır.

Gutierrez-Maldonado ve ark. (2005) tarafından, birincil bakım verici aile üyelerinde bakım verme yükünün yüksek olduğu ve bakım vericilerin fiziksel ve psikolojik sağlıklarında olumsuz etkilerin olduğu tespit edilmiştir. Birincil bakım verenlerin bakım sürecinde yaşadıkları zorluklar, bakım verme sürecinin kendi sağlık durumlarını olumsuz etkilemesi ve bakım verme yükünü etkileyen birçok faktör göz önüne alındığında bakım verenlerin gereksinimlerinin de olabileceği açıktır. İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı bireylerin birincil bakım vericilerinin gereksinimlerini; hastalık/bakım süreci hakkında profesyonel bilgi, stresle baş etme de pratik çözümler, hastalığın tedavisi ve maddi/manevi destek olarak sıralayabiliriz (Duman ve Bademli 2013; Duran ve Eroğlu 2016; Kelleci ve ark. 2011; Yıldız ve ark. 2010). Arguvanlı ve Taşcı (2013), bipolar bozukluk tanısı alan hastaların bakım vericilerine çoğunlukla bilgi verilmediği ve maddi/manevi desteğe ihtiyaçları olduğunu belirtmiştir. Duran ve Eroğlu (2016) tarafından da hasta ailelerine göre en önemli eğitim gereksinimlerinin; kendine bakım, giyim, kuşam ve temizliği sağlama, stres ve hastalık arasındaki ilişki, stresle etkin biçimde baş etme yolları, yakınlarla iletişimi geliştirme, hastalık ve tekrarladığını gösteren erken haberci belirtiler, hastalıkla ilgili son bilimsel gelişmeler, tatilleri planlama, ilaçların yan etkileri, kendi kendine yaşayabilme becerileri geliştirme, hastalık için kullanılan psikiyatrik ilaçlar gibi konularda olduğu tespit edilmiştir. Pollio ve ark. (2006), aile bireylerinin hastalıkla başa çıkma konusunda daha fazla pratik bilgiye gereksinimleri olduğunu saptamıştır.

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların bakım ve tedavi süreçlerinde hem hastaların hem de birincil bakım verenlerin yaşadığı güçlüklerin, gereksinimlerinin hastaya ve bakım verene özgü belirlenerek, bu gereksinimlerine yönelik eğitim ve bakımın verilmesi oldukça önemlidir.

2.2.3. Birincil Bakım Vericiler ve Empati

Almanca “*einfühlung*”, eski Yunancada “*empathia*” terimlerinden gelen empati; “içsel algılama, duygulara nüfuz etme, duygudaşlık, anlayış, duyarlılık ve eşduyum” gibi

anlamlara gelmektedir (www.tdk.gov.tr). Literatürde farklı tanımları bulunan empati kavramı Eisenberg ve Strayer'e (1987) göre; "bir başkasının duygusal durumuna ve bilişsel konumuna yanıt olarak ortaya çıkan ve durumlarla paralellik gösteren bir tepki"dir (Topçu ve ark. 2016). Empati kavramının çok boyutlu olduğu ve bunların perspektif alma, empatik ilgi, fantezi ve kişisel zorlanma olduğu belirtilmektedir (Topçu ve ark. 2016).

Empatide bireyin karşısındaki bireye yardım etme düşüncesi olmasının gerekli olduğu ve empati ile yardım etme arasındaki ilişkinin değerlendirilmesinde bireyin empatik eğilim düzeyinin kullanılması vurgulanmaktadır (Erdoğan 2004). Empatik eğilim, bireylerin empati kurabilme potansiyeli olarak tanımlanmakta olup, bireysel farklılıklar gösterebilmektedir (De Kemp ve ark. 2007; Dökmen 2005; Turnage ve ark. 2012).

Orlando (alıntı: Özcan 2012), hastaların gereksinimlerini her zaman açıkça ifade edemediklerini, bu nedenle hemşirelerin empatik eğilimlerinin yüksek olmasının önemli olduğunu belirtmiştir. Literatürde empatik eğilim arttıkça tükenmişliğin de arttığını belirten çalışmaların (Erdoğan 2004) yanı sıra, empatik eğilim arttıkça tükenmişliğin azaldığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır (Köksal ve ark. 2009). Köksal ve ark. (2009), empatik eğilimdeki artışın duygusal tükenme ve duyarsızlaşmada azalmaya, kişisel başarıda artmaya neden olduğunu vurgulamıştır. Ağapınar ve Şahin (2014) tarafından, tükenmişlik arttıkça empatik eğilimin azaldığı belirlenmiştir (Ağapınar ve Şahin 2014).

Empatik eğilim bireyin karşısındaki kişinin yaşadığı olaylar doğrultusunda içinde bulunduğu duygudurumunu anlama yeteneğidir (De Wied ve ark. 2007; Turnage ve ark. 2012). Birincil bakım vericilerin bu yeteneğe sahip olması hem hastanın iyileşme sürecini olumlu etkileyebilmekte hem de birincil bakım vericinin bakım verme yükünü azaltabilmektedir (Şahin ve Özdemir 2015). Empatik eğilimi yüksek olan birincil bakım vericiler hastayı daha rahat anlayabilecek, yardım etmek için gerekli olan iletişimi daha hızlı kurabilecektir (Köksal ve ark. 2009; Özcan 2012).

Bu doğrultuda, birincil bakım vericilerin empatik eğilim düzeylerinin belirlenerek, bakım verenlerin empatik eğilimlerinin artırılmasına yönelik destek kaynaklarının araştırılması ile, birincil bakım vericilerin bakım yüklerinin azaltılması ve hastaların iyileşme süreçlerine olumlu katkılar sağlanabilecektir.

2.2.4. Birincil Bakım Vericiler ve Psikolojik Dayanıklılık

İngilizce "Resilience" olarak tanımlanan psikolojik dayanıklılık Türkçe'de "kendini toparlama gücü", "Toparlanma", "Güçlülük", "Psikolojik güçlülük", "Direncillik",

“Yılmazlık”, “Sağlamlık”, “Psikolojik dayanıklılık”, “Dayanıklılık”, “Psikolojik sağlamlık” olmak üzere farklı şekillerde tanımlanmaktadır (Basım ve Çetin 2011; Gizir ve Aydın 2016; Gürgan 2006; Kararımak 2016; Taşgın ve Çetin 2006; Terzi 2008b). Türkçe literatürde yer alan bu farklı tanımlamalar arasında “Resilience” kavramını açıklayan en iyi tanımın “Psikolojik dayanıklılık” olduğu belirtilmektedir (Basım ve Çetin 2011). Psikolojik dayanıklılık kavramını ilk kez psikolog Suzanne Kobasa (1979) (alıntı: Ergün 2016) kullanmış ve psikolojik dayanıklılığı stresle baş etme kapasitesiyle ilişkilendirmiştir (Aslan ve ark. 2000; Çam ve Engin 2014; Williams 2001).

Psikolojik dayanıklılık, bireyin herhangi bir olumsuzlukla karşılaştığında, zorlu yaşam koşullarında bile yaşama dair umudunu yitirmemesi ve yaşamdan anlam bulabilme becerisi, stres yaratan durumlarla baş edebilme kapasitesi olarak tanımlanmakta olup (Yates ve ark. 2015), üç boyuttan (bağlanma, kontrol ve güçlük) oluşmaktadır (Crowley ve Hobdy 2003; Hanton ve ark. 2003; Lambert ve ark. 2003; Maddi ve ark. 2006). Kontrol; bireylerin karşılaştığı zorluklar ya da olumsuz durumlar karşısında duygu, düşünce ve davranışlarının farkında olarak istediği sonuçları elde edebilmesi becerisidir (Tekin 2011; Yalçın 2013). Bağlanma; bireylerin aileleriyle, çevresindeki diğer bireylerle ve yaptıkları aktivitelerle olumlu ilişkiye sahip olma durumu olup, bu ilişkilerini yaşamın amacı olarak görmeye birlikte mantıklı tavır sergilenmesidir (Kamya 2000; Sarıkaya 2015). Güçlük ise; bireyin stres yaratan durumlarına ya da zor yaşam koşullarına karşı gösterdiği olumlu başa edebilme yetenekleri sonucu ortaya çıkar (Çam ve Büyükbayram 2017; Sarıkaya 2015). Kendini kontrol edebilme yeteneği yüksek olan, olumlu bağlanma ilişkileri bulunan ve zorluklar karşısında güçlü bir duruş sergileyerek olumlu davranışlar sergileyebilen kişilerin psikolojik dayanıklılıkları oldukça yüksektir (Aslan ve ark. 2000; Çam ve Büyükbayram 2017; Ghorbani ve ark. 2000; Öz ve Yılmaz 2009; Williams 2001).

Bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri geliştirilebilir özelliğe sahiptir ve bireyler birbirinden farklı zor yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında bir önceki olumsuz olaylarda ihtiyaç duydukları koruyucu faktörleri oluşturarak zorluğa uyum sağlayabilirler (Akçay 2012; Chesak ve ark. 2015; Earvolino-Ramirez 2007; Öz ve Yılmaz 2009). Psikolojik dayanıklılığı yüksek olan bireyler; günlük yaşam olaylarını planlama ve stresli durumlarla baş etmede daha hızlıdır, günlük işlerine daha fazla bağlıdır, iyimserdir, duygu ve düşüncelerinin farkındadır ve hayattan ne istediklerini bilirler (Çetin ve ark. 2015; Klag ve Bradley 2004). Ayrıca, iletişim ve sosyal becerileri yüksektir, bağımsız hareket edebilirler, geleceğe dair umutları vardır, stresli olaylar karşısında diğer bireylere göre daha az somatik ve psikolojik rahatsızlık

yaşarlar, karşılaştıkları her bir sorunu gelişim ve öğrenme aracı olarak algılarlar (Fayombo 2010; Hanton ve ark. 2003; Liu ve ark. 2012). İki uçlu ve ilişkili bozuklukta hastalığın özellikleri, kronik oluşu ve tekrarlama riskinin yüksek olması durumları göz önüne alındığında birincil bakım vericiler ya da aile bireyleri her an stresli bir durumla karşılaşma riskine sahiptir. Bu nedenle aile bireylerinin, birincil bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olması oldukça önemlidir. Unutulmamalıdır ki birincil bakım verenlerin hastalık sürecine etkileri vardır ve bu etkilerin olumlu yönde olması için bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olması gerekmektedir. Literatürde psikolojik dayanıklılığın depresyon, tükenmişlik, anksiyete ve somatik hastalıkların ortaya çıkmasında etkisi olduğu bildirilmekte, psikolojik dayanıklılığı yüksek kişilerin bu tanılara karşı dirençli olduğu belirtilmektedir (Basım ve Çetin 2011; Ersezgin ve Tok 2019; Yağmur ve Türkmen 2017).

Stres yaratan risk faktörleriyle karşılaşan bireyler psikolojik dayanıklılık düzeylerini geliştirmeye yönelik farklı baş etme yöntemleri uygulayabilirler (Çam ve Büyükbayram 2017; McAllister ve ark. 2011). Böylece karşılaşılan stres birey açısından zor dönemler geçirmesine neden olsa da, yeni baş etme yöntemleri geliştirebilir ve psikolojik dayanıklılığının artmasını sağlayabilir. Psikolojik dayanıklılığını artırabilen bireyler, hayatlarının kontrolünü daha iyi sağlayarak, yaşanan kötü durumlarda fiziksel ve psikolojik sağlıklarını koruyarak hayata karşı daha güçlü bir duruş sergileyebilir (Çam ve Engin 2014; Çelik ve ark. 2017). Sonuç olarak birincil bakım verenlerin psikolojik dayanıklılığının geliştirilmesine yönelik eğitimler planlanarak hem hastaların iyileşme süreçlerinin olumlu ilerlemesi hem de bakım verenlere destek olunarak onların da sağlığının korunması sağlanabilir.

2.2.5. Bakım ve Hemşirelik Yaklaşımı

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı alan bireylerde ve birincil bakım vericilerinde hemşirelik bakımının en temel hedefleri; hastanın ve bakım vericilerin mevcut sağlık durumlarının korunmasını sağlayarak, yaşanabilecek olumsuz durumları önlemek olup, sosyal hayatlarının devamlılığını, bakım vermede yaşanan güçlüklerin azaltılmasını ve iki uçlu ve ilişkili bozuklukta görülen tekrarlayıcı atakların önlenmesini sağlamaktır (Kamışlı 2008; Özdemir ve Taşcı 2013; Hemşirelik Yönetmeliği 2010). Hemşireler ve birincil bakım vericiler hastanın çevre ile ilişkisinin devamlılığını, hastalık nedeniyle oluşabilecek atakların önlenmesini ve hastanın özgünlüğünü koruyacak terapötik ortamın oluşturulmasını sağlamalıdır (Boyd 2008; Erkoç ve ark. 2011; Hemşirelik Yönetmeliği 2010). Hemşirelerin

hastanın bakımının yanı sıra birincil bakım vericilere de bakım vermesi önemli olup, birincil bakım vericilere psikolojik, sosyal ve fiziksel destek sağlanması konusunda yardımcı olması birincil bakım vericilerin bakım verme sürecini olumlu etkileyecektir (Arabacı ve ark. 2018; Yeşil ve ark. 2016).

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı bireylerin bakım gereksinimlerine yönelik hemşirelik tanımlarını;

- ✓ “Bireysel baş etme de yetersizlik”,
- ✓ “Düşünme sürecinde değişim”,
- ✓ “Ümitsizlik”,
- ✓ “Sözel iletişimde bozulma”,
- ✓ “Uyku düzeninde bozulma”,
- ✓ “Öz bakım gereksinimi”,
- ✓ “Travma riski”,
- ✓ “Kendine ya da çevresine zarar verme riski”,
- ✓ “Benlik saygısında bozulma”,
- ✓ “Sosyal etkileşimde bozulma”,
- ✓ “Beden gereksiniminden az ya da fazla beslenme”,
- ✓ “Aile içi baş etme de yetersizlik riski” şeklinde sıralayabiliriz (Bayındır ve Ünsal 2016; Çam ve Engin 2014; Pektas ve ark. 2006).

Birincil bakım vericilerin ve hemşirelerin hastanın öz bakım gereksinimlerini karşılanmasında, duygu durum değişikliklerinde, günlük yaşam aktivitelerinde ritmin sürdürülmesinde, atak geçirme durumlarına karşı tetikte olarak gerekli müdahaleyi yapması, aile içi ve bireysel baş etme sürecinde empatik eğilim ve psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olmasına yönelik girişimlerde bulunmak için donanımlarını geliştirmeleri gereklidir (Pektas ve ark. 2006; Pickett-Schenk ve ark. 2008; Zauszniewski ve ark. 2015). Ayrıca, hastayla etkin bir iletişim kurmaları ve tedaviye uyumu sağlamaları için işbirliği yapmaları önemlidir (Carpenito ve Erdemir 2012; Pektas ve ark. 2006; Pinar ve Tel 2012).

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı bireylerin bakım vericilerinin bakım yükünü belirlemek hemşirelik bakımında yapılması gereken ilk işlerden biridir. Bakım vericilerin bakım verme yükünü olumlu ya da olumsuz etkileyen faktörler belirlenerek, olumsuz etkileyen faktörleri ortadan kaldırmak veya azaltmak için gerekli eylemler planlanmalıdır (Arslantaş 2018). Bakım vericilerin kendilerini ve içinde buldukları duygudurumlarını ifade

etmeleri konusunda destek olunmalı ve hemşire ile birincil bakım vericiler arasında güvene dayalı bir ilişki kurulmalıdır (Carpenito ve Erdemir 2012; Pektas ve ark. 2006).

Bakım verenlerin empatik eğilim ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olması, hem kendilerinin hem de bakım verilen hastanın hastalık ve tedavi sürecine uyumunu arttırarak, iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir (Yağmur ve Türkmen 2017). Bu nedenle, bakım vericilerin empatik eğilim ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri değerlendirilmeli, empatik eğilim ve psikolojik dayanıklılığı düşük olanlar için uygun destek programlarının oluşturulması sağlanmalıdır (Ergün 2016; Gürkan 2006; Köksal 2009; Yağmur ve Türkmen 2017). Ayrıca iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı bireyler için destekleyici dernekler ve yardım grupları belirlenerek, birincil bakım vericilerin bu kurumlardan haberdar olması sağlanmalıdır. Birincil bakım vericilerin yanı sıra, hastanın bakımını üstlenebilecek kişiler belirlenerek bakım verme programı oluşturulmalı, bakım vericilerin bakım yüklerinin azaltılması sağlanmalıdır (Arslantaş 2018).

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı bireylerin bakım vericilerinin fiziksel ve ruhsal sağlık durumlarının değerlendirilmesi de oldukça önemlidir. Bakım vericilerin kronik hastalık, sürekli ilaç kullanma gerekliliği, özel bir beslenme/diyet alma durumları tespit edilerek kendi sağlıklarını ihmal etmemelerini sağlamak için destek olunmalıdır (Arabacı ve ark. 2018; Yeşil ve ark. 2016). Bunların yanı sıra, birincil bakım vericilerin bakmakla yükümlü olduğu başka bir kişinin varlığı sorgulanmalı ve varsa iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı olan bireyin bakımına destek olabilecek kaynakların varlığı araştırılarak birincil bakım vericiler bu konuda bilgilendirilmelidir (Alataş ve ark. 2007; Birol 2011; Carpenito ve Erdemir 2012).

Sonuç olarak; iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı bireylerde hastalığın erken teşhisi ve uygun tedavinin oluşturulması, hem hasta hem de birincil bakım verici açısından oldukça önemlidir. Özellikle genetik yatkınlığı bulunan bireyler yakından takip edilmeli, koruyucu önlemlere yönelik girişimler planlanmalıdır. Kronik ve tekrarlayıcı özelliğe sahip bu hastalığın teşhis edilmesi sonrasında, hemşirelerin hasta ve aile birlikteliğini bütüncül bir kapsamda ele alması ve bu doğrultuda hemşirelik bakımını planlaması ve uygulaması gereklidir.

3. BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Tipi

Kesitsel ve tanımlayıcı desenli bu araştırma, “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri“ (TRSM)’nde izlenen iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanımlı hastaların birincil bakım vericilerinin empatik eğilim ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin incelemesi amacıyla Mayıs-Haziran 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırma soruları şu şekildedir:

1. TRSM’lerde izlenen iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanımlı hastalara birincil bakım vericilerinin empatik eğilim düzeyleri nedir?
2. TRSM’lerde izlenen iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanımlı hastalara birincil bakım vericilerinin psikolojik dayanıklılık düzeyleri nedir?

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini, İstanbul’da Sağlık Bakanlığı’na bağlı bir Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı TRSM’lerde (5 merkez) izlenen iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanımlı hastaların birincil bakım vericileri oluşturmuştur.

Araştırmanın örneklemini, Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında, 5 TRSM’de izlenen alınma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya yazılı ve sözlü olarak onam veren iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanımlı hastaların birincil bakım vericileri oluşturmuştur.

Örnekleme büyüklüğünün belirlenmesi için G-Power istatistik analizi yapılmıştır. Nisan-Haziran 2019 tarihleri arasında bu merkezlerde iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı ile izlenen hasta sayısı 851’dir. Örnekleme büyüklüğü için $\alpha=0,05$; 0,80 güç ile Cohen’in etki büyüklüğü $w=0,2$ olarak ulaşılmaması gereken minimum örneklem sayısı 110 birey olarak belirlenmiştir. Hata payını azaltmak ve evrene genellenebilirliğini arttırmak için örneklem sayısı 145 kişiyle tamamlanmıştır.

Veri toplama aşamasında merkezlerde olasılıksız örneklem yöntemi ile 186 kişiye ulaşılmış olup, 23 kişi hastanın primer bakım vereni olmaması (aralıklı ilgilenme ve detaylı bilgiye sahip olmama), 18 kişinin araştırmaya katılmayı kabul etmemesi nedeni ile çalışma kapsamı dışında bırakılmış ve 145 birincil bakım verici ile çalışma tamamlanmıştır.

Örnekleme alınacak bakım verenlerin belirlenmesinde aşağıdaki kriterler göz önünde bulundurulmuştur:

- 18-70 yaş aralığında olmak,
- İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastanın bakımından birinci derecede sorumlu bakım veren olmak,
- İletişim kurmada engel oluşturacak fiziksel/ruhsal bir yetersizliği (işitme, konuşma vb.) olmamak,
- Veri toplama araçlarında yer alan ifadeleri anlayıp yanıt verebilecek bilişsel yeterliliğe sahip olmak,

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırma verileri “Bilgi Formu” (EK-5), “Kişilerarası Tepkisellik İndeksi” (EK-6) ve “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” (YPDÖ) (EK-7) kullanılarak toplanmıştır.

3.3.1. Bilgi Formu

Bu form, araştırmacı tarafından literatüre dayalı oluşturulmuştur (Şentürk 2017; Saygı 2012). Formda; birincil bakım verenlerin tanıtıcı özellikleri (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, sosyal güvence, aylık gelir durumu, kronik fiziksel ve/veya psikiyatrik hastalık varlığı, hastayla yakınlık derecesi, bakım verdikleri hastayla aynı evde yaşama durumu, hastanın tanısını aldığından bu yana geçen süre, hastanın tedavi görme süresi, hastaya bakım verme süresi, bakmakla yükümlü olduğu başka birey/bireyler olma durumu ve bakım verme deneyimleri (hasta yakınına bakım verme sürecinde hissedilenler, hastanın gereksinimlerini karşılamada yeterlilik düzeyi, hastalık tanısı ile ilgili bilgi düzeyi, bakım verme sürecinde yardım alma durumu) içeren 22 soru (kapalı uçlu, çok seçenekli, Görsel Analog Skala-0-10 cm.) yer almaktadır (EK-5).

3.3.2. Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ)

“Kişilerarası Tepkisellik İndeksi” (KTİ) Davis (1980) tarafından geliştirilmiştir. Ülkemizde de Engeler ve Yargıç tarafından (2007) Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış; alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayısı 0.60- 0.73 arasında tespit edilmiştir. Bu çalışmada alt ölçeklerin iç tutarlılık katsayısı 0.52-0.70 arasında bulunmuştur. Alt ölçeklerin her biri 7 (yedi) madde içermektedir. Alt ölçekler, “Perspektif alma” (PT), “Empatik Düşünce” (EC), “Kişisel

Rahatsızlık” (PD) ve “Fantezi” (FS) olarak adlandırılmıştır. KTİ ölçeği öz bildirim tarzında ve 5 (beş) dereceli likert tipi bir ölçektir. “Perspektif Alma” alt ölçeği, başkalarının bakış açısından bakabilmeye işaret etmektedir. “Empatik Düşünce” alt ölçeği, başkalarının gözlemlenen deneyimlerine karşı duyulan yakınlık ve sıcaklık gibi duygusal tepkileri ölçmektedir. “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği, başkalarının olumsuz deneyimlerine karşı kişinin hissettiği rahatsızlık ve sıkıntı gibi hislere atıfta bulunmaktadır. “Fantezi” alt ölçeği, kişinin kendini filmlerde, oyunlarda veya romanlarda hayal etme kahramanların yerine koyabilme ve duygu davranışlarını algılayabilme eğilimini ölçmektedir. Ölçekteki; 3, 4, 7, 12, 13, 14, 15, 18, 19 maddeleri ters ifadelerdir. Ölçeğin genel olarak empatiyi ölçmeye yönelik olmadığı, alt ölçeklerin ortalama puanlarının ayrı olarak kullanılması gerektiği belirtilmiştir (Konrath 2013) (EK-6). Alt ölçek puanlarının yüksekliği empati düzeyinin düzeyini göstermektedir.

3.3.3. Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ)

Yetişkinlerin psikolojik dayanıklılık durumlarını değerlendirmek için Friborg ve ark. (2005) tarafından geliştirilen YPDÖ beşli Likert tipi bir öz değerlendirme ölçeğidir. Ülkemizde Basım ve Çetin (2011) tarafından Türkçe’ye çevrilerek geçerlilik güvenirliliği yapılmıştır. Doğrulayıcı faktör analizi ile altı faktörlü yapı, ölçek toplam varyansının öğrenci örnekleminde % 55.5’ini açıklamıştır. YPDÖ’nün alt boyutları “Kendilik Algısı”, “Gelecek Algısı”, “Sosyal Yeterlilik”, “Aile Uyumu”, “Sosyal Kaynaklar” şeklindedir.

İç tutarlık Cronbach Alfa katsayısı hem öğrenci hem de çalışan örnekleminde 0,86 olarak belirlenmiştir. Ölçeğin, her bir alt boyutu temsil eden, tanışıklık (aşinalık) önyargısından (acquaintance bias) kurtulmak için hazırlanan 33 maddesi vardır. Araştırmamızda puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması tercihi seçilmiş olup, buna uygun uygulama yapılmıştır. Ölçekteki; 1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters ifadedir (Basım ve Çetin 2011) (EK-7).

Tablo 3.1.'de araştırmada kullanılan ölçeklerin iç tutarlılık katsayıları sunulmuştur.

Tablo 3. 1: Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Ait İç Tutarlılık Katsayıları

Ölçekler	Orijinal	Bu Çalışma
Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri		
Perspektif Alma Ölçeği	0.73	0.59
Fantezi Ölçeği	0.76	0.70
Empatik Düşünce Ölçeği	0.66	0.52
Kişisel Rahatsızlık Ölçeği	0.60	0.70
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Alt Ölçekleri		
Gelecek Algısı	0.75	0.73
Yapısal Stil	0.76	0.58
Sosyal Yeterlilik	0.82	0.67
Aile Uyumu	0.86	0.76
Sosyal Kaynaklar	0.84	0.72
Kendilik Algısı	0.80	0.78
Toplam Puan	0,89	0,91

3.4. Verilerin Toplanması

Veri toplama anketlerinin uygulanması için araştırmacı tarafından ilgili kurumlarda uygun görüşme ortamı sağlanmış ve araştırmaya katılan bireylerle yüz yüze görüşülerek formlar uygulanmıştır. Nisan- Haziran 2019 tarihleri arasında alınma kriterlerine uygunluk gösteren bireylere araştırmacı kendini tanıtmış, araştırmanın amacını açıklamış, yazılı ve sözlü onamlarını almıştır. Birincil bakım vericilerin sosyo-demografik özelliklerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmış “Bilgi Formu”, birincil bakım vericilerin empatik eğilim düzeylerini belirlemek için “Kişilerarası Tepkisellik İndeksi” ve birincil bakım vericilerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini saptamak için “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” formlarının öz bildirim yoluyla doldurulması sağlanmıştır. Formların doldurulması yaklaşık 20-25 dakika sürmüştür. Katılımcılara soruları olması halinde açıklamalar ve destekleyici görüşmeler için ek süre tanınmıştır.

Ayrıca, iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların birincil bakım vericileri için uygulanacak veri toplama formlarının anlaşılabilirliğini değerlendirmek için 21-23 Mart 2019 tarihleri arasında 10 birincil bakım veren ile araştırmanın ön uygulaması yapılmıştır. Ön

uygulama sonrasında herhangi bir değişiklik yapılması gerekmemiş, ön uygulama yapılan 10 birincil bakım veren araştırma kapsamına dahil edilmiştir.

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmada elde edilen veriler İstanbul Arel Üniversitesi SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 22.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma kapsamında incelenen bağımsız değişkenler; bireysel/ailesel özellikler (yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, çalışma durumu, sosyal güvence, aylık gelir durumu algısı, kronik fiziksel-psikiyatrik hastalık varlığı, hastayla yakınlık derecesi, hasta ile aynı evde yaşama durumu, hastalık tanısı konduğundan bu yana geçen süre, tedavi görme süresi, bakım verme süresi, sağlık sorunu nedeniyle bakmakla yükümlü olduğu başka birey varlığı, bakım verme süreci deneyimleri), bağımlı değişkenler; empati ve psikolojik dayanıklılıktır.

Araştırma sonuçları yorumlanırken $p < 0,05$ anlamlı kabul edilmiştir. Verilerde normal dağılıma uygunluk olmadığı için nonparametrik testler kullanılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel analizler Tablo 3-2’de verilmiştir.

Tablo 3. 2: Araştırmanın İstatistiksel Analizinde Kullanılan Testler

Bakım verenlerin - Bireysel Özellikleri - Hasta ile İlgili Özellikler - Psikiyatrik Bozukluğu olan Yakına Bakım Vermeye Bağlı Hissedilenler	Frekans Yüzdeler dağılımı Aritmetik ortalama Standart sapma Minimum maksimum değerler
Bakım verenlerin - Kişilerarası Tepkisellik İndeksi ve - Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçekleri Profili	Aritmetik ortalama Standart sapma Minimum maksimum değerler
Bakım verenlerin - Bireysel Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması - Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yakına Bakım Vermeye Bağlı Hissedilenler ve Bakım Verilen Hasta Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	Frekans Aritmetik ortalama Standart sapma Mann-Whitney U testi Kruskall Wallis Testi
Bakım verenlerin - Bireysel ve Bakım Verilen Hasta ile İlgili Özellikleri ile KTİ Alt Ölçekleri ve YPDÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişki	Spearman Korelasyon Analizi

3.6. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın etik açıdan uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla “İstanbul Arel Üniversitesi Rektörlüğü”nden etik kurul onayı alınmıştır (Karar No: 2019/02) (EK-1).

Kurum izni kapsamında, “Sağlık Bakanlığı’na bağlı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi”nden yazılı izin belgesi alınmıştır (EK-2).

Araştırmada kullanılan ölçekler için;

- “Kişilerarası Tepkisellik İndeksi”nin kullanılması için Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan yazarlar adına Prof. Dr. İlhan Yargıç’tan (EK-3),
- “Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık leği”nin kullanılması için Türkçe geçerlik güvenirliğini yapan yazarlar adına Prof. Dr. H. Nejat Basım’dan (EK-3) elektronik ortamda izin alınmıştır.

Bilgi formu ve ölçeklerin doldurulması gönüllülük esasına dayandırıldığı için, araştırmaya katılmayı kabul eden birincil bakım verenlere araştırmanın amacı anlatılarak szli ve yazılı onamları (EK-4) alınmıştır. Katılımcıların araştırma hakkındaki soruları cevaplandırılmış, duygu ve düşüncelerini rahatça ifade edebilmeleri için bireylere zaman tanınmıştır.

3.7. Araştırmanın Sınırlılıkları

İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastalara birincil bakım vericilerin empatik eğilim ve psikolojik dayanıklılık düzeylerine ilişkin bulguların sonuçları sadece veri toplanan merkezlerle sınırlı olup, sadece merkezlere devam eden iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastalara bakım veren birincil bakım vericileri kapsamaktadır.

Katılımcıların bildirimleri, sosyal açıdan beklenen yanıtların verilmesi ve toplumsal-kültürel kısıtlılıklara bağlı yanlılıklar içermesi ihtimalini taşıyabilecektir.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmanın bulguları beş bölümde sunulmuştur.

1. Bölüm: Katılımcıların Profili (Bireysel Özellikler, Bakım Verilen Hastayla ilgili Özellikler, Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yakına Bakım Vermeye Bağlı Hissedilenler) (Tablo 4-1/2, Grafik 4-1)

2. Bölüm: Katılımcıların Empati ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçekleri Profili (Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Puan Ortalamaları) (Tablo 4-3)

3. Bölüm: Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 4-4)

4. Bölüm: Bakım Verilen Hasta Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (Tablo 4-5)

5. Bölüm: Katılımcıların Bireysel ve Bakım Verilen Hasta ile ilgili Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Toplam Puanları Arasındaki İlişki (Tablo 4-6)

4.1. Katılımcıların Profili

Katılımcıların bireysel özellikleri Tablo 4.1’de gösterilmiştir:

4.1.1. Bireysel ve Bakım Verilen Hasta ile İlgili Özellikler

Tablo 4. 1: Katılımcıların Bireysel Özellikleri (n=145)

Özellikler	n	%	$\bar{x} \pm SD$	Min - Mak
Yaş	145	100	45.97±13.31	17–70
Cinsiyet				
Kadın	89	61.4		
Erkek	56	38.6		
Medeni durum				
Evli	116	80.0		
Bekâr	29	20		
Eğitim durumu				
Okur-yazar değil	11	7.6		
İlkokul	69	47.6		
Lise	43	29.7		
Yüksekokul/Üniversite	22	15.2		
Mesleği*				
Memur	12	8.3		
İşçi	47	32.4		
Ev Hanımı	43	29.7		
Emekli	10	6.9		
Çalışma durumu				
Tam gün	40	27.6		
Yarım gün	6	4.1		
Çalışmıyor	99	68.3		
Sosyal güvence				
Yok	17	11.7		
Var	128	88.3		
Aylık gelir durumu				
Kötü (gelir giderden az)	35	24.1		
Orta (gelir gidere eşit)	90	62.1		
İyi (gelir giderden fazla)	20	13.8		
Fiziksel hastalık varlığı				
Yok	114	78.6		
Var	31	21.4		
Fiziksel hastalık türü**				
Dolaşım sistemi	8	5.6		
Sindirim sistemi	10	7		
Kas-iskelet sistemi	5	3.5		
Sinir sistemi	5	3.5		
Genito-üriner sistem	1	0.7		
Solunum sistemi	1	0.7		
Deri	1	0.7		
Psikiyatrik hastalık varlığı				
Yok	131	90.3		
Var	14	9.7		
Psikiyatrik hastalık türü***				
Yaygın anksiyete bozukluğu	1	0.7		
Tanımlanmış bir diğer psikotik bozukluk	1	0.7		
Bipolar bozukluk	3	2.1		
Major depresyon	5	3.5		
OKB	2	1.4		
Panik atak	2	1.4		

*n=112, **n=31, ***n=14, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk.

Büyük çoğunluğu evli (% 80; n=116) ve kadın (% 61,4; n=89) olan katılımcıların yaş ortalaması 45,97±13,31 (min:18-max:70)'dir. % 68,3'ü (n=99) çalışmayan katılımcıların, yaklaşık üçte birinin (% 32,4; n=47) mesleği işçi olup, büyük çoğunluğunun aylık gelir durumu orta (% 62,1; n=90) düzeyde ve sosyal güvencesi (% 88,3; n=128) bulunmaktadır. Yarıya yakını ilköğretim mezunu (% 47,6; n=69) olan katılımcıların büyük çoğunluğu, herhangi bir fiziksel (% 78,6; n=114) veya psikiyatrik (% 90,3; n=131) hastalığının olmadığını belirtmiştir. Fiziksel hastalıklar kapsamında en fazla sindirim (% 7; n=10) ve dolaşım (% 5,6; n=8) sistemi hastalıkları görülürken; psikiyatrik hastalıklar kapsamında ise en fazla majör depresyon (% 3,5; n=5) ve bipolar bozukluk (% 2,1; n=3) görülmüştür (Tablo 4.1).

Katılımcıların bakım verdikleri hastaya ilişkin özellikleri 4.2'de gösterilmiştir:

Tablo 4. 2: Bakım Verilen Hastayla İlgili Özellikler (n=145)

Özellikler	n	%	$\bar{x} \pm SD$	Min - Maks
Bakım verilen bireye yakınlık derecesi				
Anne	42	29		
Baba	12	8.3		
Çocuk	24	16.6		
Kardeş	20	13.8		
Eş	41	28.3		
Yeğen	3	2.1		
Dayı	2	1.4		
Enişte	1	0.7		
Bakım verilen bireyle aynı evde yaşama durumu				
Evet	117	80.7		
Hayır	28	19.3		
Bakım verilen birey dışında birlikte yaşananlar*				
Anne	40	16.8		
Baba	12	5		
Kardeşler	16	6.8		
Çocuk	103	43.4		
Eş	66	28		
Hastalık tanısından bu yana geçen süre			11.18±7.42	1-32
Bakım verilen hastanın tedavi görme süresi			11.94±8.17	1-32
Psikiyatrik rahatsızlığı olan yakına bakım verme süresi			11.43±8.01	17-32
Bakım verilen birey dışında bakmakla yükümlü olunan kişi				
Yok	115	79.3		
Var	30	20.7		
Varsa, rahatsızlığı				
Ruhsal	18	12.4		
Fiziksel	12	8.3		
Bakım ve tedavi gereksinimlerini karşılamada yardım alma**				
Evet	69	47.5		
Eşinden yardım alma**				
Evet	26	17.9		
Akrabalardan yardım alma**				
Evet	20	13.8		
Arkadaşlardan yardım alma**				
Evet	1	0.7		
Bakıcıdan yardım alma**				
Evet	22	15.2		
Yakınının bakım ve tedavi gereksinimlerini karşılamada yeterlilik düzeyi			6.18±2.26	0-10
Yakınının psikiyatrik tanısı hakkında bilgi düzeyi			5.26±3.109	0-10

* Birden fazla yanıt işaretlenmiştir. **n=145.

Annesine ve eşine bakım veren katılımcıların oranı birbirine yakındır ve diğerlerine göre yüksektir, yarıya yakınının (% 43,4; n=103) hasta birey haricinde evde çocuklarıyla birlikte yaşadığı, hastalık tanısından bu yana geçen sürenin ortalama 11.18 ± 7.42 yıl olduğu görülmüştür. Tedavi görme süresi ile bakım verme süresi ortalamasının birbirine yakın olduğu saptanmıştır (Tablo 4.2).

Katılımcıların üçte ikisi (%79,3, n=115) psikiyatrik rahatsızlığı olan yakını dışında bakması gereken bir başkası olmadığını belirtmekle beraber, katılımcıların bakım verdikleri bir başka kişinin de psikiyatrik bozukluğu olduğu bildirilmiştir (% 12,4, n=18)

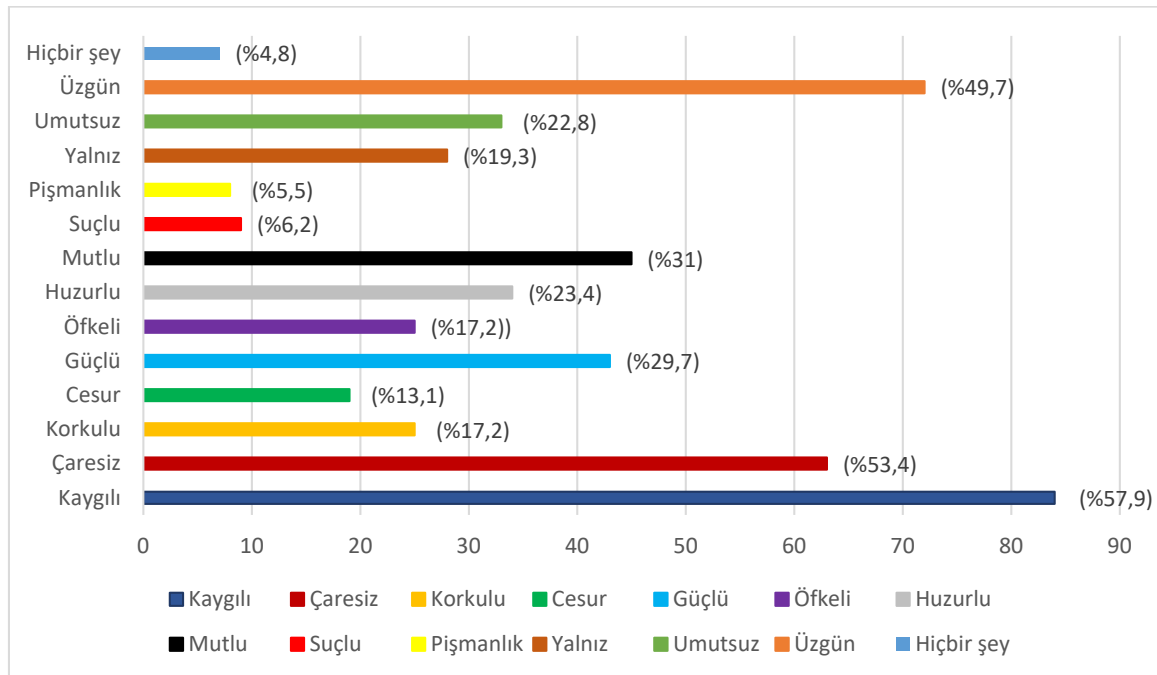
Yarıya yakını psikiyatrik bozukluğu olan bireyin tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılarken yardım aldığını belirtmiştir; yardımın en fazla oranda eşten alındığı görülmüştür (Tablo 4.2).

Katılımcıların psikiyatrik bozukluğu olan yakınının bakım ve tedavi gereksinimini karşılama ($6,18 \pm 2,26$) ve psikiyatrik tanıya ilişkin bilgi sahibi olma ($5,26 \pm 3,10$) konusunda kendilerini orta düzeyde yeterli hissettikleri saptanmıştır (Tablo 4.2).

4.1.2. Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yakına Bakım Vermeye Bağlı Hissedilenler

Psikiyatrik bozukluğu olan yakına bakım vermeye bağlı hissedilenler Grafik 4.1'de gösterilmiştir:

Grafik 4. 1: Psikiyatrik Bozukluğu Olan Yakına Bakım Vermeye Bağlı Hissedilenler *
**



*Herhangi bir şey hissedenden n=138, **Hiçbir şey hissetmeyen n=7.

Katılımcıların bakım vermeye bağlı hissettikleri sıralandığında, kaygılı, üzgün, çaresiz, güçlü ve huzurlu şeklinde en yüksekte başlayarak sıralanmıştır.

4.2. Katılımcıların Kişilerarası Tepkisellik İndeksi ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçekleri Profili

Katılımcıların Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Alt Ölçek ve Toplam puan ortalamaları Tablo 4.3'te sunulmuştur.

Tablo 4. 3: Kişilerarası Tepkisellik İndeksi ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçekleri Puan Ortalamaları (n=145)

Ölçekler	$\bar{x}\pm SS$	Min - Mak	Puan Aralığı
KTİ Alt Ölçekleri			
Perspektif Alma	17.34±4.88	2-27	0-28
Fantezi	12.03±6.25	0-28	0-28
Empatik Düşünce	21.62±4	9-28	0-28
Kişisel Rahatsızlık	14.45±6.06	2-27	0-28
YPDÖ			
Alt Ölçekler			
Gelecek Algısı	13.59±4.28	4-20	4-20
Yapısal Stil	13.61±3.89	4-20	4-20
Sosyal Yeterlilik	21.87±5.44	7-30	6-30
Aile Uyumu	22.14±5.75	8-30	6-30
Sosyal Kaynaklar	26.35±6.43	9-35	7-35
Kendilik Algısı	21.81±5.78	6-30	6-30
Toplam Ölçek	119.38±24.26	61-160	33-165

Tablo 4.3.de, katılımcıların KTİ kapsamında “Empatik Düşünce” alt ölçeği puan ortalamasının yüksekliği (21.62±4) dikkati çekmektedir. “Perspektif Alma” ve “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeklerinde de yüksek ortalamaların (sırasıyla 17.34±4.88 ve 14.45±6.06) olduğu görülürken, “Fantezi Ölçeği” en düşük ortalamaya (12.03±6.25) sahip alt ölçektir.

YPDÖ kapsamında “Sosyal Kaynaklar” alt ölçeği puan ortalamasının yüksekliği 26.35±6.43) dikkati çekmektedir. “Aile Uyumu” ve “Sosyal Yeterlilik” alt ölçeklerinde yüksek ortalamaların (sırasıyla 22.14±5.75 ve 21.87±5.44) olduğu görülürken, “Gelecek

Algısı Ölçeği” en düşük ortalamaya (13.59 ± 4.28) sahip alt ölçektir. YPDÖ toplam puan ortalaması 119.38 ± 24.26 (min.61-max.160) olarak hesaplanmıştır.

4.3. Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Katılımcıların bireysel özellikleri ile KTİ alt ölçek ve YPDÖ toplam puan ortalamalarının karşılaştırılması aşağıda sunulmuştur.



Tablo 4. 4: Bireysel Özellikler ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=145)

Bireysel Özellikler		PA					FÖ					EDÖ					KRÖ					YPDÖ Toplam Puan				
		Mean Rank	\bar{x}	$\pm SS$	X_{kw}/Z_{mu}^*	p	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SS$	X_{kw}/Z_{mu}^*	p	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SS$	X_{kw}/Z_{mu}^*	p	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SS$	X_{kw}/Z_{mu}^*	p	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SS$	X_{kw}/Z_{mu}^*	p
Cinsiyet	Kadın (n=89)	70,44	17,08	4,82																						
	Erkek (n=56)	77,06	17,75	5	-0,926	0,355	69,42	11,53	5,65	-0,815	0,415	67,87	21,14	4,10	-1,172	0,241	61,33	12,75	5,68	-2,657	0,008*	77,45	123,32	2,84	-1,011	0,312
Eğitim Durumu	Okur-yazar değil ^a (n=11)	37,86	13,27	4,40			64,95	10,72	5,23			77,50	22,18	2,52			88,77	16,81	6,36			33,23	95,00	23,647		
	İlkokul ^b (n=69)	70,28	17,14	4,41			66,71	10,97	5,88			72,35	21,73	3,63			79,91	15,49	5,40			70,38	117,83	24,557		
	Lise ^c (n=43)	81	18,09	5,39			78,91	13,20	6,80			73,14	21,03	4,83			63,76	13,13	6,45			78,00	122,81	22,272		
	Yüksekokul/ Üniversite ^d (n=22)	83,45	18,54	4,65			85,20	13,72	6,35			72,52	21,59	4,12			61,50	12,59	6,44			91,34	129,73	19,238		
Meslek*	Emekli ^a (n=10)	53,45	16,10	4,748			52,15	11,30	7,874			41,30	5,910	1,869			36,00	6,39	2,02			53,25	16,27	5,14		
	İşçib ^b (n=47)	58,34	17,12	4,967			59,10	12,27	5,988			57,84	4,116	0,60			47,35	5,23	0,76			63,71	10,47	1,52		
	Ev hanımı ^c (n=43)	50,22	15,97	4,788			51,88	10,88	6,598			58,71	3,208	0,48			70,62	5,65	0,86			46,72	12,75	1,94		
	Memur ^d (n=12)	74,33	19,58	4,870			66,50	13,41	5,884			56,00	4,440	1,28			58,83	7,14	2,06			66,00	9,62	2,77		
Çalışma durumu	Tam gün ^a (n=40)	84,69	18,72	4,97			72,28	11,82	6,12			72,88	21,65	4,16			56,21	12	5,65			91,73	129,50	21,966		
	Yarım gün ^b (n=6)	69,92	16,66	6,05			91,67	14,50	5,16	1,240	0,538	41,67	18,66	4,03	3,581	0,167	74,25	14,16	7,13	8,942	0,011* c>a	61,33	115,50	24,501	11,057	0,004** a>c
	Çalışmıyor ^c (n=99)	68,46	16,82	4,71			72,16	11,96	6,39			74,95	21,78	3,91			79,71	15,46	5,93			66,14	115,53	24,179		
Sosyal Güvence	Var (n=128)	70,09	17,06	4,67			70,80	11,75	6,37			70	21,33	3,95			74,97	14,71	6,24			69,71	117,66	24,406		
	Yok (n=17)	94,94	19,47	6,01	-2,297	0,022*	89,56	14,17	4,97	-1,733	0,083	95,56	23,7	3,88	-2,366	0,018*	58,15	12,47	1,14	-1,554	0,120	97,76	132,35	19,177	-2,588	0,010*
Çalışma Durumuna	Kötü (n=35)	60,57	15,85	0,87			71,90	11,68	0,98			73,57	21,74	0,63			81,19	15,71	0,90			58,06	110,49	26,465		
	Orta (n=90)	78,80	17,98	0,48			69,80	11,63	0,68	3,579	0,167	72,27	21,51	0,44	0,093	0,955	72,86	14,36	0,65	3,459	0,177	74,94	120,80	22,477	8,058	0,018* a<b,c
	İyi (n=20)	68,65	17,05	1,15			89,33	14,45	1,28			75,28	21,90	0,79			59,33	12,65	1,38			90,40	128,55	24,455		

*n=112, **p<0,05, ***p<0,01 Z_{mu}: Mann Whitney U Testi; χ_{kw} : Kruskal Wallis testi. İkili değişkenlerde Mann Whitney U testi-Z değeri kullanılmıştır. PAO: Perspektif Alma Ölçeği, FÖ: Fantezi Ölçeği, EDÖ: Empatik Düşünce Ölçeği, KRÖ: Kişisel Rahatsızlık Ölçeği, KTI: Kişilerarası Tepkisellik İndeksi

Tablo 4-4’de katılımcıların cinsiyetinin KTİ “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması üzerinde etkili olduğu belirtilmiştir. Buna göre, kadınların “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalamasının erkeklere göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Kişisel Rahatsızlık: $z = -2,657 / p = 0,008$).

Eğitim durumunun KTİ “Perspektif Alma” alt ölçeği ve YPDÖ toplam puan ortalaması üzerinde etkili olduğu bulunmuştur (Eğitim durumu // Perspektif Alma: $X_{kw} = 210,956 / p = 0,012$; YPDÖ Toplam Puan: $X_{kw} = 14,943 / p = 0,002$). Farkın kaynağını bulmak için yapılan ileri analizlerde, yüksekokul/üniversite mezunlarının, KTİ “Perspektif Alma” alt ölçeği puan ortalamasının, okur-yazar olmayan, ilkokul ve lise olarak bildirenlere kıyasla daha yüksek olduğu bulunmuştur (Perspektif Alma // Yüksekokul/üniversite * Okur-yazar Olmayan: $z = -2,856 / p = 0,003$, Okur-yazar Olmayan * İlkokul: $z = -2,719 / p = 0,007$, Okur-yazar Olmayan * Lise: $z = -2,540 / p = 0,011$); Ayrıca, okur-yazar olmayan katılımcıların, YPDÖ toplam puan ortalamasının, ilkokul, lise ve yüksekokul/üniversite mezunu olanlara kıyasla daha düşük olduğu bulunmuştur (YPDÖ Toplam Puan // Okur-yazar Olmayan * Yüksekokul/üniversite: $z = -3,593 / p = 0,000$, Okur-yazar Olmayan * İlkokul: $z = -2,767 / p = 0,006$, Okur-yazar Olmayan * Lise: $z = -3,126 / p = 0,002$, İlkokul * Yüksekokul/üniversite: $z = -2,119 / p = 0,034$).

Katılımcıların mesleğinin KTİ “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması üzerinde etkili olduğu görülmüştür ($X_{kw} = 15,939 / p = 0,001$). Farkın kaynağını bulmak için yapılan ileri analizlerde, ev hanımı olduğunu bildirenlerin “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalamasının işçi ve emekli olduğunu bildirenlere göre daha yüksek olduğu görülmüştür (Kişisel Rahatsızlık // Emekli * Ev Hanımı: $z = -2,869 / p = 0,004$, İşçi * Ev Hanımı: $z = -3,474 / p = 0,001$).

Çalışma durumu KTİ “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği ve YPDÖ toplam puan ortalaması üzerinde etkili bir diğer değişkendir (Çalışma durumu // Perspektif Alma: $X_{kw} = 8,942 / p = 0,002$; YPDÖ Toplam Puan: $X_{kw} = 11,057 / p = 0,004$). Farkın kaynağını bulmak için yapılan ileri analizlerde, çalışmayan katılımcıların, “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması tam gün çalışanlara kıyasla daha yüksektir (Çalışmıyor * Tam gün: $z = -2,984 / p = 0,003$). Ayrıca, tam gün çalışan katılımcıların YPDÖ toplam puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksektir (Tam gün * Çalışmıyor: $z = -3,297 / p = 0,001$).

Katılımcıların sosyal güvence durumu KTİ “Perspektif Alma” ve “Empatik Düşünce” alt ölçekleri ve YPDÖ toplam puan ortalaması üzerinde etkilidir (Perspektif Alma: $z = -2,297 / p = 0,022$, Empatik Düşünce: $z = -2,366 / p = 0,018$, YPDÖ Toplam Puan: $z = -2,538 / p = 0,010$). Buna göre, sosyal güvencesi olanların “Perspektif Alma” ve “Empatik Düşünce” alt ölçekleri ve YPDÖ toplam puan ortalaması olmayanlara kıyasla daha düşüktür.

Gelir durumu da YPDÖ toplam puan ortalaması üzerinde etkilidir. ($X_{kw} = 8,058 / p = 0,018$). Buna göre, gelir durumunun kötü olduğunu belirten katılımcıların, YPDÖ toplam puan ortalaması

orta ve iyi olduğunu bildirenlere göre daha düşüktür (Gelir durumu // Toplam Puan: Kötü * Orta: $z=-2,095/p=0,036$, Kötü * İyi: $z=-2,486/p=0,013$).

Katılımcıların gelir durumuna dair bildirimleri KTİ alt ölçekleri puan ortalaması üzerinde etkisi olmayan değişkendir ($p>0,05$). Cinsiyet ve meslek değişkenleri de YPDÖ toplum puanı üzerinde etkili olmayan değişkenlerdir ($p>0,05$).

4.4. Bakım Verilen Hasta ile İlgili Özellikler ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bakım verilen hasta ile ilgili özelliklerin KTİ alt ölçekleri ve YPDÖ toplam puan ortalamaları üzerindeki etkisi Tablo 4.5'te sunulmuştur.

Tablo 4. 5: Bakım Verilen Hastayla İlgili Özellikler ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması (n=145)

KTİ İlgili Özellikler ve YPDÖ	PA					FÖ					EDÖ					KRÖ					YPDÖ Toplam Puan					
	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SS$	X_{kw}/Z_{mu}^*	p	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SS$	X_{kw}/Z_{mu}^*	p	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SS$	X_{kw}/Z_{mu}^*	p	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SS$	X_{kw}/Z_{mu}^*	p	Mean Rank	\bar{x}	$\pm SS$	X_{kw}/Z_{mu}^*	p	
Cesur hissetme *	Evet (n=19)	77,03	17,83	1,47	-0,859	0,391	75,78	12,88	1,33	-0,715	0,474	76,33	21,94	1,01	-0,781	0,435	45,72	10,66	1,23	-2,709	0,007*	95,17	134,28	4,63	-2,921	0,003*
	Hayır (n=119)	68,37	17,19	0,42			68,56	11,85	0,57			68,48	21,52	0,36			73,07	14,90	,055			65,65	117,52	2,22		
Güçlü hissetme *	Evet (n=43)	84,30	19,16	0,77	-2,933	0,003*	77,06	12,97	0,90	-1,496	0,135	77,23	22,23	0,63	-1,535	0,125	57,17	12,44	0,89	-2,440	0,015*	81,87	127,58	3,26	-2,446	0,014*
	Hayır (n=95)	62,80	16,47	0,47			66,08	11,57	0,65			66,00	21,35	0,40			75,08	15,32	0,62			63,90	116,66	2,57		
Hızır hissetme *	Evet (n=34)	81,94	18,85	0,80	-2,095	0,036*	68,94	11,85	0,80	-0,094	0,925	98,38	24,14	0,61	-4,872	0,000**	66,24	13,91	0,95	-0,549	0,583	92,10	132,56	2,98	-3,798	,0000**
	Hayır (n=103)	65,43	16,80	,048			69,68	12,06	0,65			60,06	20,80	0,37			70,57	14,59	0,61			62,11	115,98	2,46		
Mıdı hissetme *	Evet (n=45)	85,19	19,17	0,69	-3,214	0,001*	71,09	12,15	0,86	-,325	0,745	93,18	23,77	0,53	-4,859	0,000**	63,67	13,60	0,80	-1,194	0,233	90,38	132,02	2,67	-4,268	0,000**
	Hayır (n=93)	61,91	16,40	0,49			68,73	11,94	0,67			58,04	20,59	0,39			72,32	14,82	0,66			59,40	114,28	2,60		
Umutsuz hissetme *	Evet (n=33)	59,33	16,15	0,85	-1,678	0,093	67,88	11,57	0,95	-0,267	0,789	66,82	21,66	0,49	-0,444	0,657	83,65	16,66	1,12	-2,334	0,020*	46,30	104	4,55	-3,822	0,000**
	Hayır (n=105)	72,70	17,74	0,46			70,01	12,26	0,63			70,34	21,60	0,42			65,05	13,75	0,57			76,79	124,03	2,17		
Hiçbir şey hissetme **	Evet (n=7)	64,57	16,28	4,95	-0,545	0,585	63,14	10,42	5,50	-0,637	0,524	37	18,42	3,35	-2,334	0,020*	75,71	14,85	6,22	-0,175	0,861	76,71	124,29	6,40	-0,240	0,810
	Hayır (n=133)	73,43	17,39	4,89			73,50	12,11	6,30			74,83	21,78	3,97			72,86	14,43	6,08			72,81	119,13	2,094		
Caresiz hissetme *	Evet (n=63)	68,98	17,26	0,65	-0,139	0,889	73,30	12,73	0,83	-1,025	0,305	73,15	22,04	0,48	-0,987	0,324	75,90	15,52	0,82	-1,727	0,084	54,84	108,84	3,21	-3,948	0,000**
	Hayır (n=75)	69,93	17,21	0,53			66,31	11,46	0,70			66,43	21,08	0,477			64,12	13,66	0,64			81,81	126,15	2,31		
Bakıcıdan yardım alma	Evet (n=22)	79,64	18,04	1,31	-0,806	0,420	73,70	11,86	1,41	-0,086	0,932	80,23	21,86	1,08	-0,880	0,379	63,09	12,95	1,13	-1,203	0,229	101,14	134,36	16,232	-3,412	0,001**
	Hayır (n=123)	71,81	17,21	0,41			72,87	12,06	0,56			71,71	21,57	0,34			74,77	14,72	0,55			67,97	116,70	24,531		

*n=138, **n=145, ***p<0,05; ****p<0,01 Z_{mu}: Mann Whitney U Testi; χ_{kw} : Kruskal Wallistesti. İkili değişkenlerde Mann Whitney U testi-Z değeri kullanılmıştır. PAO: Perspektif Alma Ölçeği, FÖ: Fantazi Ölçeği, EDÖ: Empatik Düşünce Ölçeği, KRÖ: Kişisel Rahatsızlık Ölçeği, KTİ: Kişilerarası Tepkisellik İndeksi

Katılımcıların psikiyatrik rahatsızlığı olan yakınına bakım verirken hissettikleri ile KTİ alt ölçekleri ve YPDÖ toplam puan ortalaması arasında anlamlı farklar saptanmıştır:

Bakım verirken cesur hissetme KTİ “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği ve YPDÖ toplam puan ortalaması üzerinde etkilidir. Buna göre, psikiyatrik rahatsızlığı olan yakınına bakım verirken cesur hissedenlerin, KTİ “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği (z: -2,508/p=0,012) puan ortalamaları daha düşük iken, YPDÖ toplam puan ortalaması (z: -2,921/p=0,003) cesur hissetmeyenlere göre daha yüksektir.

Bakım verirken güçlü (z: -2,481/p=0,013), huzurlu (z: -2,130/p=0,033) ve mutlu hisseden (z: -3,223/p=0,001) katılımcıların KTİ “Perspektif Alma” alt ölçeği puan ortalamasının daha yüksek olduğu görülmüştür. Benzer şekilde, güçlü (z:-2,446/p=0,014), huzurlu (z:-3,798/p=0,000) ve mutlu (z:-4,268/p=0,000) hisseden katılımcıların YPDÖ toplam puan ortalaması da daha yüksektir. Ayrıca, bakım verirken güçlü hissedenlerin, KTİ “Kişisel rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür (z=-2,440/p=0,015).

Bakım verirken huzurlu (z: -4,870/p=0,000) ve mutlu (z: -4,851/p=0,000) hisseden katılımcıların, KTİ “Empatik Düşünce” alt ölçeği puan ortalaması daha yüksektir.

Bakım verirken umutsuz hisseden katılımcıların KTİ “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği (z: -2,316/p=0,021) ve YPDÖ (z: -3,822/p=0,000) toplam puan ortalamasının daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Psikiyatrik rahatsızlığı olan yakınına bakım verirken hiçbir şey hissetmediğini belirten katılımcıların KTİ “Empatik Düşünce” alt ölçeği puan ortalaması daha düşüktür (z:-2,334/p=0,020).

Bakım verirken çaresiz hissetmenin katılımcıların KTİ alt ölçekleri puan ortalamaları üzerinde herhangi bir etkisi saptanmamış olmakla beraber, çaresiz hissedenlerin YPDÖ toplam puan ortalamalarının daha düşük olduğu görülmüştür (z=-3,948/p=0,000).

Bakıcıdan yardım alma durumunun YPDÖ toplam puan ortalaması üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Buna göre, yakınının tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamada, bakıcıdan yardım aldığını bildiren katılımcıların, YPDÖ toplam puan ortalamasının yardım almadığını bildirenlere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (z: -3,412/p=0,001).

Bunun yanı sıra, yardım alma durumu, eşinden ve akrabalarından yardım alma durumu, bakım verilen bireyle aynı evde yaşama, herhangi bir fiziksel ve/ya psikiyatrik hastalık varlığı ve türü, bakım verilen birey dışında bakmakla yükümlü olunan kişi varlığı,

bakım vermeye bağlı korkulu, öfkeli, suçlu, pişmanlık, yalnız ve üzgün hissetme KTİ alt ölçekleri ve YPDÖ toplum puan ortalaması üzerinde etkisi olmayan değişkenlerdir ($p>0,05$).

4.5. Bireysel ve Bakım Verilen Hasta ile İlgili Özellikler ile KTİ Alt Ölçekleri ve YPDÖ Toplam Puanları Arasındaki İlişki

Katılımcıların yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği, kişilerarası tepkisellik indeksi, yaş, yakınının bakım ve tedavi gereksinimlerini karşılama yeterlilik algısı, yakınının psikiyatrik tanısı hakkında bilgi düzeyi, hastalık tanısından bu yana geçen süre, bakım verilen hastanın tedavi görme ve psikiyatrik rahatsızlığı olan yakına bakım verme süresi puan ortalamaları arasındaki ilişki Tablo 4.6'de verilmiştir.

Tablo 4. 6: Bireysel ve Bakım Verilen Hasta ile İlgili Özellikler ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği Toplam Puanı Arasındaki İlişki (n=145)

		YPDÖ	Yaş	Yeterlilik algısı	Bilgi düzeyi	Hastalık tanısından bu yana geçen süre	Bakım verilen hastanın tedavi görme süresi	Psikiyatrik rahatsızlığı olan yakına bakım verme süresi
YPDÖ	r			,426**	,421**			
	p			,000	,000			
PA	r	,295**	-,330**	,371**	,452**			
	p	,000	,000	,000	,000			
FÖ	r		-,218**					
	p		,008					
EDÖ	r	,274**		,205*	,295**			
	p	,001		,014	,000			
KRÖ	r	-,268**	,123	-,175*	-,256**	,202*	,176*	,176*
	p	,001	,141	,035	,002	,015	,034	,034

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ S Rho:Spearman's Rho. GA:Gelecek Algısı, YS:Yapısal Stil, SY:Sosyal Yeterlilik, AU:Aile Uyumu, SK:Sosyal Kaynaklar, KA:Kendilik Algısı, YPDÖ: Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, PA:Perspektif Alma Ölçeği, FÖ:Fantezi Ölçeği, EDÖ:Empatik Düşünce Ölçeği, KRÖ:Kişisel Rahatsızlık Ölçeği. YA: Yakınının psikiyatrik rahatsızlığına bağlı tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamada yeterlilik algısı, BD: Psikiyatrik tanıya ilişkin bilgi düzeyine dayalı algılama. Anlamlılık olmayan alanlar koyu renk ile gösterilmiştir.

YPDÖ toplam puan ortalaması ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi “Perspektif alma” ve “Empatik Düşünce” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında “pozitif”; “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması arasında ise “negatif” yönde anlamlı ilişkiler vardır (YPDÖ Toplam Puan // Perspektif Alma: $r=0,295/p=0,000$; Kişisel Rahatsızlık Ölçeği: $r=-0,268/p=0,000$).

Katılımcıların yaşı ile KTİ “Perspektif Alma ve “Fantezi” alt ölçekleri puanları arasında “negatif” yönde (Yaş // Perspektif Alma: $r=-0,330/p=0,000$; Fantezi Ölçeği: $r=-0,218/p=0,008$) anlamlı ilişki saptanmıştır. Yaş ile YPDÖ toplam puanı arasında anlamlı bir ilişki belirlenmemiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların yakınının psikiyatrik rahatsızlığına bağlı tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamada yeterlilik algısı ile KTİ “Fantezi” alt ölçeği hariç, diğer alt ölçekler ve YPDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır:

KTİ “Perspektif Alma” ve “Empatik Düşünce” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında “pozitif” (Yeterlilik Algısı // Perspektif Alma: $r=0,371/p=0,000$; Empatik Düşünce: $r=0,205/p=0,014$); “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması ile “negatif” yönde ($r=-0,175/p=0,035$) anlamlı ilişki vardır. Ayrıca, bakımda yeterlilik algısının YPDÖ toplam puanı ile “pozitif” yönde anlamlı ilişkide olduğu görülmüştür ($r=0,426/p=0,000$).

Katılımcıların yakınının psikiyatrik tanısına ilişkin bilgi düzeyi algılamaları ile de benzer ilişkiler saptanmıştır: KTİ “Perspektif Alma” ve “Empatik Düşünce” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında “pozitif” (Bilgi Düzeyi // Perspektif Alma: $r=0,452/p=0,000$; Empatik Düşünce: $r=0,295/p=0,000$); “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması ile “negatif” yönde ($r=-0,256/p=0,002$) anlamlı ilişki vardır. Ayrıca, YPDÖ toplam puanı ile “pozitif” yönde anlamlı ilişki görülmüştür ($r=0,421/p=0,000$).

Hastalık tanısından bu yana geçen süre, tedavi süresi ve bakım verme süresi ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması arasında “pozitif” yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler saptanmıştır: Tanıdan bu yana geçen süre ($r=0,202/p=0,015$), tedavi görme süresi ($r=0,176/p=0,034$) ve bakım verme süresi ($r=0,176/p=0,034$) arttıkça, katılımcıların Kişilerarası Tepkisellik İndeksi “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalamasının da arttığı görülmüştür (Tablo 4.6).

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Araştırmadan elde edilen bulgular aşağıda tartışılmış, sonuç ve öneriler sunulmuştur: .

1. Bölüm: Katılımcıların Profili ile ilgili Bulguların Tartışılması

2. Bölüm: Katılımcıların Empati ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçekleri Profili (Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Puan Ortalamaları) ile ilgili Bulguların Tartışılması

3. Bölüm: Katılımcıların Bireysel Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulguların Tartışılması

4. Bölüm: Bakım Verilen Hasta Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulguların Tartışılması

5. Bölüm: Katılımcıların Bireysel ve Bakım Verilen Hasta ile ilgili Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Puanları Arasındaki İlişki ile ilgili Bulguların Tartışılması

Ülkemizde psikolojik dayanıklılık ile ilgili çalışmaların sayısı oldukça sınırlı olup, iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastalara bakım verenler üzerinde yapılmış herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Psikolojik dayanıklılık düzeyleri yüksek olan bireylerin önemli özelliklerinden biri de empati yetenekleri olup, empati kurabilme yeteneği yüksek bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de yüksek olacağı bildirilmektedir (Cao ve Chen 2019; Çakar ve ark. 2014; Elnasseh ve ark. 2016; Yılmaz ve Sipahioğlu 2012). Psikolojik dayanıklılık ve empatik eğilimin yüksekliğinin bakım verenleri de bakım alanları da olumlu yönde etkileyeceği açıktır. Kronik hastalık tanısına sahip bireylere bakım verenler, bakım verme sürecinde hastayla empatiye dayalı bir iletişim kurabildiklerinde onları daha iyi anlayıp gereksinimlerini daha rahat ve doğru bir şekilde karşılayabileceklerdir. Öte yandan, bakım verme sürecinin kendisi de bakım verenler için tüketici değil, yaşama anlam katıcı bir rol üstlenecektir. Bakım verenleri tarafından olabildiğince anlaşıldığını hissetmek hastaların kendilerini önemli ve değerli olarak görmelerinde ve iyileşme motivasyonu elde edebilmelerinde yarar sağlayacaktır. Hasta bireyi ve bakım verenini bir bütün olarak içine alan hastalık ve tedavi sürecinin hastaneden topluma doğru bir yapılanmayı ele alması bakım verenlerin de psikososyal durumlarının tanılanmasını gerektirmektedir.

5.1. Katılımcıların Profili ile ilgili Bulguların Tartışılması

Literatürde yer alan çalışmalarda iki uçlu bozukluk tanılı hastalara bakım verenlerin klinik ve sosyodemografik özelliklerinin bakım verenlerin bakım yükü algılarını etkilediği bildirilmektedir (Erten ve ark. 2014; Nasr ve Kausar 2009; Perlick ve ark. 2007; Pompili ve ark. 2014; Van der Voort ve ark. 2007; Wong ve ark. 2012; Zendjidjian ve ark. 2012).

Çalışmamızda, büyük çoğunluğu evli ve kadın olan, orta yaş döneminde, ilkökul mezunu, işçi veya ev hanımı pozisyonunda, çalışmayan, orta düzeyde geliri olan, fiziksel ve psikiyatrik hastalığı olmayan bir bakım verici profiline rastlanmıştır. Bakım verilen kişi çoğunlukla eş veya anne olarak belirtildiğinde, katılımcıların çoğu da kadın olunca, bakım verilen kişi ile aynı evde yaşama ve çocuklarla birlikte yaşanması da doğal bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırmamıza benzer katılımcı gruplarıyla gerçekleştirilen ulusal çalışmalarda da, katılımcıların bireysel özelliklerinin benzerliği dikkati çekmektedir (Yeşil ve ark. 2016; Kızılırmak ve Küçük 2016; Balaban ve ark. 2016; Ak ve ark. 2012). Aynı şekilde yabancı literatürde benzer gruplarla yapılan çalışmalara katılan bakımverenlerin bireysel özellikleri ile de çalışmamızın sonuçları benzerlik göstermektedir (Kumar ve Gupta, 2014; Vasudeva ve ark. 2013; Perlick ve ark. 2010).

Bakım verilen psikiyatrik bozukluk tanılı yakının tanı konması ve tedaviden bu yana geçen süre ile bakım verme süresinin birbirine yakın değerlerde olması, bakım verici konumunda olmanın kaçınılmaz yükünü ve belki de psikiyatrik bozukluklara özgü bir durumu da yansıtmaktadır. Psikiyatrik bozukluk tanısı alma, hasta bireyin yakınlarını ilk andan itibaren bakıma dahil etmektedir. Diğer fiziksel bozukluklarda, hasta bireyin yakınları tedavi sürecinin daha ileri aşamalarında bakım verme rolünü üstlenebilmektedir. Bununla beraber, psikiyatrik bozuklukların, zihin ve ruhsal yapı doğrultusunda davranışsal sunumları, bakım verici kavramını ilk andan itibaren ortaya çıkarmaktadır.

İki uçlu bozukluk tanılı hastalar ve bakım verenler açısından destek sistemlerinin bulunması oldukça önemli olup, aile arkadaşlardan alınan desteğin bakım verenlerin bakım verme sürecini olumlu etkilediği bildirilmektedir (Heru ve ark. 2004; Yıldırım ve ark. 2014). Çalışmamızda katılımcıların yarıya yakınının psikiyatrik bozukluğu olan bireyin tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılarken yardım aldığı saptanmış olup, yardımın en fazla eşten alındığı tespit edilmiştir (Tablo 4-2). Kronik psikiyatrik bozukluklarda, sürekli biçimde destek gereksinimi olacağı anımsandığında, bakım verici statüsünde olma, yakın ilişkilere de doğal olarak yansımaktadır. Hoffmann ve Rodrigues'in (2010) çalışmasında Avrupa'da (Avusturya, Norveç, Birleşik Krallık, Almanya, Hollanda) bakım ihtiyacı olan bireylerin % 80'inin akrabaları veya yakın arkadaşları tarafından bakıldığı bildirilmektedir (Hoffmann ve Rodrigues, 2010). Çoban ve ark. (2013) tarafından bakım verenlerin % 60,4'ünün bakım vermede ailenin diğer üyelerinden destek aldığı bildirilmektedir (Çoban ve ark. 2013). Yardım alma gereksinimini kabul etmek ve yardım alabilmek, hastalık ve bakım süreçlerini yönetebilmede olumlu etki sağlamaktadır. Bakım vericiler, yardım gereksinimini daha fazla ifade etmeye teşvik edilmeli ve farklı destek kaynakları bulmaya yönlendirilmelidir. Bu sayede, bakım vermenin bakım verici ve yakın çevresini uzun vadede tüketici etkilerinin azaltılabileceği düşünülmektedir.

Kronik ruhsal bozukluk tanılı hastalara bakım verenlerde bakım ve tedavi gereksinimini karşılamada kendini yeterli hissetme düzeyi, hem hastanın bakım süreci hem de bakım verenin bakım verme deneyimleri üzerinde etkili olup, olumlu algılamaların olması, hastaların bakım süreçlerini ve bakım verenlerin sağlık durumlarını olumlu etkilemektedir (Akıncı 2019; Zabala ve ark. 2009). Ayrıca bakım verme ve kendini yeterli hissetme algısı yüksek olan bakım vericiler, stresli durumlarla karşılaştıklarında daha etkin başa çıkma yöntemlerini kullanmaktadır (Magliano ve ark. 2005; Sprokay 2015). Nam ve Park (2017)

tarafından bakım verenlerin bakım verme sürecine yönelik algılarının yüksek yani olumlu olmasının daha az olumsuz duygu yaşamalarına neden olacağı bildirilmektedir (Nam ve Park, 2017). Çalışmamızda katılımcıların bakım ve tedavi gereksinimini karşılama ve psikiyatrik tanıya ilişkin bilgiye sahip olma konusunda kendilerini orta düzeyde yeterli hissettikleri tespit edilmiştir (Tablo 4-2).

Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan bireylerin rutin yaşantılarının bozulması, aile içi ve aile dışı kendilerinden beklenen rollerini yerine getirememeleri, sürekli bakıma ihtiyaç duymaları, hem hasta hem de bakım verenler için zorlayıcı bir deneyime yol açmaktadır (Arslantaş ve Adana 2011; Saunders 2003). Bakım verme sürecinde ortaya çıkan bu strese bağlı olarak da bakım verenler utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, umutsuzluk, öfke ve kaygı gibi duygular yaşayabilmektedir (Duman ve Bademli 2013; Ünal 2002; Özyeşil ve ark. 2014; Tel ve Ertekin 2013). Özellikle evde hasta birey dışında bakıma ihtiyacı olan bireylerin olması ya da anne konumundaki bakım vericiler için çocuklarının bulunması halinde, bakım verenin bakım verme sürecinden arta kalan zamanda çocuklarıyla ilgilenmesi bakım verende suçluluk duygusunun gelişmesine neden olabilmektedir (Ceylan ve Çilli 2015). Bakım verme sürecinin bakım verenler açısından stresli bir süreç olduğu ve bakım verenlerde ruhsal ya da fiziksel hastalıklara yol açabileceği göz önüne alındığında kaygılı, üzgün ve çaresiz hissetmeleri kaçınılmaz olarak hissedilebilmektedir (Sales 2003; Schulz ve Martire 2004). Ayrıca, ruhsal rahatsızlığı olan bireylere bakım verenlerin çoğunun aile üyeleri, özellikle anne ya da eş olduğu da göz önüne alındığında da bakım verenler daha fazla stres ve üzüntü yaşayabilmektedir (Karancı ve İnandılar 2002; Magaña ve ark. 2007; Perlick ve ark. 2007). Çalışmamızda katılımcıların bakım vermeye bağlı en fazla kaygılı, üzgün, çaresiz, güçlü ve huzurlu hissettikleri görülmüştür. Bu duyguların yüksekliği, bakım vermenin zorluğunu bir kez daha göstermektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda da benzer durum görülmüştür (Yeşil ve ark. 2016; Özyeşil ve ark. 2014).

5.2. Katılımcıların Empati ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçekleri Profili ile ilgili Bulguların Tartışılması

Chan (2011) tarafından kronik psikiyatrik rahatsızlığı olan bireylerin bakımında, bakım verenlerin empati kurabilme yeteneği önemli kişisel kaynaklardan biri olarak bildirilmektedir (Chan, 2011). Empati, bireylerin karşılarındaki bireylerin duygu ve düşüncelerini anlayarak bireyin durumuna göre uygun tepkiyi verebilme olarak

tanımlanmakta olup, empati kurma yeteneği yaşla ve zihinsel gelişimle artmaktadır (Carr ve Lutjemeier 2005; Feshbach ve Feshbach 2009). Ayrıca, literatürde yer alan çalışmalarda kadınların empatik eğilim ve yeteneklerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Yılmaz ve Sipahioğlu 2012).

Çalışmamızda katılımcıların Kişilerarası Tepkisellik İndeksi kapsamında “Empatik Düşünce” alt ölçeği puan ortalamasının yüksekliği dikkati çekmektedir. “Perspektif Alma” ve “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeklerinde de yüksek ortalamaların olduğu görülmüştür. (Tablo 4-3). “Empatik Düşünce” alt ölçeği, emosyonel empatiyi ve diğerlerine sıkıntılarında şefkat gösterebilmeyi içermektedir (Konrath 2013). “Perspektif Alma” ve “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçekleri ile birlikte, bu üç alt ölçeğin, sağlık kurumları ile daha ilişkili olduğu; “empatik düşünce” ve “perspektif alma” alt ölçeklerinin, diğerlerine daha odaklı olup kişilerarası ve kişisel anlamlar içerdiği belirtilmektedir (Konrath 2013). Çalışmamızda kadın bakım verenlerin daha fazla olması bu sonuçlarla ilişkili olabilecektir.

Psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin gelecekle ilgili olumlu algıları vardır ve karşılaştıkları stresli durumlarla daha kolay baş edebilirler (Zauszniewski ve ark. 2010). Stresli durumları ortadan kaldırma inançları yüksektir (Rutter 2006; Terzi 2008a). Klag ve ark. (2004) çalışmasında psikolojik dayanıklılığın geliştirilebilir olduğu bildirilmekte olup, psikolojik dayanıklılığı yüksek bireylerin stresli durumlarla baş etmede savaştıkları, atlattıkları her olumsuz olay karşısında dayanıklılıklarının arttığı bildirilmektedir (Klag ve ark. 2004). Rutter (2006) bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını olumsuz etkileyen risk faktörlerini; bireyin ve aile bireylerinin uyumsuz davranışlarının olması, sağlık problemlerinin varlığı, düşük sosyo-ekonomik düzey, stresli olaylarla baş etmede yetersizlik ve kaygılı bir kişilik yapısına sahip olma olarak belirtmektedir (Rutter, 2006). Rutter’in tanımladığı bu risk faktörleri doğrultusunda aile uyumu yüksek, sosyal kaynaklara sahip ve gelecek algısı yüksek bireylerin psikolojik dayanıklılıklarının yüksek olduğu ve hem hasta hem de bakım verenin bu hastalık sürecini daha iyi yönetebileceğini söyleyebiliriz. “Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” kapsamında “Sosyal Kaynaklar” alt ölçeği puan ortalamasının yüksekliği dikkati çekmektedir. “Aile Uyumu” ve “Sosyal Yeterlilik” alt ölçeklerinde de yüksek ortalamaların olduğu görülürken, “Gelecek Algısı” en düşük ortalamaya sahip alt ölçektir. “Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” toplam puan ortalaması da yüksektir (Tablo 4-3). Çalışmamızda “Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği” toplam puanının yüksek olarak belirlenmesinin, bakım verenlerin yaş ortalaması, kadın olması ve TRSM’lerde bakım verenlere yönelik sürekli

eđitim programlarının uygulanması ile iliřkili olabileceđi dűřünülmektedir. Bireylerin yařları arttıka deneyim ve tecrűbelerinin de artmasıyla stresle bař edebilme yeteneklerinin de arttıđı ve buna bađlı psikolojik dayanıklılık dűzeylerinin de arttıđı dűřünülmektedir. Çalıřmamızda her ne kadar bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık ۆleđi toplam puan ortalaması yűksek çıksa da bakım verenlerin gelecek algısı alt ۆleđi puanlarının dűřűklűđű, tűkenmiřlik tehdidini de akla getirmektedir. İliřkili olabilecek risklerin ve alt yapıların daha sađlam kanıtlarla belirlenmesine yűnelik arařtırmalara ihtiyaç vardır.

5.3. Katılımcıların Bireysel ۆzellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt ۆlekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık ۆleđi (YPDÖ) Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulguların Tartışılması

Kronik psikiyatrik bozukluklarda bakım verme sűrecinde bakım verene dűřen sorumlulukların bűyűklűđű gűz ۆnűne alındıđında iki uçlu bozukluk tanılı hastalara bakım verenler için psikolojik dayanıklılık ve empati kavramı oldukça ۆnemli bir kavramdır. Bu nedenle bakım veren bireylerin bu sűrete psikolojik dayanıklılık dűzeylerinin ve empatik eđilimlerinin yűksek olması hem hasta hem de bakım veren için oldukça ۆnemlidir (Kidd ve ark. 2015). Dadson ve ark. (2018) tarafından etkili bakım için psikiyatri hemřirelerinin hastalarını anlamalarında empati kurabilme yeteneklerinin ۆnemli olduđu bildirilmektedir (Dadson ve ark. 2018). İki uçlu ve iliřkili bozukluk tanısında meydana gelen zihinsel-duygusal deđiřimler nedeniyle hastaların duygudurumları anlık deđiřebilmektedir. Bu hastalara bakım verenlerin hastaların deđiřen duygudurumlarını daha iyi anlayıp yorumlayabilmeleri açısından da empatik eđilimlerinin yűksek olması oldukça ۆnemlidir.

Çalıřmamızda kadın bakım vericilerin erkeklere kıyasla “Kiřisel Rahatsızlık” alt ۆleđi puan ortalamasının daha yűksek olması, genel olarak kadınlarda empati kurma becerisinin daha fazla olması ile aıklanabilmekle beraber, “Kiřisel Rahatsızlık” alt ۆleđi kapsamında kadınların empatinin, diđerlerinin zorlayıcı durumlarında daha kendine yűnelik yanıtlar verme eđilimine iřaret edebilmektedir. “Kiřilerarası Tepkisellik ۆleđi” empatinin farklı boyutlarını deđerlendirmektedir (Konrath, 2013). Cinsiyete gűre ortaya çıkan bu farklılıđın, iki uçlu bozukluđu olan yakınına bakım verme rolűnűn kadınlara çeřitli baskılarla aktarılan zorunlu zorlayıcı bir rol olabileceđine iřaret ettiđi dűřünülmektedir. Benzer durumun ev hanımları için de geçerli olması gűrűřűműzű desteklemektedir. Genel olarak, kadınların

empatik eğilim ve yeteneklerinin erkeklere göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Yılmaz ve Sipahioğlu, 2012).

Çalışmayan katılımcıların “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalamalarının tam gün çalışan bakım vericilere göre daha yüksek olması, psikolojik dayanıklılık ölçeği puanlarının ise daha düşük olması, dayanıklılığın yaşamda sorumlulukları üstlenme ile güçlenebileceğine, çalışma yaşamının bakım vericinin diğerlerinin gereksinimlerine daha fazla yanıt verebilmesinde yardımcı olabildiğine işaret etmektedir. Freud’un, “ruh sağlığını çalışmak ve sevmek olarak” ele alan tanımını anımsamak uygun düşmektedir (Yılmaz, 2006; Bonanno ve ark. 2007; Bildirici, 2014; Bektaş ve Özben, 2016).

Bonanno ve ark. (2007) tarafından bireylerin cinsiyet, yaş, etnik köken, eğitim düzeyi, travmadan etkilenme düzeyi, gelir algısı, sosyal destek ve kronik rahatsızlık varlığı gibi bazı sosyo-demografik özelliklerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini yordadığı bildirilmektedir (Bonanno ve ark. 2007). Goldstein ve Brooks (2005) un çalışmasında aile içi rol değişikliklerinin (boşanma, ölüm, kronik hastalık, iletişim eksikliği ya da iletişimin bozulması, işten ayrılma ya da çalışmama durumu, vb.) bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını etkilediği ve stres yaratan olayların aynı anda ortaya çıkması durumunda bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin azaldığı bildirilmektedir (Goldstein ve Brooks, 2005).

Psikolojik dayanıklılık ve empatik eğilim düzeyi yüksek bireylerin en önemli özelliklerinden biri problem çözme yeteneklerinin yüksek olmasıdır (Gizir 2007; Güloğlu ve Kararımak 2010; Jenson ve Fraser 2006).

Çalışmamızda eğitim durumunun KTİ “Perspektif Alma” alt ölçeği ve YPDÖ toplam puan ortalaması üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Bektaş ve Özben (2007) in çalışmasında bireylerin eğitim durumu arttıkça psikolojik dayanıklılık toplam puanlarının da arttığı bildirilmektedir (Bektaş ve Özben, 2007). Soysal (2016) tarafından üniversite mezunu olan katılımcıların psikolojik dayanıklılık düzeylerinin lise mezunu olan katılımcılara göre daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Soysal, 2016). Yağmur ve Türkmen (2017) in çalışmasında eğitim düzeyi arttıkça psikolojik dayanıklılık düzeyinin arttığı bildirilmektedir (Yağmur ve Türkmen, 2017). Bakım verenlerin eğitim düzeyi arttıkça stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında baş etme yöntemlerini daha etkin kullanabilme yeteneklerinin yüksek olmasına bağlı psikolojik dayanıklılık düzeylerinin de gelişeceği düşünülmektedir. Dayanıklılık ile çalışma durumu arasındaki anlamlı fark bulgusundan da hareketle, yaşama aktif katılım, sorumluluk alma bazı engellenme ve zorlanmalara yol açsa da, bireyin

gelişmesinde etkili olmaktadır. KTİ'nin "Perspektif Alma" alt ölçeğinin, empatinin kognitif boyutunu yansıttığı bildirilmiştir (Konrath, 2013). Eğitim düzeyi yüksek olan bakım vericiler diğerlerinin bakış açısından dünyayı görmeye yatkındırlar. Akademik gelişim, bireye sosyal birey olma ve farklı perspektifleri tanıyabilme imkanı sunmaktadır.

Ahn ve ark. (2012) tarafından sosyal destek varlığının bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyini belirleyen kilit unsurlardan biri olduğu bildirilmektedir (Ahn ve ark. 2012). Kalomo ve ark. (2018), devlet teşviklerinin bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerini etkilediğini belirtmiştir (Kalomo ve ark. 2018). Bakım verme sürecinde hastaların bakım verene ihtiyaçları olması nedeniyle bakım verenlerin çalışma durumu etkilenebilmektedir. Hastalık tanısını almadan önce herhangi bir işte çalışan hastanın da çalışma durumunun ortadan kalkması aile açısından ekonomik zorluklara neden olabilmektedir. Bu aşamada, bakım verenlerin veya hastanın sosyal güvenceye sahip olmasının, tedavi ve bakım masraflarının giderilmesinde yardımcı olabileceği ve bireylere psikolojik dayanıklılık düzeyi noktasında olumlu katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Çalışmamızda sosyal güvenceye sahip olmanın KTİ "Perspektif Alma" ve "Empatik Düşünce" ölçekleri ve YPDÖ toplam puan ortalaması üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir. Sosyal güvencesi olmayan bakım vericilerin, olanlara göre, "Perspektif Alma" ve "Empatik Düşünce" alt ölçeklerinden daha yüksek puan almaları şaşırtıcı görünmektedir. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonucun şaşırtıcı olmasında örneklem sayının az olması bu nedenle tüm evreni temsil etmemesi etkili olabilir. Daha geniş örneklem gruplarında benzer çalışmaların yapılarak sonuçların güvenilirliğinin artırılması yararlı olacaktır.

Kalomo ve ark. (2018) çalışmasında hane gelir durumunun bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir (Kalomo ve ark. 2018). Çalışmamızda gelir durumunun YPDÖ toplam puan ortalaması üzerinde etkili olduğu bulunmuştur. Gelir durumunun kötü olduğunu belirten katılımcıların, YPDÖ toplam puan ortalaması orta ve iyi olduğunu bildirenlere göre daha düşüktür. Yağmur ve Türkmen (2017) tarafından da gelir durumu iyi olan bakım verenlerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmektedir (Yağmur ve Türkmen, 2017). Bakım verenlerin gelir durumu iyi olduğu zaman kendilerine ayaracakları zamanın daha fazla olacağı, sosyal faaliyetlere daha fazla katılabilecekleri ve buna bağlı olarak da bakım verme sürecinde karşılaştıkları zorlukları daha rahat aşabilecekleri düşünülmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda da ekonomik durumun düşük olmasının psikolojik dayanıklılığı olumsuz etkilediği

bildirilmektedir (Buckner ve ark. 2003; Kalomo ve ark. 2018; Tekin, 2011; Vanderbilt-Adriance ve Shaw, 2006).

5.4. Bakım Verilen Hasta Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması ile ilgili Bulgularının Tartışılması

Literatürde bakım verenlerin bakım verme sürecinde olumsuz duygular yaşamamasının nedeni, bakım verenlerin empatik eğilim yeteneklerinin yetersizliği ile ilişkilendirilmektedir (Dadson ve ark. 2018; Gupta ve Sharma 2013). Ae-Ngibise ve ark. (2015), empatik eğilimi yetersiz olan bakım verenlerin umutsuzluk duygusu, psikolojik sıkıntı ve duygusal sağlık sorunları yaşadıkları bildirilmektedir (Ae-Ngibise ve ark. 2015). Çalışmamızda, bakım vermeye bağlı olarak umutsuzluk hisseden bakım vericilerin KTİ'nin, "Kişisel Rahatsızlık" alt ölçeğinden daha yüksek puan almaları da bunu destekliyor gibi görünmektedir. Empati kapsamında, diğerlerinin gereksinimleri karşısında daha çok kendine dönük yanıtlar verme kişisel rahatsızlık duyma ile ilişkilendirilmektedir (Konrath, 2013). Power ve ark. (2016) tarafından, olumlu bir bakış açısına sahip olma, maneviyat, olumlu aile içi iletişim, sosyal destek varlığı ve problem çözme yeteneğinin yüksek olması gibi durumların ailelerde psikolojik dayanıklılığı desteklediği bildirilmektedir (Power ve ark. 2016). Empatik eğilim düzeyinin yüksek olması, olumlu duygulara daha fazla sahip olmayla ilişkilendirilmiştir (Choi ve ark. 2016; Morelli ve ark. 2017; Vinayak ve Judge, 2018). Empatik eğilim ve hissedilen duygular arasındaki bağlantının kaynağını belirlemek konusunda mevcut çalışma sonuçları yetersiz kalmaktadır. Bununla beraber, güçlü, huzurlu ve mutlu hissetmenin daha fazla "Perspektif Alma" ile, huzurlu, mutlu hissetmenin daha fazla "Empatik Düşünme" ile, cesur ve güçlü hissetmenin daha az "Kişisel Rahatsızlık" ile bağlantılı olduğu görülmüştür. Bu duyguların hepsi olumlu duygulardır ve hepsi daha fazla psikolojik dayanıklılık düzeyinde olan bakım vericilerde mevcut olarak saptanmıştır.

Literatürde yüksek düzeyde psikolojik dayanıklılık ve empatik eğilim gibi olumlu duygulara sahip bireylerin stres yaratan durumlarla karşılaştıklarında baş etme konusunda daha başarılı oldukları ve bu özelliklerinin de bireyler için önemli kişisel koruyucu faktörler olduğu bildirilmektedir (Cusack ve ark. 2016; McAllister ve McKinnon 2009; McDonald ve ark. 2012).

Psikolojik dayanıklılık ve umut arasında yüksek düzeyde ilişki olduğu ve kişisel koruyucu faktörlerden biri olduğu bildirilmektedir (Cuadra ve Famadico 2013; Gillespie ve ark. 2009; Grant ve Kinman 2014; Hart ve ark. 2014; Karreman ve Vingerhoets 2012; McAllister ve ark. 2011; McCann ve ark. 2013; Metzl ve Morrell 2008). Umut, “belirsiz olan durumlar karşısında bireylerin olumlu düşüncelerine karşılık gelen dinamik, çok boyutlu bir kavram”dır (Snyder,2002). Gelecek konusunda umutlu olan bireyler, yaşadıkları kötü durumlarda bile olayların olumlu sonuçlanacağına dair inançları vardır (Luthans ve ark. 2007). Amerikan Psikoloji Birliği (1997) kronik hastalık durumlarında bireylerin normal yaşantılarının uzun süre aksaması veya tamamen değişmesi sonucunda bireylerde yalnızlık ve umutsuzluk duygusunun ortaya çıktığını belirtmektedir (alıntı: Ağır, 2007). İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastalara bakım verenlerin hasta bireyin kronik bir rahatsızlığa sahip olması ve çoğu bakım verenin aile üyelerinden biri olması nedeniyle günlük yaşamın değişmesi, sosyal aktivitelerinin azalması gibi durumlar bakım verenlerin umut duygusunu olumsuz etkilemektedir (Duman ve Bademli 2013; Kylvä ve ark. 2006; Pınar ve ark. 2012). Literatürde hastaların iyileşme süreçlerini olumlu etkileyen faktörler arasında umut duygusunun yer aldığı gözlenmiş olup (Leese ve ark. 2014; Liberman 2011; Moller ve McLoughlin 2013), umutlu bireylerin stresle başa çıkma yetenekleri daha yüksektir (Lohne ve ark. 2012). Çalışmamızda bakım verirken umutsuz hisseden katılımcıların KTİ “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puanlarının yüksekliği ve YPDÖ toplam puan ortalamasının düşüklüğü belirlenmiştir (Tablo 4-5).

Psikiyatrik rahatsızlığı olan yakınına bakım verirken hiçbir şey hissetmediğini belirten katılımcıların KTİ “Empatik Düşünce” alt ölçeği puan ortalamasının daha düşük olması, kendi duygularını tanıyamamanın diğerlerini anlamada da kısıtlıya neden olacağını göstermektedir.

Çalışmamızda bakım verirken çaresiz hissetmenin katılımcıların KTİ alt ölçekleri puan ortalamaları üzerinde herhangi bir etkisi saptanmamış olmakla beraber, çaresiz hissedenlerin YPDÖ toplam puan ortalamaları daha düşüktür. Çaresizlik, bireylerin hayatta kalmak için motivasyon bulmalarına engel olabilmekte ve zorluklarda güçlenmelerini önlemektedir.

Literatürde yer alan çalışmalarda sosyal destek varlığının ruh sağlığını olumlu etkilediği ve stresin birey üzerinde oluşturduğu olumsuz etkiyi azalttığı bildirilmektedir (Dias ve ark. 2015; Sivrikaya ve Metin 2013; Wallace ve ark. 2001; Wilks ve ark. 2018). Wilks ve Croom (2008) un çalışmasında bakım verme sürecinde bakıcıdan yardım almanın bakım verenlerin psikolojik dayanıklılıklarını artırdığı bildirilmiştir (Wilks ve Croom, 2008).

Çalışmamızda bakıcıdan yardım alma durumun YPDÖ toplam puan ortalaması üzerinde etkilidir. Yakınlardan alınan informal desteğe kıyasla, bakıcıdan formal veya kurumsal düzeyde destek alma, psikolojik dayanıklılığı güçlendirebilmektedir.

5.5.Katılımcıların Bireysel ve Bakım Verilen Hasta ile ilgili Özellikleri ile Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (KTİ) Alt Ölçekleri ve Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (YPDÖ) Toplam Puanları Arasındaki İlişki ile ilgili Bulguların Tartışılması

Brooks (2003) empatiyi psikolojik dayanıklılığın kilit bir bileşeni olarak tanımlamaktadır (Brooks, 2003). Çalışmamızda YPDÖ toplam puan ortalaması ile KTİ “Perspektif alma” ve “Empatik Düşünce” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında “pozitif”; “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması arasında ise “negatif” yönde anlamlı ilişkiler vardır (Tablo 4-6). Literatürde de, empati ve psikolojik dayanıklılık arasında pozitif bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Haramati ve Weissinger 2015; Samani ve ark. 2007; Smith ve Hollinger-Smith 2015). Bir başka deyişle, diğerlerinin gereksinimlerini önemseme, karşılanmasına duyarlı ve ilgili olma eğilimleri, başkalarının zorlukları karşısında kendine yönelik düşünceleri öncelemeye kıyasla kişiliği daha güçlendirici bir ögedir.

Katılımcıların yaşı ile KTİ “Perspektif Alma ve “Fantezi” alt ölçekleri puanları arasında “negatif” yönde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bakım vericilerinin yaşının artması ile diğerlerini anlama ve özdeşim kurma becerilerinde azalma olduğu düşünülmüştür.

Katılımcıların yakınının psikiyatrik rahatsızlığına bağlı tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamada yeterlilik algısı ile KTİ “Fantezi” alt ölçeği hariç, diğer alt ölçekler ve YPDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmıştır: KTİ “Perspektif Alma” ve “Empatik Düşünce” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında “pozitif”; “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması ile “negatif” yönde anlamlı ilişki vardır. Ayrıca, bakımda yeterlik algısının YPDÖ toplam puanı ile “pozitif” yönde anlamlı ilişkide olduğu görülmüştür. Kendini ve kapasitesini olumlu algılayan ve memnuniyet duyan bakım vericiler, kendilerine olumsuz bakmayıp, zorluklara karşı kendine dayanma ve inanama gücü bulan bireyler olabilmektedir. Bireyin kendisinden memnuniyeti, diğerlerinin gereksinimlerine karşı da duyarlılığını geliştirebilmektedir.

Katılımcıların yakınının psikiyatrik tanısına ilişkin bilgi düzeyi algılamaları ile de benzer ilişkiler benzer düşünceleri akla getirmektedir. Bilgi sahibi olmak, sosyal dayanışma ve ilgi gösterme açısından bireyi paylaşımaya yöneltmekte ve kendilik üzerinde güçlendirici etki de yapabilmektedir.

Hastalık tanısından bu yana geçen süre, tedavi süresi ve bakım verme süresi ile KTİ ölçeği “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması arasında “pozitif” yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Tanıdan bu yana geçen süre, tedavi görme süresi ve bakım verme süresi arttıkça, katılımcıların KTİ ölçeği “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalamasının da arttığı görülmüştür. Kronikleşen psikiyatrik bozuklukların tedavi ve bakım sürecinin uzamasının, bakım vericilerde yol açtığı tükenmenin bir göstergesi olarak bu sonuç dikkate alınmalıdır. Yani, bakım verici giderek daha uzun süre hastalık ve tedavi süreçlerinin içinde yer alarak durum üzerinde daha fazla kontrol sağlamakla beraber, diğer yandan, uzayan süreçle oluşan aşinalık, hastanın gereksinimlerine karşı duyarsızlaşmaya, kendini öne çıkarmaya neden olabilmektedir. Bu durumun, gerek hasta gerekse bakım verici için yararlı bir şey olmayacağı dikkate alınmalı, uzayan bakım verme süreçlerinde, bakım vericilerin dinlenmesine-yenilenmesine, bireysel ve diğerinin iyilik halinin gözetilmesinin teşvik edilmesine gereksinim vardır.

Bu çalışmamızda elde ettiğimiz sonuçlar doğrultusunda bakım veren bireylerin psikolojik dayanıklılık ve empati yeteneklerinin artırılması ile hem hastanın tedavi sürecinin hem de kendi sağlık durumlarının iyileştirileceği düşünülmektedir.

5.6. Sonuç ve Öneriler

5.6.1. Sonuçlar

- ✓ “Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri”nde izlenen iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların birincil bakım vericilerinde empati ve psikolojik dayanıklılık düzeylerinin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.
- ✓ Büyük çoğunluğu evli (% 80; n=116) ve kadın (% 61,4; n=89) olan katılımcıların yaş ortalaması $45,97 \pm 13,31$ (min:18-max:70)'dir. % 68,3'ü (n=99) çalışmayan katılımcıların, yaklaşık üçte birinin (% 32,4; n=47) mesleği işçi olup, büyük çoğunluğunun aylık gelir durumu orta (% 62,1; n=90) düzeyde ve sosyal güvencesi (% 88,3; n=128) bulunmaktadır. Yarıya yakını ilkökul mezunu (% 47,6; n=69) olan

katılımcıların büyük çoğunluğunun, herhangi bir fiziksel (78,6; n=114) veya psikiyatrik (%90,3; n=131) hastalığı bulunmamaktadır.

- ✓ En fazla anne ve eşe bakım veren katılımcıların, yarıya yakını (%43,4; n=103) hasta birey haricinde evde çocuklarıyla birlikte yaşamakta, hastalık tanısından bu yana geçen süre ortalama 11.18 ± 7.42 yıldır. Tedavi görme süresi ile bakım verme süresi ortalaması birbirine yakındır.
- ✓ Katılımcıların üçte ikisinin (%79,3, n=115) psikiyatrik rahatsızlığı olan yakını dışında bakması gereken bir başkası yoktur.
- ✓ Yarıya yakın, psikiyatrik bozukluğu olan bireyin tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılarken yardım almaktadır; yardımın en fazla oranda eşten alındığı görülmüştür.
- ✓ Katılımcılar psikiyatrik bozukluğu olan yakınının bakım ve tedavi gereksinimini karşılama ve psikiyatrik tanıya ilişkin bilgi sahibi olma konusunda kendilerini orta düzeyde yeterli hissetmektedir.
- ✓ Katılımcıların bakım vermeye bağlı kaygı üzüntü, çaresizlik, güçlülük ve huzur duygularını hissetmektedir.
- ✓ Katılımcıların KTİ kapsamında “Empatik Düşünce” alt ölçeği puan ortalaması yüksektir. “Perspektif Alma” ve “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeklerinde de yüksek ortalamalar (sırasıyla 17.34 ± 4.88 ve 14.45 ± 6.06) olduğu görülmüştür.
- ✓ YPDÖ kapsamında “Sosyal Kaynaklar” alt ölçeği puan ortalaması yüksektir. “Aile Uyum” ve “Sosyal Yeterlilik” alt ölçeklerinde yüksek ortalamalar görülürken, “Gelecek Algısı” en düşük ortalamaya (13.59 ± 4.28) sahip alt ölçektir.
- ✓ Kadınların “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması erkeklere göre daha yüksektir.
- ✓ Yüksekokul/üniversite mezunlarının, KTİ “Perspektif Alma” alt ölçeği puan ortalaması, okur-yazar olmayan, ilkokul ve lise olarak bildirenlere kıyasla daha yüksektir. Ayrıca, okur-yazar olmayan katılımcıların, YPDÖ toplam puan ortalaması, ilkokul, lise ve yüksekokul/üniversite mezunu olanlara kıyasla daha düşüktür.
- ✓ Ev hanımlarının “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması işçi ve emeklilere göre daha yüksektir.
- ✓ Çalışmayan bakım vericilerin, “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması tam gün çalışanlara kıyasla daha yüksektir. Ayrıca, tam gün çalışan katılımcıların YPDÖ toplam puan ortalaması çalışmayanlara göre daha yüksektir.
- ✓ Sosyal güvencesi olanların “Perspektif Alma” ve “Empatik Düşünce” alt ölçekleri ve YPDÖ toplam puan ortalaması, olmayanlara kıyasla daha düşüktür.

- ✓ Gelir durumu kötü olan katılımcıların, YPDÖ toplam puan ortalaması, orta ve iyi olduğunu bildirenlere göre daha düşüktür.
- ✓ Psikiyatrik rahatsızlığı olan yakınına bakım verirken cesur hissedenenlerin, KTİ “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalamaları daha düşük iken, YPDÖ toplam puan ortalaması cesur hissetmeyenlere göre daha yüksektir.
- ✓ Bakım verirken güçlü, huzurlu ve mutlu hissedenen katılımcıların KTİ “Perspektif Alma” alt ölçeği puan ortalaması daha yüksektir. Benzer şekilde, güçlü, huzurlu ve mutlu hissedenen katılımcıların YPDÖ toplam puan ortalaması da daha yüksektir. Ayrıca, bakım verirken güçlü hissedenenlerin, KTİ “Kişisel rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalamaları daha düşüktür.
- ✓ Bakım verirken huzurlu ve mutlu hissedenen katılımcıların, KTİ “Empatik Düşünce” alt ölçeği puan ortalaması daha yüksektir.
- ✓ Bakım verirken umutsuz hissedenen katılımcıların KTİ “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği ve YPDÖ toplam puan ortalaması daha düşüktür.
- ✓ Psikiyatrik rahatsızlığı olan yakınına bakım verirken hiçbir şey hissetmeyen katılımcıların KTİ “Empatik Düşünce” alt ölçeği puan ortalaması daha düşüktür.
- ✓ Bakım verirken çaresiz hissedenenlerin YPDÖ toplam puan ortalamaları daha düşüktür.
- ✓ Yakınının tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamada, bakıcıdan yardım aldığını bildiren katılımcıların, YPDÖ toplam puan ortalaması yardım almadığını bildirenlere göre daha yüksektir.
- ✓ YPDÖ toplam puan ortalaması ile KTİ “Perspektif alma” ve “Empatik Düşünce” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında “pozitif”; “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması arasında ise “negatif” yönde anlamlı ilişkiler vardır.
- ✓ Katılımcıların yaşı ile KTİ “Perspektif Alma ve “Fantezi” alt ölçekleri puanları arasında “negatif” yönde anlamlı ilişki saptanmıştır.
- ✓ Bakımda yeterlik algısı ile, KTİ ölçeği “Perspektif Alma” ve “Empatik Düşünce” alt ölçekleri puan ortalamaları arasında “pozitif”; “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması ile “negatif” yönde anlamlı ilişki vardır. Ayrıca, bakımda yeterlik algısının YPDÖ toplam puanı ile “pozitif” yönde anlamlı ilişkisi bulunmaktadır ($p=0,000$).
- ✓ Hastalık tanısından bu yana geçen süre, tedavi süresi ve bakım verme süresi ile KTİ “Kişisel Rahatsızlık” alt ölçeği puan ortalaması arasında “pozitif” yönde istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler saptanmıştır.

5.6.2. Öneriler

Çalışma sonucunda elde edilen veriler doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Psikolojik dayanıklılık ve empatik eğilim düzeylerinin arttırılabilmesinin mümkün olmasına bağlı olarak psikolojik dayanıklılığı etkileyen faktörler açık ve net bir şekilde belirlenmeli, risk faktörlerine yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
- Psikolojik dayanıklılık ve empatik eğilim düzeylerini arttırmak için bakım verenlere kişilerarası iletişim ve etkili problem çözme eğitimleri verilmelidir.
- Kronik ruhsal bir hastalık olan iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanılı hastaların birincil bakım vericilerinin bakım verme sürecini olumlu etkileyebilmek adına empati ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri ve risk faktörleri belirlenmeli ve risk faktörlerini azaltmaya yönelik uygulamalar planlanarak uygulamaya başlanmalıdır.
- Birincil bakım vericilerin empati ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini olumsuz etkileyebilecek faktörler belirlenerek bakım verme sürecinde hastanın tedavi-bakım sürecini; bakım verenin ise mevcut fiziksel ve ruhsal sağlığının korunması açısından bakım verene destek olunmalıdır.
- Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı, tedavisi, klinik gidişatı ve bakım verme sürecinin içinde bulunduğu planlı eğitim programları oluşturulup uygulanmalıdır.
- Bakım verenlerin empati ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini belirleyen daha fazla örneklem grubunu içeren çalışmaların yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Acar, G., & Buldukoğlu, K. (2013). Bipolar Bozuklukta Psikoeğitimin Relapslara Etkisi: Sistematik Bir Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(4), 310-329.
- Ae-Ngibise, K. A., Doku, V. C. K., Asante, K. P., & Owusu-Agyei, S. (2015). The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. *Global health action*, 8(1), 26957.
- Ağapınar, S., & şahin, H. G. (2014). Ağrı İlinde alışan Ebelerin Tükenmişlik Düzeylerinin İş Doymuları ve Empatik Eğilimleri zerine Etkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 13(2).
- Ağır, M. (2007). Üniversite oğrencilerinin bilişsel çarpıtma düzeyleri ile problem çözme becerileri ve umutsuzluk düzeyleri arasındaki ilişki. *Unpublished doctorate dissertation, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.*
- Ahn, S., Hochhalter, A. K., Moudouni, D. K. M., Smith, M. L., & Ory, M. G. (2012). Self-reported physical and mental health of older adults: The roles of caregiving and resources. *Maturitas*, 71(1), 62-69.
- Ak, M., Yavuz, K. F., Lapsekili, N., & Turkcapar, M. H. (2012). Evaluation of burden in a group of patients with chronic psychiatric disorders and their caregivers. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurological Sciences*, 25(4), 330-337.
- Akarsu, S., Erdem, M., Bolu, A., Günay, H., Garip, B., Ak, M., & Zincir, S. (2012). Bipolar bozuklukta cinsiyete göre klinik ve sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması. *Gülhane Tıp Dergisi*, 54(4), 279-83.
- Akçay, V. H. (2012). Pozitif psikolojik sermayenin iş tatmini ile ilişkisi. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2(1), 123-140.
- Akıncı, . E. (2019). şizofreni hastalarının yaşam nitelikleri, hasta yakınlarının psikopatolojiye yönelik inançları, stresle başa çıkma tarzları, algılanan aile yükleri ve duygularının dışavurumları arasındaki ilişkilerin incelenmesi (*Master's thesis, Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü*).
- Akiskal, H. S. (2002). Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders: a review. *Bipolar disorder*, 5, 1-96.
- Akkaya, C., Altın, M., Kora, K., Karamustafalıoğlu, N., Yaşan, A., Tomruk, N., & Kurt, E. (2012). Türkiye'de Bipolar I Bozukluğu Hastalarının, Sosyodemografik ve Klinik zellikleri-

HOME Çalışması. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 22(1), 31-42.

Alataş, G., Kurt, E., Alataş, E. T., Bilgiç, V., & Karatepe, H. T. (2007). Psychoeducation in mood disorders. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurological Sciences*, 20(4), 196-205.

Altshuler, L., Suppes, T., Black, D., Nolen, W. A., Keck Jr, P. E., Frye, M. A., ... & Leverich, G. (2003). Impact of antidepressant discontinuation after acute bipolar depression remission on rates of depressive relapse at 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 160(7), 1252-1262.

Andreazza, A. C., Kauer-Sant'Anna, M., Frey, B. N., Bond, D. J., Kapczinski, F., Young, L. T., & Yatham, L. N. (2008). Oxidative stress markers in bipolar disorder: a meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 111(2-3), 135-144.

Arguvanlı Çoban, S., Özkan, B., Medik, K., & Saraç, B. (2013). The quality of life of people with bipolar disorders and their caregivers. *Journal of Psychiatric Nursing*, 4(2), 61-66.

Arguvanlı, S. (2018). Bipolar Bozukluğu Olan Bireyler ve Aileleri. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 4(1), 48-53.

Arguvanlı, S., & Taşcı, S. (2013). Bipolar bozuklukta bakım verenlerin sorunları. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1(1), 21-30.

Arisoy, Ö., & Oral, E. T. (2009). Bipolar Bozuklukla İlgili Genetik Araştırmalar: Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 20(3).

Arnold, L. M., McElroy, S. L., & Keck Jr, P. E. (2000). The role of gender in mixed mania. *Comprehensive psychiatry*, 41(2), 83-87.

Arslantaş, H. (2018). Psikiyatri Hastalarının Bakım Vericilerinde Yük ve Baş Etme Stratejileri. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 4(1), 39-47.

Arslantaş, H., & Adana, F. (2011). Şizofreninin bakım verenlere yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(2), 251-277.

Aslan, H., Çoşkun, S., Alpaslan, N., Erdamar, N., Berber, B., & Ünal, M. (2000). Bakırköy ruh ve sinir hastalıkları hastanesinde çalışan hemşirelerde tükenme, işe bağlı gerginlik, A tipi kişilik ve mükemmelleme. *Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(3), 135-142.

- Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(3), 513-552.
- Ateşçi, F. Ç., Karadağ, F., Özdel, O., & Oğuzhanoğlu, N. K. (2001). Bipolar ve yineleyici major depresif bozuklukların klinik özellikleri: Karşılaştırmalı bir çalışma. *Türkiye'de Psikiyatri*, 3(2), 95-102.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers. *Pharmacoeconomics*, 26(2), 149-162.
- Aydemir, Ö., Eren, İ., Savaş, H., Oğuzhanoğlu, N. K., Kocal, N., Özgüven, H. D., ... & Özerdem, A. (2007). Development of a questionnaire to assess inter-episode functioning in bipolar disorder: Bipolar Disorder Functioning Questionnaire. *Turkish Journal of Psychiatry*, 18(4).
- Aydın, E. (2018). Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının psikolojik sağlamlık ve depresyon belirtileri üzerine etkisi (Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Bademli, K., & Çetinkaya Duman, Z. (2011). Şizofreni hastalarının bakım verenlerine uygulanan aileden aileye destek programları: sistematik derleme. *Türk Psikiyatri Derg*, 22, 255-65.
- Bakanlığı, T. S. (2011). Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). Ankara, TC Sağlık Bakanlığı.
- Bakanlığı, T. S., & Müdürlüğü, S. H. G. (2015). Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane.
- Balaban, Ö. D., Küçüktüfekçi, A. H., Binbay, T., & Karamustafalıoğlu, N. (2016). Bipolar I Bozukluk Hastalarının Bakım verenlerinde Yaşam Kalitesi Yük ve Sosyal Destekle İlişkili mi?. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 15-26.
- Baldassano, C. F., Marangell, L. B., Gyulai, L., Nassir Ghaemi, S., Joffe, H., Kim, D. R., ... & Cohen, L. S. (2005). Gender differences in bipolar disorder: retrospective data from the first 500 STEP-BD participants. *Bipolar disorders*, 7(5), 465-470.
- Basım, H. N., & Çetin, F. (2011). Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği'nin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 104-114.

- Başıoğul, C., & Buldukoğlu, K. (2015). Ebeveyninde Depresyon Olan Ergenlerde Depresyonu Önlemede Aile Odaklı Psikoeğitim Uygulamaları: Sistematik Derleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(3), 265-279.
- Bayındır, S. K., & Ünsal, A. (2016). Sık Görölen Ruhsal Hastalıklardaki Hemşirelik Tanı ve Girişimleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 6(2), 115-119.
- Baysan Arabacı, L., Büyükbayram, A., Aktaş, Y., & Taşkın, N. Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoeğitimin yaşadıkları güçlük ve psikosoyal uyumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 175-185.
- Bektaş, M., & Özben, Ş. (2016). Evli bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerinin bazı sosyo-demografik değişkenler açısından incelenmesi. *Celal Bayar University Journal of Social Sciences/Celal Bayar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 14(1).
- Bernhard, B., Schaub, A., Kümmler, P., Dittmann, S., Severus, E., Seemüller, F., & Grunze, H. (2006). Impact of cognitive-psychoeducational interventions in bipolar patients and their relatives. *European psychiatry*, 21(2), 81-86.
- Beynon, S., Soares-Weiser, K., Woolacott, N., Duffy, S., & Geddes, J. R. (2009). Pharmacological interventions for the prevention of relapse in bipolar disorder: a systematic review of controlled trials. *Journal of psychopharmacology*, 23(5), 574-591.
- Bilge, A., Mermer, G., Çam, O., Çetinkaya, A., Erdoğan, E., & Üçkuyu, N. (2016). Profile Of Community Mental Health Centers In Turkey Between 2013-2015 Years. *Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2(2), 1-5.
- Biröl, L. (2011). Hemşirelik Süreci (10. Baskı). İzmir, *Etki Matbaacılık*, 86-90.
- Bildirici F. (2014). Özel eğitime gereksinimi olan çocuğa sahip ailelerde aile yükü ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişki, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Haliç Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Blackwood, D. H., Muir, W. J., & Visscher, P. M. (2001). Genetic studies of bipolar affective disorder in large families. *The British journal of psychiatry*, 178 (41), 134-136.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucciarelli, A., & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75(5), 671.

- Boyd, M. A. (2008). *Psychiatric nursing: Contemporary practice*: lippincott Williams & wilkins.
- Bozkurt, A., & Karlıdere, T. (2006). Bipolar bozukluğun tedavi ilkeleri. *Turkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences*, 2 (29), 30-36.
- Bozukluk, O. T. İ. U. (2002). İstanbul: WPA Serisi. *CSA Medikal Yayın Ajansı*, 441-503.
- Brooks, R. (2003). The power of mindsets: Nurturing resilience in our children and ourselves.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and psychopathology*, 15 (1), 139-162.
- Calabrese, J. R., Goldberg, J. F., Ketter, T. A., Suppes, T., Frye, M., White, R., Thompson, T. R. (2006). Recurrence in bipolar I disorder: a post hoc analysis excluding relapses in two double-blind maintenance studies. *Biological psychiatry*, 59 (11), 1061-1064.
- Campbell, A. (2004). How was it for you? Families' experiences of receiving behavioural family therapy. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 11 (3), 261-267.
- Cao, X., & Chen, L. (2019). Relationships among social support, empathy, resilience and work engagement in haemodialysis nurses. *International nursing review*.
- Caqueo-Urizar, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, 15 (4), 719-724.
- Carpenito, L. J., & Erdemir, F. (2012). Hemşirelik tanıları: El kitabı: *Nobel Tıp Kitabevleri*.
- Carr, M. B., & Lutjemeier, J. A. (2005). The relation of facial affect recognition and empathy to delinquency in youth offenders. *Adolescence*, 40 (159), 601.
- Carrus, D., Christodoulou, T., Hadjulis, M., Haldane, M., Galea, A., Koukopoulos, A., Frangou, S. (2010). Gender differences in immediate memory in bipolar disorder. *Psychological Medicine*, 40 (8), 1349-1355.
- Cederlöf, M., Larsson, H., Lichtenstein, P., Almqvist, C., Serlachius, E., & Ludvigsson, J. F. (2016). Nationwide population-based cohort study of psychiatric disorders in individuals with Ehlers–Danlos syndrome or hypermobility syndrome and their siblings. *BMC psychiatry*, 16 (1), 207.

- Ceylan, B., & Çilli, A. S. (2015). Şizofreni ve Kronik Böbrek Yetersizliği Hastalarına Evde Bakım Veren Aile Üyeleri ve Bakım Rolü Olmayan Bireylerde Suçluluk ve Utanç Düzeylerinin Karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 6 (2).
- Chadda, R. K. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian journal of psychiatry*, 56 (3), 221.
- Chakrabarti, S., & Gill, S. (2002). Coping and its correlates among caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar disorders*, 4 (1), 50-60.
- Chan, S.W.C. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of psychiatric Nursing*, 25 (5), 339-349.
- Chesak, S. S., Bhagra, A., Schroeder, D. R., Foy, D. A., Cutshall, S. M., & Sood, A. (2015). Enhancing resilience among new nurses: feasibility and efficacy of a pilot intervention. *Ochsner Journal*, 15 (1), 38-44.
- Chien, W.T., Norman, I., & Thompson, D. R. (2004). A randomized controlled trial of a mutual support group for family caregivers of patients with schizophrenia. *International journal of nursing studies*, 41 (6), 637-649.
- Choi, D., Minote, N., Sekiya, T., & Watanuki, S. (2016). Relationships between trait empathy and psychological well-being in Japanese university students. *Psychology*, 7 (1240), 10.4236.
- Chrysanthou-Piterou, M., Havaki, S., Alevizos, V., Papadimitriou, G. N., & Issidorides, M. R. (2009). Chromatin ultrastructural abnormalities in leukocytes, as peripheral markers of bipolar patients. *Ultrastructural pathology*, 33 (5), 197-208.
- Connell, K. L. O. (2006). Needs of families affected by mental illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 44 (3), 40-48.
- Craddock, N., & Sklar, P. (2013). Genetics of bipolar disorder. *The Lancet*, 381 (9878), 1654-1662.
- Crowley, B. J., & Hobdy, J. (2003). Psychological hardiness and adjustment to life events in adulthood. *Journal of adult development*, 10 (4), 237-248.
- Cuadra, D. S., & Famadico, L. F. (2013). Male nursing students' emotional intelligence, caring behavior and resilience. *International Journal of Arts & Sciences*, 6 (3), 243.

- Cusack, L., Smith, M., Hegney, D., Rees, C. S., Breen, L. J., Witt, R. R., Cheung, K. (2016). Exploring environmental factors in nursing workplaces that promote psychological resilience: constructing a unified theoretical model. *Frontiers in psychology*, 7, 600.
- Çakar, F. S., Karataş, Z., & Çakır, M. (2014). Yetişkin yılmazlık ölçeği: Türk kültürüne uyarlanması. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 32, 22-39.
- Çam, O., & Büyükbayram, A. (2017). Hemşirelerde Psikolojik Dayanıklılık ve Etkileyen Faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 8 (2), 118-126.
- Çam, O., & Engin, E. (2014). Ruh Sağlığı ve hastalıkları hemşireliği bakım sanatı: *İstanbul Tıp Kitabevi*.
- Çelik, M., Sanberk, İ., & Deveci, F. (2017). Öğretmen adaylarının yaşam doyumlarının yordayıcısı olarak psikolojik dayanıklılık ve umutsuzluk. *İlköğretim Online*, 16 (2).
- Çetin, F., Yeloğlu, H. O., & Basım, H. N. (2015). Psikolojik dayanıklılığın açıklanmasında beş faktör kişilik özelliklerinin rolü: Bir kanonik ilişki analizi. *Türk Psikoloji Dergisi*, 30 (75), 81-92.
- Dadson, D. A., Annor, F., & Salifu Yendork, J. (2018). The Burden of Care: Psychosocial Experiences and Coping Strategies among Caregivers of Persons with Mental Illness in Ghana. *Issues in Mental Health Nursing*, 39 (11), 915-923.
- De Kemp, R. A., Overbeek, G., de Wied, M., Engels, R. C., & Scholte, R. H. (2007). Early adolescent empathy, parental support, and antisocial behavior. *The Journal of Genetic Psychology*, 168 (1), 5-18.
- De Vugt, M. E., Stevens, F., Aalten, P., Lousberg, R., Jaspers, N., Winkens, I., Verhey, F. R. (2004). Do caregiver management strategies influence patient behaviour in dementia? *International Journal Of Geriatric Psychiatry*, 19 (1), 85-92.
- De Wied, M., Branje, S. J., & Meeus, W. H. (2007). Empathy and conflict resolution in friendship relations among adolescents. *Aggressive Behavior: Official Journal of the International Society for Research on Aggression*, 33 (1), 48-55.
- APA. Diagnostic, A. (2013). Statistical Manual of Mental Disorders–Fifth Edition (DSM-5). Washington, DC, USA: American Psychiatric Association.

- Dias, R., Santos, R. L., Sousa, M. F. B. d., Nogueira, M. M. L., Torres, B., Belfort, T., & Dourado, M. C. N. (2015). Resilience of caregivers of people with dementia: a systematic review of biological and psychosocial determinants. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 37 (1), 12-19.
- Dökmen, Ü. (2005). İletişim Çatışmaları ve Empati, 34. Baskı. *Sistem Yayıncılık*, 363s, İstanbul.
- Duman, Z. C., & Bademli, K. (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: Sistemik Bir İnceleme/Families of Chronic Psychiatric Patients: A Systematic Review. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 5 (1), 78.
- Duran, S., & Eroğlu, S. Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hasta ve Ailelerinin Eğitim Gereksinimlerinin Belirlenmesi. *Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 13 (3), 237-247.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Paper presented at the Nursing forum*.
- Eaton, W. W., Pedersen, M. G., Nielsen, P. R., & Mortensen, P. B. (2010). Autoimmune diseases, bipolar disorder, and non-affective psychosis. *Bipolar disorders*, 12 (6), 638-646.
- Elnasseh, A. G., Trujillo, M. A., Peralta, S. V., Stolfi, M. E., Morelli, E., Perrin, P. B., & Arango-Lasprilla, J. C. (2016). Family dynamics and personal strengths among dementia caregivers in Argentina. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2016.
- Engeler, A., & Yargıç, L. İ. (2007). Kişilerarası tepkisellik indeksi: Empatinin çok boyutlu ölçümü. *In New Symposium Journal*, 45 (3), 119-127.
- Erdinç, D. (2004). Öğretmen adaylarında empati-yardım etme Eğilimi ilişkisi ve yardım etme eğiliminin bazı psikososyal değişkenler açısından incelenmesi. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 15 (15), 31-41.
- Ergün, O. (2016). Ergenlerde duygusal zeka özellikleri ile psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkinin incelenmesi (*Master's thesis, İstanbul Arel Üniversitesi*).
- Erkoç, Y., Çom, S., Torunoğlu, M., Alataş, G., & Kahiloğulları, A. (2011). Sağlık Bakanlığı Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı. In: Ankara.
- Eroğlu, M. Z., & Özpoyraz, N. (2010). Bipolar bozuklukta koruyucu tedavi. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler*, 2 (2), 206-236.

- Ersezgin, R., & Tok, E. S. S. (2019). Algılanan iş stresi, psikolojik dayanıklılık, başa çıkma stilleri ve öz-duyarlılığın tükenmişlik düzeyini yordayıcı etkisi. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20 (36), 1-36.
- Ertan, T. (2008). Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi. *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyumu* (Eds M Uğur, İ Balcıoğlu, N Kocabaşoğlu), 25-30.
- Erten, E., Alpman, N., Özdemir, A., & Fıstıkçı, N. (2014). Bipolar I bozukluğu olan hastalarda dönem ve seyir özelliklerinin bakıcı yüküne etkisi. *Türk Psikiyatri Derg*, 25, 114-123.
- Fagiolini, A., Coluccia, A., Maina, G., Forgione, R. N., Goracci, A., Cuomo, A., & Young, A. H. (2015). Diagnosis, epidemiology and management of mixed states in bipolar disorder. *CNS drugs*, 29 (9), 725-740.
- Fayombo, G. (2010). The relationship between personality traits and psychological resilience among the Caribbean adolescents. *International Journal of Psychological Studies*, 2 (2), 105-116.
- Feshbach, N. D., & Feshbach, S. (2009). Empathy and education. *The social neuroscience of empathy*, 85, 98.
- Fiorillo, A., Sampogna, G., Del Gaudio, L., Luciano, M., & Del Vecchio, V. (2013). Efficacy of supportive family interventions in bipolar disorder: a review of the literature. *Journal of Psychopathology*, 19, 134-142.
- Fountoulakis, K. N., & Vieta, E. (2008). Treatment of bipolar disorder: a systematic review of available data and clinical perspectives. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 11 (7), 999-1029.
- Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological psychiatry*, 48 (6), 593-604.
- García, J. I. R., Hernández, B., & Dorian, M. (2009). Mexican American caregivers' coping efficacy. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44 (2), 162.
- Ghorbani, N., Watson, P., & Morris, R. J. (2000). Personality, stress and mental health: evidence of relationships in a sample of Iranian managers. *Personality and Individual Differences*, 28 (4), 647-657.

Gillespie, B. M., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2009). The influence of personal characteristics on the resilience of operating room nurses: A predictor study. *International journal of nursing studies*, 46 (7), 968-976.

Gizir, C. (2007). Psikolojik sağamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler üzerine bir derleme çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (28), 113-128.

Gizir, C. A., & Aydın, G. (2016). Psikolojik Sağamlık ve Ergen Gelişim Ölçeği'nin uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (26).

Goetzel, R. Z., Hawkins, K., Ozminkowski, R. J., & Wang, S. (2003). The health and productivity cost burden of the "top 10" physical and mental health conditions affecting six large US employers in 1999. *Journal Of Occupational and Environmental Medicine*, 45 (1), 5-14.

Goldstein, B. I., Kemp, D. E., Soczynska, J. K., & McIntyre, R. S. (2009). Inflammation and the phenomenology, pathophysiology, comorbidity, and treatment of bipolar disorder: a systematic review of the literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70 (8), 1078.

Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2005). Resilience in children. *New York: Springer*.

Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (1990). Manic-Depressive Illness Oxford University Press. *New York*, 567.

Goodwin, F. K., & Jamison, K. R. (2007). Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression (Vol. 1): *Oxford University Press*.

Goodwin, G. (2003). Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 17 (2), 149-173.

Goodwin, R., Jacobi, F., Bittner, A., & Wittchen, H. (2007). *Duygudurum bozukluklarının epidemiyolojisi*. DJ Stein, DJ Kupfer, AF Schatzberg (Ed) Duygudurum Bozuklukları Temel Kitabı, Birinci Baskı, İstanbul. In: Sigma Publishing.

Grant, L., & Kinman, G. (2014). Emotional resilience in the helping professions and how it can be enhanced. *Health and Social Care Education*, 3 (1), 23-34.

Gupta, A., & Sharma, R. (2013). Burden and coping of caregivers of physical and mental illnesses. *Delhi Psychiatry Journal*, 16 (2), 367-374.

Gureje, O., Lasebikan, V. O., Kola, L., & Makanjuola, V. A. (2006). Lifetime and 12-month prevalence of mental disorders in the Nigerian Survey of Mental Health and Well-Being. *The British Journal of Psychiatry*, 188 (5), 465-471.

Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Úrizar, A., & Kavanagh, D. J. (2005). Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40 (11), 899-904.

Güloğlu, B., & Kararımak, Ö. (2010). Üniversite öğrencilerinde yalnızlığın yordayıcısı olarak benlik saygısı ve psikolojik sağlamlık. *Ege Eğitim Dergisi*, 11 (2), 73-88.

Ünal, G. (2002) Bipolar Affektif Bozukluğu Olan Hastaların Aile İşlevlerinin Değerlendirilmesi. *Dusunen Adam J Psychiatry Neurological Sciences*, 15 (4): 221-228.

Gültekin, B. K., Günderci, A., Balcı, M. V., Kökcü, F., Gedikbaş, C., & Ozcan, M. E. (2008). Duygudurum Bozukluğu Tanısı ile Yatan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri: Bir Ön Bildirim. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni*, 18 (3).

Gültekin, B. K., Kesebir, S., & Tamam, L. (2014). Türkiye'de Bipolar Bozukluk/Bipolar Disorder in Turkey. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6 (2), 199.

Gümüş, F., & Buzlu, S. Psychoeducation in Bipolar Disorder. *Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi*, 26 (2), 131-139.

Gümüş, F., Buzlu, S., & Çakır, S. (2016). Bipolar Bozukluk için Örnek Bir Bireysel Psikoeğitim Modeli. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 7 (3).

Güngörmüş, K., Okanlı, A., & Kocabeyoğlu, T. (2015). Hemşirelik öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve etkileyen faktörler. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 6 (1), 9-14.

Gürgan, U. (2006). Yılmazlık ölçeği (YÖ): Ölçek geliştirme, güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 39 (2), 45-74.

Hanton, S., Evans, L., & Neil, R. (2003). Hardiness and the competitive trait anxiety response. *Anxiety, Stress, and Coping*, 16 (2), 167-184.

Hantouche, E., Akiskal, H. S., Azorin, J., Châtenet-Duchêne, L., & Lancrenon, S. (2006). Clinical and psychometric characterization of depression in mixed mania: a report from the

French National Cohort of 1090 manic patients. *Journal of Affective Disorders*, 96 (3), 225-232.

Haramati, A., & Weissinger, P. A. (2015). Resilience, empathy, and wellbeing in the health professions: An educational imperative. *Global Advances In Health And Medicine*, 4 (5), 5-6.

Hart, P. L., Brannan, J. D., & De Chesnay, M. (2014). Resilience in nurses: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 22 (6), 720-734.

Hartong, E., Moleman, P., Hoogduin, C., Broekman, T. G., & Nolen, W. A. (2003). Prophylactic efficacy of lithium versus carbamazepine in treatment-naive bipolar patients. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 64 (2), 144-151.

Hasui, C., Sakamoto, S., Sugiura, T., Miyata, R., Fujii, Y., Koshiishi, F., & Kitamura, T. (2002). Burden on family members of the mentally ill: a naturalistic study in Japan. *Comprehensive Psychiatry*, 43 (3), 219-222.

Havva, T., Saraç, B., Günaydın, Y., Medik, K., & Doğan, S. (2010). Psikiyatrik hastalık tanılı hastaların primer bakım vericilerinin sosyal destek durumunun belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1 (3), 103-107.

Heru, A. M., & Ryan, C. E. (2004). Burden, reward and family functioning of caregivers for relatives with mood disorders: 1-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 83 (2-3), 221-225.

Heru, A. M., Ryan, C. E., & Vlastos, K. (2004). Quality of life and family functioning in caregivers of relatives with mood disorders. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28 (1), 67.

Hirschfeld, R. M., Bowden, C. L., Gitlin, M. J., Keck, P. E., Perlis, R. H., Suppes, T., Wagner, K. D. (2003). Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision). *FOCUS*, 1(1), 64-110.

Hirst, M. (2005). Carer distress: a prospective, population-based study. *Social Science & Medicine*, 61(3), 697-708.

Hoffmann, F., & Rodrigues, R. (2010). Informal carers: who takes care of them?

Hollifield, M. (2005). Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry. *In: Baltimore: Lippincott Williams and Wilkins.*

- Hızlı Sayar, G., Özten, E., & Önen Ünsalver, B. (2014). Bipolar Bozuklukta Kişilerarası İlişkiler ve Sosyal Ritim Terapisinin Temel İlkeleri. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 6 (4).
- İbiloğlu, A. O., & Çayköylü, A. (2011). Bipolar-I, Bipolar-II ve Majör Depresif Bozuklukta Ayrışan Sosyodemografik, Klinik ve Mizaç Özellikleri. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(3).
- Jenson, J. M., & Fraser, M. W. (2006). A risk and resilience framework for child, youth, and family policy. *Social policy for children & families: A risk and resilience perspective*, 118.
- Judd, L. L., Schettler, P. J., Akiskal, H. S., Maser, J., Coryell, W., Solomon, D., Keller, M. (2003). Long-term symptomatic status of bipolar I vs. bipolar II disorders. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6(2), 127-137.
- Kalelioğlu, T., Genç, A., & Karamustafaloğlu, N. (2017). İki Uçlu Bozukluk ve İnflamasyon. *Journal of Mood Disorders*, 7(1).
- Kalomo, E. N., Lee, K. H., Lightfoot, E., & Freeman, R. (2018). Resilience among older caregivers in rural Namibia: The role of financial status, social support and health. *Journal of Gerontological Social Work*, 61(6), 605-622.
- Kamışlı, S. D. L. (2008). Bir psikiyatri kliniğinde hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamalara yönelik hasta görüşleri. 12, *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12, 45-52.
- Kamya, H. A. (2000). Hardiness and spiritual well-being among social work students: Implications for social work education. *Journal of Social Work Education*, 36(2), 231-240.
- Kapczinski, F., Dias, V. V., Kauer-Sant'Anna, M., Frey, B. N., Grassi-Oliveira, R., Colom, F., & Berk, M. (2009). Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9(7), 957-966.
- Karaarslan, D. (2014). Bipolar bozukluk tanılı ergenlerde aile odaklı psikososyal sağaltım uygulamaları; Aile odaklı terapinin erken dönemde hastalık belirtileri ve işlevsellik üzerine etkisi (*Doctoral dissertation, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi*).
- Kararımak, Ö. (2016). Psikolojik sağlamlık, risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (26).

- Karamustafalioglu, N., Tomruk, N. B., & Alpay, N. (2004). İki uçlu mizaç bozuklugunda cinsiyet farkliliklari ve tedaviye yansimalari/Gender differences in bipolar disorder and treatment implications. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 5(1), 28.
- Karanci, A. N., & Inandilar, H. (2002). Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(2), 80-88.
- Karreman, A., & Vingerhoets, A. J. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*, 53(7), 821-826.
- Kaya, A., & Siyez, D. M. (2010). KA-Sİ çocuk ve ergenler için empatik eğilim ölçeği: Geliştirilmesi geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Eğitim ve Bilim*, 35(156).
- Keck, P., Orsulak, P., Cutler, A., Sanchez, R., Torbeyns, A., Marcus, R., Group, C.-S. (2009). Aripiprazole monotherapy in the treatment of acute bipolar I mania: a randomized, double-blind, placebo-and lithium-controlled study. *Journal of Affective Disorders*, 112(1-3), 36-49.
- Kelleci, M., Doğan, S., Ata, E. E., Avcı, A., Sabancıoğulları, S., Başeğmez, F., & İşkey, M. (2011). Bir psikiyatri kliniğinde yatan hastaların psikotrop ilaç kullanma hakkında düşünceleri ve taburculuk sonrası telefonla izlem. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 2(3), 128-135.
- Kesebir, S., Bayrak, A., Ünübola, B., Turan, Ç., Ünal, A., & Çakır, S. (2012). Are depressive episodes of bipolar disorder I and II different?. *Bipolar disorders*, 14.
- Kesebir, S., Inanc, L., Bezgin, C. H., & Cengiz, F. (2013). Kadınlarda Bipolar Bozukluk/Bipolar Disorder in Women. *Psikiyatri Guncel Yaklasimlar*, 5 (2), 220.
- Kesebir, S., Sayakci, S., & Suner, O. (2012). Geç başlangıçlı olan ve olmayan iki uçlu bozukluk hastalarının karşılaştırılması.
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., Alonso, J. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of General Psychiatry*, 68 (1), 90-100.
- Ketter, T. A., Houston, J. P., Adams, D. H., Risser, R. C., Meyers, A. L., Williamson, D. J., & Tohen, M. (2006). Differential efficacy of olanzapine and lithium in preventing manic or mixed recurrence in patients with bipolar I disorder based on number of previous manic or mixed episodes. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (1), 95-101.

- Kidd, S., Kenny, A., & McKinstry, C. (2015). The meaning of recovery in a regional mental health service: an action research study. *Journal of Advanced Nursing*, 71 (1), 181-192.
- Kızılırmak, B., & Küçük, L. (2016). Care burden level and mental health condition of the families of individuals with mental disorders. *Archives of psychiatric Nursing*, 30 (1), 47-54.
- Kjellin, L., & Östman, M. (2005). Relatives of psychiatric inpatients do physical violence and suicide attempts of patients influence family burden and participation in care? *Nordic Journal of Psychiatry*, 59 (1), 7-11.
- Klag, S., & Bradley, G. (2004). The role of hardiness in stress and illness: An exploration of the effect of negative affectivity and gender. *British Journal of Health Psychology*, 9 (2), 137-161.
- Konrath, S. H. (2013). Critical synthesis package: interpersonal reactivity index (IRI).
- Köksal, H. (2009). Hemşirelerin empatik eğilim ve tükenmişlik düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi (*Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü*).
- Köroğlu, E., & Kitabı, G. C. P. T. (2007). 2. Baskı. Ankara, *HYB Basım Yayın*.
- Krüger, S., Trevor Young, L., & Bräunig, P. (2005). Pharmacotherapy of bipolar mixed states. *Bipolar disorders*, 7(3), 205-215.
- Kumar, K., Gupta, M. (2014). Clinical and socio-demographic determinants of psychological health and burden in family caregivers of patients with unipolar depression. *Asian journal of psychiatry*, 9, 51-56.
- Kylmä, J., Juvakka, T., Nikkonen, M., Korhonen, T., & Isohanni, M. (2006). Hope and schizophrenia: an integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13 (6), 651-664.
- Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., Bright, J., Wright, K., Kerr, N., Sham, P. (2003). A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder: outcome of the first year. *Archives of General Psychiatry*, 60 (2), 145-152.
- Lambert, V. A., Lambert, C. E., & Yamase, H. (2003). Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. *Nursing & Health Sciences*, 5 (2), 181-184.
- Leese, D., Smithies, L., & Green, J. (2014). Recovery-focused practice in mental health. *Nursing Times*, 110 (12), 20-22.

- Liberman, R. (2011). *Psikiyatrik İyileştirim El Kitabı: Yeti Yitiminden İyileşmeye* (Çeviri Ed. M Yıldız). Ankara, *Türkiye Sosyal Psikiyatri Derneği*.
- Liu, Y., Wang, Z.H., & Li, Z.G. (2012). Affective mediators of the influence of neuroticism and resilience on life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 52 (7), 833-838.
- Lohne, V., Miaskowski, C., & Rustøen, T. (2012). The relationship between hope and caregiver strain in family caregivers of patients with advanced cancer. *Cancer Nursing*, 35 (2), 99-105.
- Luthans, F., Carolyn M.Y., Bruce J.A. (2007). *Psychological Capital: Developing the Human Competitive Edge*, Oxford University Press, New York.
- MacQueen, G. M., Young, L. T., & Joffe, R. T. (2001). A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103 (3), 163-170.
- Maçkalı, Z., & Tosun, A. (2011). Bipolar bozuklukta bilişsel davranışçı terapi. *Psikiyatride Guncel Yaklasimler-Current Approaches in Psychiatry*, 3(4), 571-594.
- Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Lu, J. L., Persico, M., & Brow, M. (2006). The personality construct of hardiness, III: Relationships with repression, innovativeness, authoritarianism, and performance. *Journal of Personality*, 74(2), 575-598.
- Madianos, M., Economou, M., Dafni, O., Koukia, E., Palli, A., & Rogakou, E. (2004). Family disruption, economic hardship and psychological distress in schizophrenia: can they be measured? *European Psychiatry*, 19(7), 408-414.
- Magaña, S. M., Ramirez Garcia, J. I., Hernández, M. G., & Cortez, R. (2007). Psychological distress among Latino family caregivers of adults with schizophrenia: The roles of burden and stigma. *Psychiatric Services*, 58(3), 378-384.
- Magliano, L., Fiorillo, A., Fadden, G., Gair, F., Economou, M., Kallert, T., Gonzales, F. T. (2005). Effectiveness of a psychoeducational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission. *World Psychiatry*, 4 (1), 45.
- Magnano, P., Craparo, G., & Paolillo, A. (2016). Resilience and Emotional Intelligence: which role in achievement motivation. *International Journal of Psychological Research*, 9 (1), 9-20.

- Maj, M., Akiskal, H. S., López-Ibor, J. J., & Sartorius, N. (2003). *Bipolar Disorder* (Vol. 15): John Wiley & Sons.
- Mantere, O., Suominen, K., Leppämäki, S., Valtonen, H., Arvilommi, P., & Isometsä, E. (2004). The clinical characteristics of DSM-IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS). *Bipolar Disorders*, 6(5), 395-405.
- Martín, J., Padierna, A., van Wijngaarden, B., Aguirre, U., Anton, A., Muñoz, P., & Quintana, J. M. (2015). Caregivers consequences of care among patients with eating disorders, depression or schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 15(1), 124.
- Masten, A. S., & Reed, M.G. J. (2002). Resilience in development. *Handbook of Positive Psychology*, 74, 88.
- Mathew, K., Sharma, S., & Bhattacharjee, D. (2017). Helping Families of Persons with Mental Illness: Role of Psychiatric Social Work. *Indian Journal of Psychiatric Social Work*, 8 (2), 44-50.
- McAllister, M., & McKinnon, J. (2009). The importance of teaching and learning resilience in the health disciplines: a critical review of the literature. *Nurse Education Today*, 29 (4), 371-379.
- McAllister, M., & Lowe, J. (Eds.). (2011). *The resilient nurse: Empowering your practice*. Springer Publishing Company.
- McCann, C. M., Beddoe, E., McCormick, K., Huggard, P., Kedge, S., Adamson, C., & Huggard, J. (2013). Resilience in the health professions: A review of recent literature. *International Journal of Wellbeing*, 3 (1).
- McDonald, G., Jackson, D., Wilkes, L., & Vickers, M. H. (2012). A work-based educational intervention to support the development of personal resilience in nurses and midwives. *Nurse Education Today*, 32 (4), 378-384.
- Mealer, M., Conrad, D., Evans, J., Jooste, K., Solyntjes, J., Rothbaum, B., & Moss, M. (2014). Feasibility and acceptability of a resilience training program for intensive care unit nurses. *American Journal of Critical Care*, 23 (6), e97-e105.
- Merikangas, K. R., Jin, R., He, J.-P., Kessler, R. C., Lee, S., Sampson, N. A., Karam, E. G. (2011). Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative. *Archives of General Psychiatry*, 68 (3), 241-251.

- Metzl, E. S., & Morrell, M. A. (2008). The role of creativity in models of resilience: Theoretical exploration and practical applications. *Journal of Creativity in Mental Health*, 3 (3), 303-318.
- Miklowitz, D. J. (2006). A review of evidence-based psychosocial interventions for bipolar disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 28-33.
- Miklowitz, D. J., Axelson, D. A., Birmaher, B., George, E. L., Taylor, D. O., Schneck, C. D., Brent, D. A. (2008). Family-focused treatment for adolescents with bipolar disorder: results of a 2-year randomized trial. *Archives of General Psychiatry*, 65 (9), 1053-1061.
- Miklowitz, D. J., Simoneau, T. L., George, E. L., Richards, J. A., Kalbag, A., Sachs-Ericsson, N., & Suddath, R. (2000). Family-focused treatment of bipolar disorder: 1-year effects of a psychoeducational program in conjunction with pharmacotherapy. *Biological Psychiatry*, 48 (6), 582-592.
- Mitnick, S., Leffler, C., Hood, V. L., American College of Physicians Ethics, P., & Committee, H. R. (2010). Family caregivers, patients and physicians: ethical guidance to optimize relationships. *Journal of General Internal Medicine*, 25 (3), 255-260.
- Modabbernia, A., Taslimi, S., Brietzke, E., & Ashrafi, M. (2013). Cytokine alterations in bipolar disorder: a meta-analysis of 30 studies. *Biological Psychiatry*, 74 (1), 15-25.
- Moller, M. D., & McLoughlin, K. A. (2013). Integrating recovery practices into psychiatric nursing: where are we in 2013? In: *SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA*.
- Morelli, S. A., Ong, D. C., Makati, R., Jackson, M. O., & Zaki, J. (2017). Empathy and well-being correlate with centrality in different social networks. *Proceedings of The National Academy of Sciences*, 114 (37), 9843-9847.
- Morgan, V. A., Mitchell, P. B., & Jablensky, A. V. (2005). The epidemiology of bipolar disorder: sociodemographic, disability and service utilization data from the Australian National Study of Low Prevalence (Psychotic) Disorders. *Bipolar Disorders*, 7(4), 326-337.
- Munkholm, K., Braüner, J. V., Kessing, L. V., & Vinberg, M. (2013). Cytokines in bipolar disorder vs. healthy control subjects: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 47 (9), 1119-1133.
- Nakashima, M., & Canda, E. R. (2005). Positive dying and resiliency in later life: a qualitative study. *Journal of Aging Studies*, 19 (1), 109-125.

- Nam, S.J., & Park, E.Y. (2017). Relationship between caregiving burden and depression in caregivers of individuals with intellectual disabilities in Korea. *Journal of Mental Health*, 26 (1), 50-56.
- Nasr, T., & Kausar, R. (2009). Psychoeducation and the family burden in schizophrenia: a randomized controlled trial. *Annals of General Psychiatry*, 8 (1), 17.
- O'Rourke, N. (2004). Caregiver burden and depressive symptomatology: The association between constructs over time. *Clinical Gerontologist*, 27 (4), 41-52.
- Ogilvie, A. D., Morant, N., & Goodwin, G. M. (2005). The burden on informal caregivers of people with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 7, 25-32.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., & Sawyer, S. M. (2003). Adolescent resilience: A concept analysis. *Journal of Adolescence*, 26 (1), 1-11.
- Otto, M. W., Reilly-Harrington, N., & Sachs, G. S. (2003). Psychoeducational and cognitive-behavioral strategies in the management of bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 73(1-2), 171-181.
- Östman, M., & Hansson, L. (2004). Appraisal of caregiving, burden and psychological distress in relatives of psychiatric inpatients. *European Psychiatry*, 19(7), 402-407.
- Öz, F., & Yılmaz, E. B. (2009). Ruh sağlığının korunmasında önemli bir kavram: Psikolojik sağlamlık. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 16(3), 82-89.
- Özcan, H. (2012). Hemşirelerin empatik eğilim ve empatik becerileri: Gümüşhane örneği. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (2), 60-68.
- Özdemir, O., Coşkun, S., Mutlu, E. A., Özdemir, P. G., Atli, A., Yılmaz, E., & Keskin, S. (2016). Family history in patients with bipolar disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, 53 (3), 276.
- Özdemir, Ö., & Doğan, O. (2014). Sivas il merkezinde iki uçlu duygudurum bozukluğunun yaygınlığı, psikiyatrik eş tanıları ve hastaların yaşam kalitesi.
- Özdemir, Ü., & Taşcı, S. (2013). Kronik Hastalıklarda Psikososyal Sorunlar ve Bakım. *Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 1 (1), 57-72.
- Öztürk, M. O., & Uluşahin, A. (2014). Ruh sağlığı ve bozuklukları: *Nobel Tıp Kitabevleri*.

- Özyeşil, Z., Oluk, A., & Çakmak, D. (2014). The prediction level of caregiver burden on caregivers' state-trait anxiety levels. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 15 (1), 39-44.
- Özyıldırım, İ., Çakır, S., & Yazıcı, O. (2010). Impact of psychotic features on morbidity and course of illness in patients with bipolar disorder. *European Psychiatry*, 25 (1), 47-51.
- Pektas, I., Bilge, A., & Ersoy, M. A. (2006). Toplum ruh sagligi hizmetlerinde epidemiyolojik çalismalar ve toplum ruh sagligi hemsireliginin rolü/Epidemiological studies in community mental health services and roles of the community mental health nursing. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 7 (1), 43.
- Pérez-González, A., Pereda, N., Guilera, G., Abad, J., & Finkelhor, D. (2018). Caregiver victimization in community adolescents: Protective factors related to resilience. *Psychology of Violence*, 8(2), 163.
- Perlick, D., Rosenheck, R., Miklowitz, D., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., Desai, R. (2007). STEP-BD Family Experience Collaborative Study Group: Prevalence and correlates of burden among caregivers of patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 9 (3), 262-273.
- Perlick, D. A., Hohenstein, J. M., Clarkin, J. F., Kaczynski, R., & Rosenheck, R. A. (2005). Use of mental health and primary care services by caregivers of patients with bipolar disorder: a preliminary study. *Bipolar Disorders*, 7 (2), 126-135.
- Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Link, B. G., Struening, E., Kaczynski, R., Gonzalez, J., Rosenheck, R. A. (2007). Perceived stigma and depression among caregivers of patients with bipolar disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190 (6), 535-536.
- Perlick, D. A., Miklowitz, D. J., Lopez, N., Chou, J., Calvin, C., Adzhiashvili, V., & Aronson, A. (2010). Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 12 (6), 627-637.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Clarkin, J. F., Maciejewski, P. K., Sirey, J., Struening, E., & Link, B. G. (2004). Impact of family burden and affective response on clinical outcome among patients with bipolar disorder. *Psychiatric Services*, 55 (9), 1029-1035.
- Perlick, D. A., Rosenheck, R. A., Miklowitz, D. J., Chessick, C., Wolff, N., Kaczynski, R., Group, S. B. F. E. C. S. (2007). Prevalence and correlates of burden among caregivers of

patients with bipolar disorder enrolled in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder. *Bipolar Disorders*, 9 (3), 262-273.

Perlick, D. A., Rosenheck, R. R., Clarkin, J. F., Raue, P., & Sirey, J. (2001). Impact of family burden and patient symptom status on clinical outcome in bipolar affective disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 189 (1), 31-37.

Pickett-Schenk, S. A., Cook, J. A., Steigman, P., Lippincott, R., Bennett, C., & Grey, D. D. (2006). Psychological well-being and relationship outcomes in a randomized study of family-led education. *Archives of General Psychiatry*, 63 (9), 1043-1050.

Pickett-Schenk, S. A., Lippincott, R. C., Bennett, C., & Steigman, P. J. (2008). Improving knowledge about mental illness through family-led education: the journey of hope. *Psychiatric Services*, 59 (1), 49-56.

Pınar, G., Pınar, T., & Ayhan, A. (2012). Kemoterapi alan jinekolojik kanserli hastaların bakım verici ailelerinde zorlanma ve umutsuzluk. *Uluslararası Hematoloji-Onkoloji Dergisi*, 22, 170-180.

Pinar, S. E., & Tel, H. (2012). Individual with a diagnosis of depression and nursing approach/Depresyon tanili birey ve hemsirelik yaklasimi. *Journal of Psychiatric Nursing*, 3 (2), 86-92.

Pini, S., de Queiroz, V., Pagnin, D., Pezawas, L., Angst, J., Cassano, G. B., & Wittchen, H.U. (2005). Prevalence and burden of bipolar disorders in European countries. *European Neuropsychopharmacology*, 15 (4), 425-434.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2004). Associations of caregiver stressors and uplifts with subjective well-being and depressive mood: a meta-analytic comparison. *Aging & Mental Health*, 8 (5), 438-449.

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2005). Ethnic differences in stressors, resources, and psychological outcomes of family caregiving: A meta-analysis. *The Gerontologist*, 45 (1), 90-106.

Pollio, D. E., North, C. S., Osborne, V., Kap, N., & Foster, D. A. (2001). The impact of psychiatric diagnosis and family system relationship on problems identified by families coping with a mentally ill member. *Family Process*, 40 (2), 199-209.

- Pollio, D. E., North, C. S., Reid, D. L., Miletic, M. M., & McClendon, J. R. (2006). Living with severe mental illness—what families and friends must know: evaluation of a one-day psychoeducation workshop. *Social Work*, 51 (1), 31-38.
- Pompili, M., Harnic, D., Gonda, X., Forte, A., Dominici, G., Innamorati, M., Janiri, L. (2014). Impact of living with bipolar patients: Making sense of caregivers' burden. *World Journal of Psychiatry*, 4 (1), 1.
- Post, R. M., Kupka, R., Keck Jr, P. E., McElroy, S. L., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Leverich, G. S. (2016). Further evidence of a cohort effect in bipolar disorder: more early onsets and family history of psychiatric illness in more recent epochs. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77 (8), 1043-1049.
- Post, R. M., Leverich, G. S., Nolen, W. A., Kupka, R. W., Altshuler, L. L., Frye, M. A., Grunze, H. (2003). A re-evaluation of the role of antidepressants in the treatment of bipolar depression: data from the Stanley Foundation Bipolar Network. *Bipolar Disorders*, 5 (6), 396-406.
- Power, J., Goodyear, M., Maybery, D., Reupert, A., O'Hanlon, B., Cuff, R., & Perlesz, A. (2016). Family resilience in families where a parent has a mental illness. *Journal of Social Work*, 16 (1), 66-82.
- Pölkki, P., Ervast, S.A., & Huupponen, M. (2005). Coping and resilience of children of a mentally ill parent. *Social Work in Health Care*, 39 (1-2), 151-163.
- Quraishi, S., & Frangou, S. (2002). Neuropsychology of bipolar disorder: a review. *Journal of Affective Disorders*, 72 (3), 209-226.
- Rea, M. M., Tompson, M. C., Miklowitz, D. J., Goldstein, M. J., Hwang, S., & Mintz, J. (2003). Family-focused treatment versus individual treatment for bipolar disorder: results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (3), 482.
- Reinares, M., Colom, F., Martinez-Aran, A., Benabarre, A., & Vieta, E. (2002). Therapeutic interventions focused on the family of bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 71 (1), 2-10.
- Reinares, M., Colom, F., Rosa, A. R., Bonnín, C. M., Franco, C., Solé, B., Vieta, E. (2010). The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *Journal of Affective Disorders*, 123 (1-3), 81-86.

- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M., Sanchez-Moreno, J. (2006). What really matters to bipolar patients' caregivers: sources of family burden. *Journal of Affective Disorders*, 94 (1-3), 157-163.
- Reinares, M., Vieta, E., Colom, F., Martinez-Aran, A., Torrent, C., Comes, M., Sanchez-Moreno, J. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73(5), 312-319.
- Research, A. P. A. D. (2013). Highlights of Changes from DSM-IV to DSM-5: Somatic Symptom and Related Disorders. *FOCUS*, 11 (4), 525-527.
- Robinson, L. J., Thompson, J. M., Gallagher, P., Goswami, U., Young, A. H., Ferrier, I. N., & Moore, P. B. (2006). A meta-analysis of cognitive deficits in euthymic patients with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 93 (1-3), 105-115.
- Rosenfarb, I. S., Bellack, A. S., & Aziz, N. (2006a). Family interactions and the course of schizophrenia in African American and white patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (1), 112.
- Rosenfarb, I. S., Bellack, A. S., & Aziz, N. (2006b). A sociocultural stress, appraisal, and coping model of subjective burden and family attitudes toward patients with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 115 (1), 157.
- Rothschild, A. J. (2003). Challenges in the treatment of depression with psychotic features. *Biological Psychiatry*, 53 (8), 680-690.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094 (1), 1-12.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2011). Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: *Lippincott Williams & Wilkins*.
- Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2000). Comprehensive textbook of psychiatry (Vol. 1): *Lippincott Williams & Wilkins Philadelphia*.
- Sales, E. (2003). Family burden and quality of life. *Quality of Life Research*, 12 (1), 33-41.
- Samani, S., Jokar, B., & Sahragard, N. (2007). Effects of resilience on mental health and life satisfaction. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 13 (3), 290-295.

- Sarıkaya, A. (2015). 14-18 yaş arası ergenlerin benlik saygısı ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri arasındaki ilişki. *İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*.
- Saunders, J. C. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing*, 24 (2), 175-198.
- Schaffer, A., Cairney, J., Cheung, A., Veldhuizen, S., & Levitt, A. (2006). Community survey of bipolar disorder in Canada: lifetime prevalence and illness characteristics. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 51 (1), 9-16.
- Schmid, R., Sterzinger, L., Koepke, F., Cording, C., & Spiessl, H. (2008). Not only burden-but also reward! The far side of being a caregiver of a psychiatric inpatient. *European Psychiatry*, 23, 349.
- Schoon, I., Parsons, S., & Sacker, A. (2004). Socioeconomic adversity, educational resilience, and subsequent levels of adult adaptation. *Journal of Adolescent Research*, 19 (4), 383-404.
- Schulz, R., & Martire, L. M. (2004). Family caregiving of persons with dementia: prevalence, health effects, and support strategies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 12 (3), 240-249.
- Schulze, B., & Rössler, W. (2005). Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004–2005. *Current Opinion in Psychiatry*, 18 (6), 684-691.
- Schwannauer, M. (2004). Cognitive behavioural therapy for bipolar affective disorder. *Mood Disorders*, 259.
- Sivrikaya, A. H., & Metin, K. (2013). Üniversite öğrencilerinin aile ve arkadaşlardan algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Beden Eğitimi ve Spor Bilimleri Dergisi*, 7(1).
- Smith, J. L., & Hollinger-Smith, L. (2015). Savoring, resilience, and psychological well-being in older adults. *Aging & Mental Health*, 19 (3), 192-200.
- Snyder, C. R. (2002). "Hope Theory: Rainbows in the Mind", *Psychological Inquiry*. 13 (4), 258.
- Soysal, M. N. (2016). Facebook bağımlılığı ve psikolojik dayanıklılık (*Master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü*).

Sprokay, S. L. (2015). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion, and psychological distress in families of people with dementia: A systematic review (*Doctoral dissertation, Pepperdine University*).

Stevens, A., Owen, J., Roth, D., Clay, O., Bartolucci, A., & Haley, W. (2004). Predictors of time to nursing home placement in White and African American individuals with dementia. *Journal of Aging and Health, 16* (3), 375-397.

Stringaris, A., & Youngstrom, E. (2014). Unpacking the differences in US/UK rates of clinical diagnoses of early-onset bipolar disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53* (6), 609-611.

Sungur, M. Z. (2013). İki uçlu bozuklukta bilişsel davranışçı terapilerin yeri ve önemi. *Journal of Mood Disorders, 3* (5).

Şahin, A., & Kardeş Özdemir, F. (2015). Hemşirelerin iletişim ve empati beceri düzeylerinin belirlenmesi. *GOP Taksim EAH Jaren, 1* (1), 1-7.

Şentürk, B. (2017). Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde ve Poliklinikte İzlenen Şizofreni Hastalarının Aile Desteği Alguları ile Yakınlarının Duygu Dışavurumu ve Depresyon Düzeylerinin Belirlenmesi (*Master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü*).

Taktak, Ş., Erkıran, M., Ğatay Karşıdağ, Ç., Özeren, M., & Alpay, N. (2000). Şizofren Olgularda Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi Üzerine Bir Çalışma. *Ulusal Psikiyatri Kongre Kitabı, 143-147*.

Tasgin, E., & Çetin, F. (2006). Ergenlerde major depresyon: risk etkenleri, koruyucu etkenler ve dayanıklılık. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 13* (2), 87-94.

Türk Dil Kurumu (TDK). Erişim Tarihi: 28.03.2019.

Teahan, Á., Lafferty, A., McAuliffe, E., Phelan, A., O'sullivan, L., O'shea, D., & Fealy, G. (2018). Resilience in family caregiving for people with dementia: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 33* (12), 1582-1595.

Tekin, E. (2011). Askeri hastanelerde çalışan hemşirelerin psikolojik dayanıklılık ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, Ankara*.

- Tel, H., & Ertekin Pınar, Ş. (2013). Kronik Ruhsal Sorunlu Hastaların Primer Bakım Vericilerinde Tükenmişlik ve Depresyon Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 4 (3).
- Terzi, Ş. (2008a). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılıkları ve algıladıkları sosyal destek arasındaki ilişki. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 3 (29), 1-11.
- Terzi, Ş. (2008b). Üniversite öğrencilerinde kendini toparlama gücü'nün içsel koruyucu faktörlerle ilişkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 35 (35), 297-306.
- Tohen, M., Calabrese, J. R., Sachs, G. S., Banov, M. D., Detke, H. C., Risser, R., Bowden, C. L. (2006). Randomized, placebo-controlled trial of olanzapine as maintenance therapy in patients with bipolar I disorder responding to acute treatment with olanzapine. *American Journal of Psychiatry*, 163 (2), 247-256.
- Topçu, Ç., Baker, Ö. E., & Aydın, Y. Ç. (2016). Temel empati ölçeği Türkçe uyarlaması: geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi*, 4 (34).
- Topçu, F. (2017). Üniversite öğrencilerinin psikolojik dayanıklılık düzeylerinde beş faktör kişilik özelliklerinin yordayıcı etkisinin incelenmesi (*Master's thesis, Fatih Sultan Mehmet Vakıf Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*).
- Treasure, J. (2004). exploration of psychological and physical health differences between caregivers and non-caregivers. *Evidence-Based Mental Health*, 7 (1), 28-29.
- Turnage, B. F., Hong, Y. J., Stevenson, A. P., & Edwards, B. (2012). Social work students' perceptions of themselves and others: self-esteem, empathy, and forgiveness. *Journal of Social Service Research*, 38 (1), 89-99.
- Ukpong, D. (2012). Şizofreni Hastalarına Bakım Veren Nijeryalılar Arasında Yük ve Ruhsal Sıkıntı: Pozitif ve Negatif Semptomların Rolü. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23 (1), 1-6.
- Ülker Tümlü, G., & Receptoğlu, E. (2013). Üniversite Akademik Personelinin Psikolojik Dayanıklılık ve Yaşam Doyumunu Arasındaki İlişki. *Journal of Higher Education & Science/Yükseköğretim ve Bilim Dergisi*, 3 (3).
- Ünal, G. (2003). Bipolar affektif bozukluğu olan hastaların aile işlevlerinin değerlendirilmesi. *Düşünen Adam*, 16 (1), 39-45.

- Van der Voort, T., Goossens, P., & Van Der Bijl, J. (2007). Burden, coping and needs for support of caregivers for patients with a bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 14 (7), 679-687.
- Vanderbilt-Adriance, E., & Shaw, D. S. (2006). Neighborhood risk and the development of resilience. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094 (1), 359-362.
- Vasudeva, S., Sekhar, C. K., Rao, P. G. (2013). Caregivers burden of patients with schizophrenia and bipolar disorder: A sectional study. *Indian journal of psychological medicine*, 35 (4), 352.
- Vega, P., Barbeito, S., De Azúa, S. R., Martínez-Cengotitabengoa, M., González-Ortega, I., Saenz, M., & González-Pinto, A. (2011). Bipolar disorder differences between genders: special considerations for women. *Women's Health*, 7 (6), 663-676.
- Veltman, A., Cameron, J. I., & Stewart, D. E. (2002). The experience of providing care to relatives with chronic mental illness. *The Journal of Nervous And Mental Disease*, 190 (2), 108-114.
- Vinayak, S., & Judge, J. (2018). Resilience and Empathy as Predictors of Psychological Wellbeing among Adolescents. *International Journal of Health Sciences & Research*, 8, 192-200.
- Wallace, K., Bisconti, T. L., & Bergeman, C. (2001). The mediational effect of hardiness on social support and optimal outcomes in later life. *Basic and Applied Social Psychology*, 23 (4), 267-276.
- Wals, M., Os, J. v., Reichart, C. G., Hillegers, M. H., Ormel, J., Verhulst, F. C., & Nolen, W. A. (2004). Multiple dimensions of familial psychopathology affect risk of mood disorder in children of bipolar parents. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 127 (1), 35-41.
- Wilks, S. E., & Croom, B. (2008). Perceived stress and resilience in Alzheimer's disease caregivers: Testing moderation and mediation models of social support. *Aging and Mental Health*, 12(3), 357-365.
- Wilks, S. E., Little, K. G., Gough, H. R., & Spurlock, W. J. (2011). Alzheimer's aggression: Influences on caregiver coping and resilience. *Journal of Gerontological Social Work*, 54 (3), 260-275.

- Wilks, S. E., Spurlock, W. R., Brown, S. C., Teegen, B. C., & Geiger, J. R. (2018). Examining spiritual support among African American and Caucasian Alzheimer's caregivers: A risk and resilience study. *Geriatric Nursing*, 39 (6), 663-668.
- Williams, A. (2001). A literature review on the concept of intimacy in nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 33 (5), 660-667.
- Wittenberg-Lyles, E., Debra, P. O., Demiris, G., Rankin, A., Shaunfield, S., & Kruse, R. L. (2012). Conveying empathy to hospice family caregivers: Team responses to caregiver empathic communication. *Patient Education and Counseling*, 89 (1), 31-37.
- Wong, D. F. K., Lam, A. Y. K., 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 and Quality Of Life Outcomes*, 10 (1), 15.
- Yağmur, T., & Türkmen, S. N. (2017). Ruhsal Hastalığı Olan Hastalara Bakım Veren Aile Üyelerinde Algılanan Stres ve Psikolojik Dayanıklılık. *Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 4 (1), 542-548.
- Yalçın, S. (2013). İlköğretim okulu öğretmenlerinin mesleki tükenmişlik düzeyleri ile stres, psikolojik dayanıklılık ve akademik iyimserlik arasındaki ilişki. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- Yates, T. M., Tyrell, F., & Masten, A. S. (2015). Resilience theory and the practice of positive psychology from individuals to societies. *Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life*, 773-788.
- Yeloğlu, Ç. H. (2017). Önemli bir ruh sağlığı sorunu: bipolar bozukluk. *Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi*, 8 (30), 41-54.
- Yeşil, T., Uslusoy, E. Ç., & Korkmaz, M. (2016). Kronik hastalığı olanlara bakım verenlerin bakım yükü ve yaşam kalitesinin incelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5 (4), 54-66.
- Yıldırım, A., Buzlu, S., Aşilar, R. H., Camcıoğlu, T. H., Erdiman, S., & Ekinci, M. (2014). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 25 (1).

- Yıldırım, S., Yalçın, N., & Güler, C. (2017). Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakımveren Yükü: Sistemik Derleme. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 8 (3).
- Yıldız, M., & Ünal, A. (2017). Bipolar bozukluğu olan hastalarda uyku kalitesi, biyolojik ritim örüntüsü ve yaşam kalitesinin tedavi uyumuyla ilişkisi. *Yaşam Becerileri Psikoloji Dergisi*, 1 (1), 10-23.
- Yıldız, M., Yazıcı, A., Çetinkaya, Ö., Bılıcı, R., & Elçım, R. (2010). Relatives' Knowledge and Opinions About Schizophrenia. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21 (2).
- Yılmaz, H., & Sipahioğlu, Ö. (2012). Farklı risk gruplarındaki ergenlerin psikolojik sağlamlıklarının incelenmesi. *İlköğretim Online*, 11 (4).
- Yılmaz, S., Hacıhasanoğlu, R., Çiçek, Z. (2006). Hemşirelerin Genel Ruhsal Durumlarının İncelenmesi. *STED*, 15/6: 92.
- Yönetmeliği, H. (2010). Resmi Gazete Sayısı: 27515. [menu/yasa-ve-yonetmelik/hemsirelik-yonetmeliği-2010-2011.aspx](http://www.resmigazete.gov.tr/yasa-ve-yonetmelik/hemsirelik-yonetmeliği-2010-2011.aspx).
- Zabala, M. J., Macdonald, P., & Treasure, J. (2009). Appraisal of caregiving burden, expressed emotion and psychological distress in families of people with eating disorders: A systematic review. *European Eating Disorders Review: The Professional Journal of the Eating Disorders Association*, 17 (5), 338-349.
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2010). Resilience in family members of persons with serious mental illness. *Nursing Clinics*, 45 (4), 613-626.
- Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2015). Indicators of resilience in family members of adults with serious mental illness. *Psychiatric Clinics*, 38 (1), 131-146.
- Zendjidian, X., Richieri, R., Adida, M., Limousin, S., Gaubert, N., Parola, N., Boyer, L. (2012). Quality of life among caregivers of individuals with affective disorders. *Journal of Affective Disorders*, 136 (3), 660-665.

EK- 1 Etik Kurul Onay Yazısı



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ



Sayı : 69396709-300
Konu : Etik Kurul Kararları

Sayın Hülya UĞURTAY

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 22/04/2019 tarih ve 2019/02 sayılı toplantısında alınan karar aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.

e-İmzalıdır
Prof. Dr. Ali Argun KARACABEY
Rektör (V.)

22/04/2019 tarih ve 2019/02 Sayılı Etik Kurulu kararı:

KARAR NO-11: Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı öğrencisi **Hülya UĞURTAY**'ın "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde İzlenen İkiçüçlü ve İlişkili Bozukluk Tanılı Hastaların Birincil Bakım Vericilerinde Empati ve Psikolojik Dayanıklılık" isimli çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda; öğrenci Hülya UĞURTAY'ın çalışmasıyla ilgili ilgili Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyelerinden Prof. Dr. Duran ÇAKMAK'ın da görüşü doğrultusunda söz konusu projenin uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Türkoba Mahallesi Erguvan Sokak No:26 / K 34537 Tepekent - Büyükçekmece/İSTANBUL (www.arel.edu.tr)
Aynur EKEN (Yazı İşleri Memuru) aynureken@arel.edu.tr

Tel: +90 850 8502735 Fax: +90 212 860 04 81
Evrakın elektronik imzalı suretine <https://e-belge.arel.edu.tr> adresinden 7e4866d5-82e7-409d-9603-a55f93068e99 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

EK- 2 Kurum İzin Yazısı Ekleri



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
S.B.Ü. BAKIRKÖY PROF. DR. MAZHAR OSMAN
RUH SAĞLIĞI VE SINIR HASTALIKLARI
SUAM



07.05.2019

TIPTA UZMANLIK EĞİTİMİ KURULU KARARI

İlgi : Hülya UĞURTAY'ın 25.04.2019 tarih ve E.15732 sayılı dilekçesi.

Hastanemizin Tıpta Uzmanlık Eğitim Kurulu Hastane Yönetici Başhekimisi Doç. Dr. Murat ERKIRAN, Eğitim Koordinatörü Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU, Doç. Dr. Bekir TUĞCU, Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI ve Doç. Dr. Gül KARAÇETİN'in katılımları ile 07.05.2019 tarihinde toplanmış;

Hastanemize bağlı Bağcılar Meydan Toplum Ruh Sağlığı Merkezinde Hemşire olarak görev yapan Hülya UĞURTAY'ın, İstanbul Üniv. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Yüksek Lisans Programında Prof. Dr. Hülya BİLGİN danışmanlığında yürüteceği "Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde İzlenen İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk Tanılı Hastaların Birincil Bakım Vericilerinde Empati ve Psikolojik Dayanıklılık" başlıklı araştırma protokolü ve ekleri 3359 Sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu'nun Ek 9. Maddesine, 06.06.2016 tarih ve 29744 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarına ait Sağlık Tesisleri ve Üniversitelere ait İlgili Birimlerin Birlikte Kullanımı ve İşbirliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmeliği'ne, 26.04.2014 tarih ve 28983 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Tıpta ve Dış Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliği'ne, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 13.02.2014 tarihli Eğitim Planlama Kurulunun (EPK) Görevlerine Dair Yönergeye dayanarak hazırlanmış olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık Eğitimi Yönergesine istinaden kurulumuzca **312 protokol kaydına esasen değerlendirilmiş, kurumumuzda uygulanması oy birliği ile uygun görülmüştür.**

Doç. Dr. Murat ERKIRAN
Başkan

Prof. Dr. Nesrin KARAMUSTAFALIOĞLU
Hastane Eğitim Koordinatörü

Doç. Dr. Bekir TUĞCU
Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği
Eğitim Görevlisi- Üye

Doç. Dr. H. Dilek ATAĞLI
Nöroloji Kliniği Eğitim Görevlisi
Üye

Doç. Dr. Gül KARAÇETİN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Eğitim Görevlisi- Üye

EK- 3 Ölçekler için Kullanım İzni Mailleri

11.12.2018

Posta - hulya ugurtay - Outlook

IRI Kişiler Arası Tepkisellik Ölçeği

ilhan Yargıç <iyargic@hotmail.com>

Sal 11.12.2018, 00:51

Kime: hulyaugurtay@hotmail.com <hulyaugurtay@hotmail.com>

📎 1 ek (176 KB)
IRI.rar;

Merhaba,

Ekte ölçeği gönderiyorum. Lütfen itemlerin sonundaki kısaltma ve işaretlere dikkat edin.

(-) ters olarak puanlanacak maddeleri ifade eder

PT = perspektif alma ölçeği
FS = fantazi ölçeği
EC = empatik düşünce ölçeği
PD = kişisel rahatsızlık ölçeği

Puanlama:

A = 0
B = 1
C = 2
D = 3
E = 4

Ters olarak puanlanacak maddeler için puanlama şu şekildedir:

A = 4
B = 3
C = 2
D = 1
E = 0

İyi çalışmalar

İY

<https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQMkADAwATZIZmYAZC05ODNjLTBkZABmLTAWAi0wMAoARgAAA1kaNWSs5txKvZmYN0Y8JqUHANKyJ...> 1/1

11.12.2018

Posta - hulya ugurtay - Outlook

yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeği

Nejat Basim <nbasim@gmail.com>

Çar 7.11.2018, 15:44

Kime: hulyaugurtay@hotmail.com <hulyaugurtay@hotmail.com>

📎 3 ek (542 KB)

psikolojik dayanıklılık olcegi_makale.pdf; Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği.doc; psikolojik dayanıklılık ölçeği değerlendirme notu.pdf;

Merhaba. Mesajınızı bu adresimden yanıtlıyorum. Ölçeği tabii ki kullanabilirsiniz. Ölçeğin yer aldığı makaleyi, makalenin sonunda yer alan ölçeğin word ortamındaki halini (kopyalayıp yapıştırması kolay olur) ve değerlendirme esaslarını içeren bilgi notunu ekte gönderiyorum. Çalışmalarınızda kolaylıklar dilerim.
Nejat /

--

Prof. Dr. H. Nejat Basım

Başkent Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dekanı

Bağlıca Kampüsü Fatih Sultan Mah. Eskişehir Yolu 18. Km. Etimesgut 06790 ANKARA

Tel: [312-2466645](tel:312-2466645)

e-posta: nbasim@gmail.com

e-posta: nbasim@baskent.edu.tr

<https://outlook.live.com/mail/inbox/id/AQMkADAwATZIZmYAZC05ODNjLTBkZABmLTAwAi0wMAoARgAAA1kaNWSs5txKvZmYNoY8JqUHANKyJ...> 1/1

EK- 4 Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Sizi Hülya Uğurtay tarafından yürütülen “Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde İzlenen İkiçlü ve İlişkili Bozukluk Tanılı Hastaların Birincil Bakım Vericilerinde Empati ve Psikolojik Dayanıklılık” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Araştırmada sizden tahminen 20-25 dakika ayırmanız istenmektedir. Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup kişisel bilgileriniz **gizli tutulacaktır**. Eğer araştırmanın amacı ile ilgili verilen bu bilgiler dışında şimdi veya sonra daha fazla bilgiye ihtiyaç duyarsanız araştırmacıya şimdi sorabilir veya hulyaugurtay36@gmail.com e-posta adresinden ulaşabilirsiniz. Araştırma tamamlandığında genel/size özel sonuçların sizinle paylaşılmasını istiyorsanız lütfen araştırmacıya iletiniz.

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları anladım. Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı/araştırmacılar tarafından yapıldı.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve telkin olmaksızın katılmayı kabul ediyorum,

Katılımcının :

Adı-Soyadı:

İmzası:

İletişim Bilgileri:

Telefon:



EK- 5 Bilgi Formu

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Bu çalışma Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde İzlenen İkiüçlü ve İlişkili Bozukluk Tanılı Hastaların Birincil Bakım Vericilerinde Empati ve Psikolojik Dayanıklılık düzeylerini incelemek amacıyla planlanmıştır. Ruhsal Hastalığı olan bir bireye bakım veren olarak yaşadıklarınızı ve deneyimlerinizi öğrenmek bizim için oldukça önemlidir. Çalışmanın yararlı olması ve gerçeği yansıtması için, lütfen her soruyu içtenlikle yanıtlayınız. Sorularda “doğru” ya da “yanlış” cevap yoktur. Bilgi Formu’nda isim belirtilmeyecek ve tüm bilgiler gizli tutulacaktır. Araştırmamıza verdiğiniz katkılardan dolayı teşekkür ederiz.

Hülya Uğurtay
İstanbul Arel Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Hemşirelik Anabilim Dalı
Yüksek Lisans Öğrencisi

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz:
 Kadın Erkek
3. Medeni durumunuz:
 Evli Bekâr Boşanmış
4. Eğitim durumunuz:
 Okur - yazar değil Ortaokul
 Okur - yazar Lise
 İlkokul Yüksekokul / Üniversite
5. Mesleğiniz nedir? (Açık şekilde yazınız).....
6. Çalışma durumunuz nedir?
 Tam gün Yarım gün Çalışmıyor
7. Sosyal güvenceniz:
 Var Yok
8. Aylık gelir durumunuza yönelik algılamanız
 Kötü (gelir giderden az) Orta (Gelir gidere eşit) İyi (Gelir giderden fazla)
9. Herhangi bir kronik fiziksel hastalığınız var mı?
 Hayır
 Evet lütfen rahatsızlığınızı ve aldığımız tedaviyi açıklayınız)...../.....
10. Herhangi bir tanı almış psikiyatrik hastalığınız var mı?
 Hayır
 Evet lütfen rahatsızlığınızı ve aldığımız tedaviyi açıklayınız

11. Bakmakla yükümlü olduğunuz iki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısı almış hasta ile yakınlık dereceniz:
() Anne () Baba () Çocuk () Kardeş () Eş () Diğer
(açıklayınız.....)
12. Bakım verilen hasta ile aynı evde mi yaşıyorsunuz?
() Evet () Hayır
13. Hasta birey haricinde evde kimler yaşamaktadır?
Belirtiniz (.....)
14. Bakım verdiğiniz hastaya hastalık tanısı konduğundan bu yana geçen süre:..... ay/yıl
15. Bakım verdiğiniz hastanın hastalığı nedeniyle tedavi görme süresi:.....ay/yıl
16. Psikiyatrik rahatsızlığı olan yakınınıza bakım verme süreniz:.....ay/yıl
17. İki uçlu ve ilişkili bozukluk tanısına sahip olan hasta dışında , (sağlık sorunları nedeniyle) bakmakla yükümlü olduğunuz kişi/kişiler var mı? (Cevabınız “Yok” ise 19. soruya geçiniz)
() Var (Açıklayınız).....
() Yok
18. Cevabınız “Var” ise, bu kişi/kişilerin rahatsızlığı nedir (açıklayınız.....)
19. Psikiyatrik rahatsızlığı olan bir yakınınıza bakım veriyor olmak kendinizi nasıl hissettiriyor?
(Birden fazla seçeneği işaretleyebilirsiniz.)
() Kaygılı () Çaresiz () Korkulu () Cesur () Güçlü
() Öfkeli () Hiçbir şey hissetmiyorum () Huzurlu () Mutlu
() Suçlu () Pişman () Yalnız () Umutsuz () Üzgün
() Diğer (Açıklayınız).....
20. Yakınınızın psikiyatrik rahatsızlığına bağlı tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamada kendinizi ne kadar yeterli buluyorsunuz. Aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz:

(0 –Hiç yeterli değilim) (10- Çok yeterliyim)
21. Bakım verdiğiniz hastanın almış olduğu psikiyatrik rahatsızlık tanısı ile ilgili bilgi düzeyinizi nasıl değerlendirirsiniz? Aşağıdaki çizgi üzerinde işaretleyiniz:

(0 –Hiç yeterli değilim) (10- Çok yeterliyim)

22. Yakınınızın tedavi ve bakım gereksinimlerini karşılamada, yardım alma durumunuzu işaretleyiniz: (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- a. Yardım almıyorum (Tüm sorumluluklar yalnızca bana ait)
- b. Eşimden yardım alıyorum
- c. Akrabalarımından yardım alıyorum
- d. Arkadaşlarımdan yardım alıyorum
- e. Diğer (Açıklayınız).....

EK- 6 Kişilerarası Tepkisellik İndeksi

Kişilerarası Tepkisellik İndeksi

CEVAP CETVELİ:

A	B	C	D	E
BENİ				BENİ ÇOK
İYİ BİR ŞEKİLDE				İYİ BİR ŞEKİLDE
TANIMLAMİYOR				TANIMLIYOR

- Başıma gelebilecek olan şeyler hakkında, zaman zaman hayaller ve fanteziler kurarım.
A B C D E
- Benden daha talihsiz insanlar için genellikle merhametli, alakalı hisler duyarım.
A B C D E
- Olayları “bir başka kişinin” bakış açısından görmeyi zor bulurum.
A B C D E
- Başka kimselerin problemleri olduğunda, onlar için fazla üzülmem.
A B C D E
- Bir romandaki karakterlerin duygularını gerçekten içimde hissedirim
A B C D E
- Acil durumlarda, vesveseli ve rahatsız hissedirim.
A B C D E
- Bir piyes veya film izlerken genellikle tarafsızımdır ve sıklıkla kendimi ona tamamen kaptırmam.
A B C D E
- Bir karara varmadan önce diğerlerinin anlayamadığı yönlerden olaya bakmaya çalışırım.
A B C D E
- Birinden yararlanıldığımı gördüğümde, ona karşı koruyucu olduğumu hissedirim.
A B C D E
- Çok heyecanlı bir durum içinde olduğumda çaresizlik hissedirim.
A B C D E
- Arkadaşlarımın bakış açısından olayların nasıl görüldüğünü gözümde canlandırarak onları daha iyi anlamaya gayret ederim.
A B C D E
- İyi bir kitaba veya filme son derece kapılmak benim için bir parça nadir bir durumdur.
A B C D E
- Birinin incindiğini gördüğümde, sakın kalma eğilimindeyimdir.
A B C D E
- Başka kimselerin talihsizlikleri genellikle beni büyük ölçüde rahatsız etmez
A B C D E

CEVAP CETVELİ:

EK-6 Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (Devamı)

- | A | B | C | D | E |
|-----------------|---|---|---|-----------------|
| BENİ | | | | BENİ ÇOK |
| İYİ BİR ŞEKİLDE | | | | İYİ BİR ŞEKİLDE |
| TANIMLAMİYOR | | | | TANIMLIYOR |
| 15. | Bir şeyde haklı olduğumdan eminsem, başkalarının fikirlerini dileyerek fazla zaman harcamam. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 16. | Bir piyes veya filmi gördükten sonra, karakterlerden biriymişim gibi hissetmişimdir. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 17. | Gergin duyguların olduğu bir ortamda olmak beni korkutur. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 18. | Birine haksız davranıldığını gördüğümde, onlar için bazen çok fazla acıma hissetmem. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 19. | Genellikle acil durumların üstesinden gelmede çok becerikliyimdir. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 20. | Gördüğüm şeyler bana oldukça dokunur. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 21. | Her sorunun iki yönü olduğuna inanırım ve her iki yönden de bakmaya çalışırım. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 22. | Kendimi oldukça yumuşak kalpli bir kişi olarak tanımlarım. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 23. | İyi bir film seyrettiğimde, kendimi çok kolaylıkla baş karakterin yerine koyabilirim. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 24. | Acil durumlarda kontrolü kaybetmeye eğilimliyimdir. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 25. | Birine kızdığımda, genellikle bir süre için kendimi onun yerine koymaya çalışırım. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 26. | İlginç bir hikaye veya roman okuduğumda, hikayedeki olaylar benim başıma gelse neler hissedeceğimi gözümde canlandırırım. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 27. | Acil bir durumda çok yardıma ihtiyacı olan birini gördüğümde, param parça olurum. | | | |
| A | B | C | D | E |
| 28. | Birilerini eleştirmeden önce, onların yerinde olsam nasıl hissedeceğimi gözümün önünde canlandırmaya çalışırım. | | | |
| A | B | C | D | E |

EK-6 Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (Devamı)

CEVAP CETVELİ:

A	B	C	D	E
BENİ				BENİ ÇOK
İYİ BİR ŞEKİLDE				İYİ BİR ŞEKİLDE
TANIMLAMİYOR				TANIMLIYOR

16. Bir piyes veya filmi gördükten sonra, karakterlerden biriymişim gibi hissetmişimdir. (FS)
A B C D E
17. Gergin duyguların olduğu bir ortamda olmak beni korkutur. (PD)
A B C D E
18. Birine haksız davranıldığını gördüğümde, onlar için bazen çok fazla acıma hissetmem. (EC) (-)
A B C D E
19. Genellikle acil durumların üstesinden gelmede çok becerikliyimdir. (PD) (-)
A B C D E
20. Gördüğüm şeyler bana oldukça dokunur. (EC)
A B C D E
21. Her sorunun iki yönü olduğunu inanırım ve her iki yönden de bakmaya çalışırım. (PT)
A B C D E
22. Kendimi oldukça yumuşak kalpli bir kişi olarak tanımlarım. (EC)
A B C D E
23. İyi bir film seyrettiğimde, kendimi çok kolaylıkla baş karakterin yerine koyabilirim. (FS)
A B C D E
24. Acil durumlarda kontrolü kaybetmeye eğilimliyimdir. (PD)
A B C D E
25. Birine kızdığımda, genellikle bir süre için kendimi onun yerine koymaya çalışırım. (PT)
A B C D E
26. İlginç bir hikaye veya roman okuduğumda, hikayedeki olaylar benim başıma gelse neler hissedeceğimi gözümde canlandırırım. (FS)
A B C D E
27. Acil bir durumda çok yardıma ihtiyacı olan birini gördüğümde, param parça olurum. (PD)
A B C D E
28. Birilerini eleştirmeden önce, onların yerinde olsam nasıl hissedeceğimi gözümün önünde canlandırmaya çalışırım. (PT)
A B C D E

NOT: (-) ters olarak puanlanacak maddeleri ifade eder

PT = perspektif alma ölçeği
FS = fantazi ölçeği
EC = empatik düşünce ölçeği
PD = kişisel rahatsızlık ölçeği

A = 0
B = 1
C = 2
D = 3
E = 4

EK-6 Kişilerarası Tepkisellik İndeksi (Devamı)

Ters olarak puanlanacak maddeler için puanlama şu şekildedir:

A = 4

B = 3

C = 2

D = 1

E = 0

EK- 7 Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği	
1. Beklenmedik bir olay olduğunda...	
Her zaman bir çözüm bulurum	Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem
2. Gelecek için yaptığım planların...	
Başarılması zordur	Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır...	
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda	Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum	
Diğer kişilerle birlikte	Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı...	
Benimkinden farklıdır	Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ...	
Hiç kimseyle tartışmam	Arkadaşlarımla/Aile-üleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi...	
Çözemem	Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi...	
Nasıl başaracağımı bilirim	Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ...	
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım	Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak	
Önemli değildir	Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim	
Çok mutlu	Çok mutsuz
12. Beni	
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirir	Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim...	
Olduğuna çok inanırım	Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin .. olduğunu hissediyorum	
Ümit verici	Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir...	
Zamanımı planlama	Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir	
Kolayca yapabildiğim	Yapmakta zorlandığım

EK-7 Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği (Devamı)

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği	
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ...	
Birbirinden bağımsız	Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ...	
Zayıftır	Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ...	
Çok fazla güvenmem	Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ...	
Belirsizdir	İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ...	
Günlük yaşamımda yoktur	Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ...	
Benim için zordur	Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ...	
Geleceğe pozitif bakar	Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında...	
Bana hemen haber verilir	Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken	
Kolayca gülerim	Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:	
Birbirlerini desteklemez biçimde	Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım	
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden	Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır	
Her şeyi umutsuzca gören bir	Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için ...	
Zordur	Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ...	
Bana yardım edebilecek kimse yoktur	Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ...	
Başta çıkmaya çalışırım	Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ...	
İşleri bağımsız olarak yapmayı	İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ...	
Yeteneklerimi beğenirler	Yeteneklerimi beğenmezler

EK-7 Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği (Devamı)

Yetişkinler için Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğinin Değerlendirmesi

Ölçek maddelerinin değerlendirilmesi orijinal çalışmada olduğu gibi serbest bırakılmıştır. Anketi değerlendirmeden önce katılımcılara uygulayınız, uygulama sonucunda ise cevapların değerlendirmesini kendiniz yapınız. Tanışıklık (aşinalık) önyargısından (acquaintance bias) kurtulmak için hazırlanan ve cevapların karşısında bulunan 5 kutucuk 5'li Likert biçiminde düşünülerek istediğiniz biçimde değerlendirme yapabilirsiniz.

Puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa, cevap kutucuklarının soldan sağa doğru 12345 olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu görüş dikkate alınrsa ölçekteki; 1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters sorular olacaktır (eğer puanlar azaldıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa; cevap kutucukları 54321 olarak değerlendirilecek ve ters sorular bu durumda 2-5-6-7-9-10-17-18-19-20-21-22-26-28-29-30-32 numaralı sorular olacaktır).

Örnek bir değerlendirme;

Puanlar arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa 1nci soru ters, 2nci soru düz değerlendirilmelidir:

1. *Beklenmedik bir olay olduğunda...*

Her zaman bir çözüm bulurum

1	2	3	4	5
			*	

Çoğu kez ne yapacağımı kestiremem

(değerlendirmede katılımcının cevabını 6'dan çıkarmak gerekmektedir, yani 6-4=2 dir.)

2. *Gelecek için yaptığım planların*

Başarılması zordur

1	2	3	4	5
*				

Başarılması mümkündür

(düz olduğu için aynen yazılır=1)

ÖZGEÇMİŞ

Soyadı, Adı: UĞURTAY, Hülya

Doğum Yeri, Tarihi: Ereğli 08/12/1979

E-posta: hulyaugurtay@hotmail.com



Eğitimi	Okul/Program	Mezuniyet Tarihi
Yüksek Lisans	İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü- Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	Devam ediyor
Lisans	Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2011
Önlisans	Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu	1999

İş Deneyimi

Yıl	Yer	Görev
2013-Halen devam ediyor	T.C. Sağlık Bakanlığı SBÜ İstanbul Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları EAH	Hemşire
2005-2007	T.C. Sağlık Bakanlığı Beykoz Devlet Hastanesi	Hemşire
2001-2005	Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı Paşabahçe Hastanesi	Hemşire

Kongre, Sempozyum:

1. 19-23 Mart 2018 ‘‘Toplum Ruh Sağlığı Çalışma Rehberi Eğitimi’’, T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, ANKARA.
2. 8 Mart-7 Haziran 2018 ‘‘Psikodrama Yaşantı Grubu’’, T.C. Sağlık Bakanlığı SBÜ İstanbul Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İSTANBUL.
3. T.C. Sağlık Bakanlığı SBÜ İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi Sertifika Programı 3. Dönem-2019, Eğitimci, İSTANBUL.