



**T.C.**

**TOKAT GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**PSİKIYATRI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**DOKTORA PROGRAMI**

**PSİKIYATRI KLİNİKLERİNE ÖZGÜ ÇEVİRİMİÇİ SANAL AİLE  
ZİYARETİ UYGULAMASININ ANKSİYETE STRES DEPRESYON  
SOSYAL DESTEK ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERE ETKİSİ**

**DOKTORA TEZİ**

**Burak ŞİRİN**

**Danışman**

**Prof. Dr. Nermin GÜRHAN**

**TOKAT- 2024**

## ETİK SÖZLEŞME

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü tez yazım kılavuzuna göre, Prof. Dr. Nermin GÜRHAN danışmanlığında hazırlamış olduğum **“Psikiyatri Kliniklerine Özgü Çevrimiçi Sanal Aile Ziyareti Uygulamasının Anksiyete Stres Depresyon Sosyal Destek Algısı ve İlişkili Faktörlere Etkisi”** adlı Doktora tezinin bilimsel etik değerlere ve kurallara uygun, özgün bir çalışma olduğunu, aksinin tespit edilmesi halinde her türlü yasal yaptırımını kabul edeceğimi beyan ederim.

03/05/2024

Burak ŞİRİN

İmza

**JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI**

## TEŞEKKÜR

Lisans öğrenimimden itibaren beni destekleyen, bana güvenen, sevgisini en içten duygularla hissettiğim, akademiye inanmamı sağlayan, zorluklara karşı dik duruşuyla örnek olan, bilime inanan, kendisinden her zaman yeni şeyler öğreneceğime inandığım, önümde veya arkamda değil sürekli yanımda hissettiğim, değerli fikirleri ile bana daima yol gösteren; benzeri bulunmadığına inandığım ruhiyatçı, öğretmenim ve bir danışmandan çok daha fazlası olan Sayın Prof. Dr. Nermin GÜRHAN'a,

Tezim süresi boyunca değerli katkı ve görüşleriyle bana yol gösteren Doç. Dr. Bahadır Geniş'e, Dr. Öğr. Üyesi Tülay YILMAZ BİNGÖL'e ve Dr. Öğr. Üyesi Birgül VURAL'a,

Doktora Tez Savunma sınavım sırasında ve sonrasında değerli katkıları için Doç. Dr. Nurgül ÖZDEMİR'e

Tez çalışmamın uygulaması veri toplama sürecinde desteklerini her zaman gördüğüm başta Uzm. Hem. Özgür ÇAĞLAR olmak üzere Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri Servisinin değerli sağlık profesyonellerine,

Akademik süreçte desteğini ve bilgisini sürekli yanımda hissettiğim başta dostum ve değerli meslektaşım Dr. Halil İbrahim BİLKAY olmak üzere Dr. Tuğba SARI'ya, Dr. Büşra KARAKUYMAK'a ve Ör. Gör. Ceyda ÖZTÜRK AKDENİZ'e,

Eğitim hayatım ve akademik sürecimde bana desteklerini esirgemeyen ve emeği büyük olan aileme,

Çalışmaya katılmayı kabul etmiş sabırla çalışmaya katılımı sürdüren tüm değerli katılımcılar ve ailelerine teşekkür ederim.

Burak ŞİRİN

03/05/2024

## İTHAF

Güzel ve azimli bir sürecin sonucu olan doktora tezimi, aklı ve bilimi önceleyen açtığı yoldan durmadan yürüyeceğime söz verdiğim Ulu Önder Gazi Mustafa Kemal ATATÜRK' e ve canım kızım Defne' ye ithaf ediyorum...

Burak ŞİRİN

03/05/2024



## ÖZET

### PSİKİYATRİ KLİNİKLERİNE ÖZGÜ ÇEVİRİMİÇİ SANAL AİLE ZİYARETİ UYGULAMASININ ANKSİYETE STRES DEPRESYON SOSYAL DESTEK ALGISI VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLERE ETKİSİ

Şirin, Burak

Doktora, Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

Mayıs 2024, xv + 126 sayfa

Bu araştırmada çevrimiçi görüşme programı ile sanal aile ziyareti uygulamasının depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğuna sahip bireylerin depresyon, anksiyete, stres, algılanan sosyal destek, tedavi motivasyonu, hastalık şiddeti ve klinik işlevsellik düzeylerine etkisi amaçlanmıştır. Çevrimiçi görüşme programı ile sanal aile ziyaretlerinin etkinliğini incelemek amacıyla kontrol gruplu ve sıralı ölçümlü yarı deneysel çalışma deseni yöntemi kullanılmıştır. Araştırma ön test, ara ölçüm ve son test ölçümlerinden oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Psikiyatri Yataklı Servisinde 15.08.2023 – 15.02.2024 tarihleri arası yatarak tedavi gören tüm Depresif Bozukluk ve Anksiyete Bozukluğu tanılı 104 birey (Deney depresif bozukluk grubu:26, Deney anksiyete bozukluğu grubu:26, Kontrol depresif bozukluk grubu:26, Kontrol anksiyete bozukluğu grubu:26) oluşturmaktadır. Araştırmanın veri toplama süreci 15.08.2023 – 15.02.2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Psikiyatrik tanısı olan bireylere özgü çevrimiçi görüşme programı ile tanı almış bireyler ve yakınlarına sanal aile ziyareti yapılmıştır. Bu süreçte veri toplama aracı olarak ön test, ara ölçüm ve son test yapılmak üzere Tanıtıcı Bilgi Formu (TBF), Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği (DASS-21), Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS), Tedavi Motivasyon Anketi (TMA), Global Değerlendirme Ölçeği, Klinik Genel İzlenim Ölçeği olarak uygulanmıştır. En az 4 kez planlanan sanal ziyaretlerin sonucunda bireylere, “Hasta İçin Görüşme Değerlendirme Formu”; birey yakınlarına “Hasta Yakını İçin Görüşme Değerlendirme Formu” uygulanmıştır. Her birey için ortalama 9 sanal aile ziyareti yapılmıştır. Araştırma süreci 104 katılımcı ile sona ermiştir. Araştırmanın bulgularına göre DASS-21 ( $p<0.05$ ) %44 düzeyinde, MSPSS ( $p<0.001$ ) %41.5 düzeyinde, TMA İçsel Motivasyon alt boyutunda %43.2 düzeyinde, Dışsal Motivasyon alt boyutunda %9,1 düzeyinde, Yardım Arayışı alt boyutu %24,2 düzeyinde, Klinik Global İzlenim Ölçeği

( $p<0.05$ ) %14.2 düzeyinde ve Global Değerlendirme Ölçeği ( $p<0.05$ ) %9.3 düzeyinde etki etmiş ve tüm ölçeklerin toplam puanları üzerinde anlamlı fark oluşturmuştur. Çalışma sonucunda Sanal Aile Ziyaretinin depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğuna sahip bireylerin depresyon, anksiyete, stres ve hastalık yükü düzeylerini düşürürken; algılanan sosyal destek, tedavi motivasyonu ve işlevsellik düzeylerini arttırdığı saptanmıştır. Bireylerin ve yakınlarının görüşleri sonucunda sanal ziyaret uygulamasından memnun olduklarını ve uygulamanın işlevsel ve etkili olduğu belirlenmiştir. Bu sonuçlara dayanarak psikiyatri yataklı servislerinde ruhsal bozukluğa sahip bireylerin aile ziyaretlerini kolaylaştırmak ve teknoloji destekli müdahalelerin geliştirilmesi amacıyla ruh sağlığı hizmeti veren kurumlarda uygulamanın entegre edilmesi ve yaygınlaştırılması önerilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Aile Ziyareti, Anksiyete, Depresyon, Sanal Görüşme, Sosyal Destek

**ABSTRACT****THE EFFECT OF ONLINE VIRTUAL FAMILY VISITATION APPLICATION  
SPECIFIC TO PSYCHIATRIC CLINICS ON ANXIETY STRESS DEPRESSION  
PERCEPTION OF SOCIAL SUPPORT AND RELATED FACTORS**

Şirin, Burak

PhD, Department of Psychiatric Nursing

Thesis Advisor: Prof. Dr. Nermin GÜRHAN

May 2024, xv + 126 pages

In this study, the effect of online interview program and virtual family visit application on depression, anxiety, stress, perceived social support, treatment motivation, disease severity and clinical functioning levels of individuals with depressive disorder and anxiety disorder was aimed. A quasi-experimental study design method with control group and sequential measurement was used to examine the effectiveness of virtual family visits with an online interview program. The study consisted of pretest, midterm and posttest measurements. The sample of the study consisted of 104 individuals diagnosed with Depressive Disorder and Anxiety Disorder (Experimental depressive disorder group: 26, Experimental anxiety disorder group: 26, Control depressive disorder group: 26, Control anxiety disorder group: 26) who were hospitalized in Tokat Gaziosmanpaşa University Psychiatric Inpatient Service between 15.08.2023-15.02.2024. The data collection process of the study was carried out between 15.08.2023 – 15.02.2024. Individuals and their relatives who were diagnosed with an online interview program specific to individuals with psychiatric diagnoses and virtual family visits were made. In this process, the Introductory Information Form (IIF), Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Treatment Motivation Questionnaire (TMA), Global Assessment Scale, Clinical General Impression Scale were applied as data collection tools for pretest, interim measurement and posttest. At the end of the virtual visits planned at least 4 times, "Interview Evaluation Form for Patient" was applied to the individuals and "Interview Evaluation Form for Relatives" was applied to their relatives. An average of 9 virtual family visits were made for each individual. The research process ended with 104 participants. According to the findings of the study, DASS-21 ( $p<0.05$ ) had an effect at the level of 44%, MSPSS ( $p<0.001$ ) at the level of 41.5%, TMA Intrinsic Motivation sub-dimension at the level of

43.2%, Extrinsic Motivation sub-dimension at the level of 9.1%, Help Seeking sub-dimension at the level of 24.2%, Clinical Global Impression Scale ( $p<0.05$ ) at the level of 14.2% and Global Assessment Scale ( $p<0.05$ ) at the level of 9.3% and made a significant difference on the total scores of all scales. As a result of the study, it was found that the Virtual Family Visit decreased the levels of depression, anxiety, stress and burden of illness of individuals with depressive disorder and anxiety disorder, while increasing the levels of perceived social support, treatment motivation, and functionality. As a result of the opinions of individuals and their relatives, it was determined that they were satisfied with the virtual visit application and that the application was functional and effective. Based on these results, it is recommended that the application should be integrated and disseminated in institutions providing mental health services in order to facilitate family visits of individuals with mental disorders in psychiatric inpatient services and to develop technology-supported interventions.

**Keywords:** Family Visit, Anxiety, Depression, Virtual Interview, Social Support

## İÇİNDEKİLER

|                                                                                                |            |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ETİK SÖZLEŞME .....</b>                                                                     | <b>i</b>   |
| <b>JÜRİ KABUL VE ONAY SAYFASI .....</b>                                                        | <b>ii</b>  |
| <b>TEŞEKKÜR .....</b>                                                                          | <b>iii</b> |
| <b>İTHAF .....</b>                                                                             | <b>iv</b>  |
| <b>ÖZET .....</b>                                                                              | <b>v</b>   |
| <b>ABSTRACT.....</b>                                                                           | <b>vii</b> |
| <b>İÇİNDEKİLER.....</b>                                                                        | <b>ix</b>  |
| <b>TABLolar LİSTESİ .....</b>                                                                  | <b>xii</b> |
| <b>ŞEKİLLER LİSTESİ .....</b>                                                                  | <b>xiv</b> |
| <b>KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ.....</b>                                                    | <b>xv</b>  |
| <b>1.GİRİŞ .....</b>                                                                           | <b>1</b>   |
| 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi .....                                                           | 1          |
| 1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi .....                                                         | 5          |
| <b>2. GENEL BİLGİLER.....</b>                                                                  | <b>7</b>   |
| 2.1. Ruhsal Bozukluklar .....                                                                  | 7          |
| 2.2. Depresif Bozukluklar .....                                                                | 7          |
| 2.2.1. Depresif Bozukluklarında Anksiyete Varlığı .....                                        | 8          |
| 2.2.2. Depresif Bozukluklarda Stres .....                                                      | 8          |
| 2.2.3. Depresif Bozukluklarda Sosyal Destek.....                                               | 9          |
| 2.3. Anksiyete Bozuklukları.....                                                               | 10         |
| 2.3.1. Anksiyete Bozuklukları ve İlişkili Faktörler .....                                      | 11         |
| 2.3.2. Anksiyete Bozukluklarında Stres .....                                                   | 12         |
| 2.3.3. Anksiyete Bozukluklarında Sosyal Destek .....                                           | 13         |
| 2.4. Psikiyatri Servislerinde Hasta Ziyaret Uygulamaları.....                                  | 14         |
| 2.4.1 Psikiyatri servislerinde Hasta Ziyaret Uygulamalarının Depresyon Üzerine Etkileri .....  | 15         |
| 2.4.2. Psikiyatri Servislerinde Hasta Ziyaret Uygulamalarının Anksiyete Üzerine Etkileri ..... | 15         |
| 2.4.3. Psikiyatri Servislerinde Hasta Ziyaret Uygulamalarının Stres Üzerine Etkileri .....     | 16         |
| 2.4.4. Psikiyatri Servislerin Aile Ziyaretlerinin Sosyal Destek Üzerine Etkisi .....           | 17         |
| 2.4.5. Hasta Ziyareti Uygulamalarının Tedavi Motivasyonuna Etkisi.....                         | 18         |

|                                                                                                                                           |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 2.4.6. Hasta Ziyareti Uygulamalarının Avantaj ve Dezavantajları .....                                                                     | 18         |
| 2.4.7. Psikiyatri Hemşiresinin Hasta Ziyareti Uygulamalarındaki Rollerini.....                                                            | 19         |
| 2.5. Dijital Psikiyatri Uygulamaları .....                                                                                                | 20         |
| 2.6. Dijital Psikiyatri Uygulamaları .....                                                                                                | 20         |
| 2.7. Dijital Psikiyatri Uygulamalarının Avantaj ve Dezavantajları .....                                                                   | 23         |
| <b>3. YÖNTEM .....</b>                                                                                                                    | <b>25</b>  |
| 3.1. Araştırmanın Tasarımı .....                                                                                                          | 25         |
| 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....                                                                                             | 25         |
| 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....                                                                                               | 26         |
| 3.3.1 Araştırmanın Evreni .....                                                                                                           | 26         |
| 3.3.2. Araştırmanın Örneklemi .....                                                                                                       | 26         |
| 3.3.3. Kontrol ve Deney Grubunun Oluşturulması.....                                                                                       | 28         |
| 3.4. Araştırmanın Hipotezleri.....                                                                                                        | 28         |
| 3.5. Araştırmanın Değişkenleri ve Veri Toplama Araçları .....                                                                             | 29         |
| 3.5.1. Veri Toplama Araçları.....                                                                                                         | 29         |
| 3.6. Veri Toplama Süreci .....                                                                                                            | 32         |
| 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....                                                                                                    | 36         |
| 3.8. Araştırmanın Etik Boyutu .....                                                                                                       | 36         |
| 3.9. Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları.....                                                                                    | 37         |
| <b>4. BULGULAR.....</b>                                                                                                                   | <b>39</b>  |
| <b>5.TARTIŞMA.....</b>                                                                                                                    | <b>74</b>  |
| 5.1 Bireylerin Tanıtıcı Özelliklerinin Tartışılması.....                                                                                  | 74         |
| 5.2. DASS-21 Ölçüm Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması .....                                                                       | 75         |
| 5.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (MSPSS) Ölçüm Puanlarına Yönelik Bulguların Tartışılması.....                             | 79         |
| 5.3. Tedavi Motivasyon Anketi İçsel Motivasyon, Dışsal Motivasyon ve Yardım Arayışı Alt Boyutlarına Yönelik Bulguların Tartışılması ..... | 82         |
| 5.4. Global Değerlendirme Ölçeği Bulguların Tartışılması .....                                                                            | 84         |
| 5.5. Klinik Global İzlenim Ölçeği Bulguların Tartışılması.....                                                                            | 85         |
| 5.6. Görüşme Değerlendirme Formlarına Yönelik Bulguların Tartışılması .....                                                               | 86         |
| <b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>                                                                                                          | <b>88</b>  |
| <b>KAYNAKÇA.....</b>                                                                                                                      | <b>90</b>  |
| <b>EKLER .....</b>                                                                                                                        | <b>111</b> |



## TABLOLAR LİSTESİ

- Tablo 3.1.** : Verilerin analizinde kullanılan istatistiksel yöntemler
- Tablo 4.1.** : Deney ve kontrol grubundaki depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanımlı bireylerin tanımlı özelliklerinin dağılımı ve karşılaştırılması
- Tablo 4.2.** : DASS-21 ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması
- Tablo 4.3.** : DASS-21 toplam puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları
- Tablo 4.4.** : Depresyon alt boyut puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları
- Tablo 4.5.** : Anksiyete alt boyut puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları
- Tablo 4.6.** : Stres alt boyut puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları
- Tablo 4.7.** : MSPSS ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması
- Tablo 4.8.** : MSPSS toplam puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları
- Tablo 4.9.** : Aile alt boyut puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları
- Tablo 4.10.** : Arkadaş alt boyut puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları
- Tablo 4.11.** : Özel bir insan alt boyut puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları
- Tablo 4.12.** : TMA-işsel motivasyon alt boyutu ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması
- Tablo 4.13.** : TMA- işsel motivasyon alt boyut puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları
- Tablo 4.14.** : TMA- dışsal motivasyonu alt boyutu ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması
- Tablo 4.15.** : TMA- dışsal motivasyon alt boyut puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları
- Tablo 4.16.** : TMA-yardım arayışı alt boyutu ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması
- Tablo 4.17.** : TMA-yardım arayışı alt boyut puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları
- Tablo 4.18.** : Global değerlendirme ölçeği ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması
- Tablo 4.19.** : Global değerlendirme ölçeği puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları

**Tablo 4.20.** : Klinik global izlem ölçeği ölçüm puanlarının gruplar arası karşılaştırması

**Tablo 4.21.** : Klinik global izlem ölçeği puanlarına ilişkin karışık ölçümler için iki faktörlü ANOVA sonuçları



## ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 3.1.** : Örneklem büyüklüğü hesaplama değerleri
- Şekil 3.2.** : Veri toplama süreci
- Şekil 3.3.** : Araştırma akış diyagramı
- Şekil 4.1.** : Ölçümlere göre grupların DASS-21 toplam puanlarındaki değişim
- Şekil 4.2.** : Ölçümlere göre grupların depresyon alt boyut puanlarındaki değişim
- Şekil 4.3.** : Ölçümlere göre grupların anksiyete alt boyut puanlarındaki değişim
- Şekil 4.4.** : Ölçümlere göre grupların stres alt boyut puanlarındaki değişim
- Şekil 4.5.** : Ölçümlere göre grupların MSPSS toplam puanlarındaki değişim
- Şekil 4.6.** : Ölçümlere göre grupların aile alt boyut puanlarındaki değişim
- Şekil 4.7.** : Ölçümlere göre grupların arkadaş alt boyut puanlarındaki değişim
- Şekil 4.8.** : Ölçümlere göre grupların özel bir insan alt boyut puanlarındaki değişim
- Şekil 4.9.** : Ölçümlere göre grupların TMA-işsel motivasyon alt boyut puanlarındaki değişim
- Şekil 4.10.** : Ölçümlere göre grupların dışsal motivasyon alt boyut puanlarındaki değişim
- Şekil 4.11.** : Ölçümlere göre grupların yardım arayışı alt boyut puanlarındaki değişim
- Şekil 4.12.** : Ölçümlere göre grupların global değerlendirme ölçeği puanlarındaki değişim
- Şekil 4.13.** : Ölçümlere göre grupların klinik global izlem ölçeği puanlarındaki değişim

## KISALTMALAR VE SİMGELER LİSTESİ

| <b>Kısaltmalar</b>         | <b>Açıklama</b>                                         |
|----------------------------|---------------------------------------------------------|
| <b>DSM-5</b>               | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 |
| <b>TSSB</b>                | Travma Sonrası Stres Bozukluğu                          |
| <b>GBD</b>                 | Global Burden of Disease                                |
| <b>BDT</b>                 | Bilişsel Davranışçı Terapi                              |
| <b>TÜİK</b>                | Türkiye İstatistik Kurumu                               |
| <b>DASS-21</b>             | Depresyon Anksiyete Stres Ölçeği Kısa Formu             |
| <b>MSPSS</b>               | Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği              |
| <b>TMA</b>                 | Tedavi Motivasyon Anketi                                |
| <b>TBF</b>                 | Tanıtıcı Bilgi Formu                                    |
| <b>T.C.</b>                | Türkiye Cumhuriyeti                                     |
| <b>SPSS</b>                | Statistical Package for the Social Sciences             |
| <b>ANOVA</b>               | Tek Yönlü Varyans Analizi                               |
| <b>Simgeler</b>            | <b>Açıklama</b>                                         |
| <b>n</b>                   | Örneklem                                                |
| <b>p</b>                   | Anlamlılık Düzeyi                                       |
| <b><math>\eta^2</math></b> | Etki Büyüklüğü                                          |
| <b><math>\chi^2</math></b> | Ki-Kare Testi                                           |
| <b>F</b>                   | Tek Yönlü Varyans Analizi                               |
| <b>Ort.</b>                | Ortalama                                                |
| <b>SS</b>                  | Standart Sapma                                          |

## 1.GİRİŞ

### 1.1. Problemin Tanımı ve Önemi

Ruhsal bozukluklar, DSM-5 tarafından tanımlandığı şekliyle zihinsel işleyişin altında yatan psikolojik, biyolojik veya gelişimsel süreçlerdeki bir işlev bozukluğunu yansıtan, bir bireyin bilişinde, duygu düzenlemesinde veya davranışında klinik olarak önemli bir rahatsızlık ile karakterize edilir. Ruhsal bozukluk çeşitli şekillerde ortaya çıkabilir ve bireyin düşüncelerini, duygularını ve davranışlarını etkileyerek sosyal, mesleki veya diğer önemli işlevsellik alanlarında ciddi sıkıntıya veya bozulmaya yol açabilir. Bu bozuklukların bireylerin yaşam kalitesi, işleyişi ve genel refahı üzerinde önemli bir etkisi olabilir. Ruhsal bozukluklar, zihinsel işleyişin altında yatan psikolojik-biyolojik ya da gelişimsel süreçlerdeki bir işlev bozukluğu olup bireyin düşünce-duygu ve davranışlarını etkileyerek sosyal-mesleki ve işlevsellik alanlarında ciddi sıkıntı ve bozulmalara yol açarak yaşam kalitesi, işleyişi ve iyileşme üzerinde önemli etkileri olmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013; Heyman, 2019; McCallum ve ark., 2019).

Ruhsal bozukluklara yönelik çeşitli tedavi seçenekleri bulunmaktadır, bu tedaviler; psikoterapi, farmakolojik terapi, alternatif terapiler ve psikososyal müdahaleleri içeren ayaktan veya yatarak tedavilerdir (Dahlgren ve ark., 2023). Ruhsal bozukluklar için yatarak tedavi, ayaktan tedavi bazında yeterince yönetilemeyen ciddi psikiyatrik rahatsızlıkları olan bireyler için bir hastane ortamında akut semptomların ele alınması, güvenliğin sağlanması, krizdeki bireylerin stabilize edilmesi gibi kapsamlı değerlendirme ve tedavi için yapılandırılmış bir ortam sağlanmasında çok önemli bir rol oynamaktadır (Kalb ve ark., 2019).

Ruhsal bozukluğu olan bireyler, yatarak tedavi gördükleri sırada refahlarını ve iyileşmelerini önemli ölçüde etkileyebilecek çeşitli zorluklarla karşılaşır. Yaşanılan temel sorunlardan biri, hastanede yatış sırasında depresyon, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) dahil olmak üzere ruh sağlığı yükünün yüksek prevalansıdır (Salehian ve ark., 2022). Hastaneye yatışın kendisi, ruhsal hastalığı olan bireylerin psikolojik ve sosyal homeostazını bozarak genel refahları için karmaşık bir sorun teşkil edebilir (Nenadovic, 2014). Semptomların nüksetmesi, olumsuz deneyimler, hastane yatışlarının uzaması ve sosyal izolasyon başta olmak üzere birçok sebepten dolayı sosyal uyumsuzluk, yalnızlık, utanç ve ruhsal hastalıklarını yönetmede zorluklar gibi durumlarla

karşılaşabilir ve bu da geçiş bakımı ve toplum temelli desteğe duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır (Ko ve Park, 2020; Muryani ve ark., 2022; Rasmawati, 2022). Bu psikososyal ihtiyaç ve sorunların başında ise aile desteğinin eksikliği yer almaktadır.

Psikososyal sorunlar, ruh sağlığı hizmetlerinin karmaşık doğasının altını çizmekte ve hastalıkların yalnızca klinik yönlerini değil, aynı zamanda hastaların sosyal ve duygusal ihtiyaçlarını da ele almanın önemini vurgulamaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcıları, hastanede yatış sırasında ruhsal bozukluğu olan bireylere bütüncül ve etkili bakım sunmak için bu zorlukları göz önünde bulundurmalıdır (Elaziz ve ark., 2015; Baingana ve ark., 2015; Olsson ve ark., 2021). Psikososyal sorunların başında yer alan iletişim sorunları ile aile ve toplum destekli tedavi eksikliği ruhsal bozukluğu olan bireyler için olumsuz koşullara neden olmakla birlikte hastane yatış sürelerini uzatmakta hastanın prognozunu ve taburculuk sonrası adaptasyonunu olumsuz etkilemektedir (Yoneyama ve ark., 2016). Hastane merkezli yaklaşımlar yerine daha sürdürülebilir ve bütüncül ruh sağlığı bakımı olan toplum temelli yaklaşımlar hasta birey için daha uzun süreli, sürdürülebilir ve bütüncül bir bakımı temel almaktadır. Bu yaklaşımlar içinde en aile desteği ilk sıralarda yer almaktadır (Yoneyama ve ark., 2016).

Psikiyatrik tanı almış olan bireylerin tedavisinde aile katılımı/desteğinin önemli olduğu vurgulanmaktadır. Uluslararası hükümet politikaları, psikiyatri kılavuzları ve araştırmalar aileleri psikiyatrik tedaviye dahil etmenin önemini vurgulamaktadır (Eassom ve ark., 2014). Aile katılımı, psikiyatrik bozukluk riski taşıyan hastaların belirlenmesine yardımcı olarak intihar gibi ciddi komplikasyonları önleme potansiyeline sahiptir (Nogueira ve ark., 2017). Araştırmalar, aile psikoeğitimi ve terapisinin psikiyatrik tedavi sonuçlarını önemli ölçüde etkilediğini, bunun da daha düşük nüksetme oranlarına, daha iyi ilaç uyumuna ve hastaların yaşam kalitesinin artmasına yol açtığını göstermektedir (Armijo ve ark., 2013; Wallin ve Holmer, 2021). Araştırmalarda düşük aile desteğinin psikiyatri hastalarının hastaneye yatma olasılığının daha yüksek olmasıyla ilişkili olduğu görülmüştür ayrıca aile katılımının daha yüksek hasta memnuniyeti, daha iyi tedavi sonuçları, nüksün önlenmesi, daha kısa hastane yatışı ve daha düşük tedaviyi bırakma oranlarıyla bağlantılı olduğu saptanmıştır (Murray-Swank ve ark., 2007; Sotiri ve ark., 2017; Jiang ve ark., 2019; Hugelius ve ark., 2021; Mabunda ve ark., 2022; Asperen ve ark., 2022). Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin tedavisinde aile destekli ve toplum temelli yaklaşımın temelini oluşturan aktivitenin hastane yatışı sırasında aile ziyaretleri olduğu

düşünülmektedir (De Corte ve ark., 2023). Aile katılımının sadece hastanın iyileşmesini desteklemekle kalmayıp aynı zamanda aile üyeleri üzerindeki yükü de azalttığı vurgulanmaktadır. Bu da aile ziyaretlerinin hem hasta hem de destek sistemi üzerinde olumlu bir etkisi olabileceğini göstermektedir. Aile ziyaretleri hastalara duygusal destek ve rahatlık sağlamakta, bu da hastanede yatış sırasında anksiyete ve stres düzeylerini azaltmaya yardımcı olmaktadır (Moss ve ark., 2022). Bu duygusal destek, ruh sağlıklarını olumlu yönde etkileyebileceği ve iyileşme süreçlerine yardımcı olabileceği için ruhsal bozukluğu olan hastalar için önem arz etmektedir (Ewertzon ve ark., 2010; Marchand ve ark., 2019; Moss ve ark., 2022).

Aile ziyaretleri hastalar, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve aile üyeleri arasındaki iletişimin sürdürülmesinde önemli bir rol oynamaktadır (De Corte ve ark., 2023). Bu iletişim, hastanın durumunun, tedavi planının ve ilerlemesinin anlaşılmasını artırarak hem hastanede yatış sırasında hem de taburcu olduktan sonra bakımın daha iyi koordine edilmesini sağlamaktadır. Aile ziyaretleri, psikiyatri hastaları arasında, hastaneye yatış sırasında sıkça karşılaşılan izolasyon ve yalnızlık duygularının önlenmesine yardımcı olmaktadır. Aile üyelerinin varlığı, hastaların ruh sağlığı için hayati önem taşıyan bir bağlantı ve aidiyet duygusu sağlamaktadır (Adeponle ve ark., 2009; O'Brien ve ark., 2011). Ruhsal bozukluğa sahip bireyler, hastane yatışı sırasında aile ziyaretlerinden mahrum kaldıklarında, önemli ölçüde etkilenebilmektedir. Araştırmalar, aile ziyaretlerinin yokluğunun psikiyatrik hastalar arasında daha fazla psikopatolojik dengesizliğe, ajitasyon dönemlerine ve hastaneye yatış oranlarının artmasına neden olabileceğini göstermektedir (Camacho ve ark., 2010; Gonçalves-Pinho ve ark., 2020). Ayrıca, aile stres faktörleri ile psikiyatrik hastaneye yatış arasında ters bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir ve bu da hastane yatışlarına yol açan olumsuz koşulları hafifletmede sosyal kaynakların ve aile desteğinin önemini vurgulamaktadır (Camacho ve ark., 2010; Gonçalves-Pinho ve ark., 2020). Psikiyatri hastaları, çeşitli faktörler nedeniyle, hastanede yattıkları süre boyunca aileleriyle görüşme konusunda, sıklıkla kısıtlamalarla karşılaşılmaktadır. Çalışmalar, ailelerin hastanelerde hastaları ziyaret etmeleri için alan sağlanmasını önermektedir. Bununla birlikte, aile ziyareti eksikliği, desteğe erişimde zorluklar, rehabilitasyonla başa çıkma, kötü ruh sağlığı ve daha ciddi psikiyatrik bozukluklar gibi uzun vadeli sonuçlar doğurmaktadır. Aile katılımının psikiyatri hastanelerinde kalış süresini önemli ölçüde etkileyebileceği, aile bilgilerinin

ulaşılabilirliğinin uzun süreli yatışları azalttığını ve seyrek aile ziyaretlerinin uzun süreli yatış riskini artırdığını göstermektedir (Yoneyama ve ark., 2016; Jovanović ve ark., 2020; Moss ve ark., 2022; Vranda, 2023).

Aile katılımının eksikliği, bireyleri ve ailelerini uygun tedavi arayışından caydırabileceğinden, ruhsal hastalığı olan hastaların yönetiminde aile katılımı çok önem arz etmektedir. Yakın zamanda dünya da ölkemizde yaşanmış olan COVID-19 salgını sırasında hasta ziyareti ile ilgili uygulamalar gibi kısıtlı ziyaret politikalarının hastalar, aileler ve sağlık hizmeti sağlayıcıları üzerinde başa çıkma, günlük işlev ve ruh sağlığı sonuçlarını etkileyen istenmeyen sonuçları olduğu görölmektedir (Moss ve ark., 2021; Moss ve ark., 2021; Ong ve ark., 2021). COVID-19 salgını sırasında ruh sağlığı bozukluğuna sahip yetişkinlerin ruh sağlığı acil ziyaretlerini ve hastaneye yatışlarını artırmasıyla ve aile desteğinin sağlık hizmeti kullanımı üzerindeki etkisini vurgulanmaktadır (Durbin ve ark., 2022). COVID-19 döneminde uygulanan kısıtlamalar tüm hastane birimlerinde aynı şekilde hasta merkezli yaklaşımdan uzak bir şekilde uygulanmasıyla birlikte ruhsal bozukluğa sahip bireyler tedavi ve taburculuğu sürecinde çok önemli faktör olan aile desteğinden mahrum kalmışlardır. Birçok psikiyatri temelli görüşme, çevrim içi bağlantı yöntemi ile sağlanarak küresel çapta çevrim içi görüşmeler artmıştır. Buna paralel olarak özellikle yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hasta ve yakınları çevrim içi görüşmeler ile hastalar üzerinde olumlu etkileri gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada da ziyaretçi kısıtlamasına neden olan durumlarda psikiyatri hastalarının bu krizi atlamadıklarını ve prognozların olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Gonçaves-Pinho ve ark., 2020).

Ruhsal bozukluğa sahip bireylerin hastane yatışları sırasında aile desteğinin önemli olduğunu söyleyebiliriz. Özellikle ulaşım ve donanımsal sorunlardan dolayı birçok birey hastane yatışları sırasında ailesi ile görüşmemekte; iyileşme ve taburculuk sonrası entegrasyonda önemli rolü olan sosyal destekten mahrum kalmaktadır. Psikiyatri hemşireleri, aileleri bakım sürecine dahil ederek, hastalığı anlamalarına yardımcı olurken hastanın aile birimine yeniden entegrasyonunu da destekleyerek ailenin katılımını kolaylaştırmada hayati bir rol oynamaktadır (Kertchok ve ark., 2011). Aile ziyaretleri tüm tedavilerde önemli yer tutmakta olup psikiyatri hastalarının bütünsel tedavisinin ayrılmaz bir parçasıdır. Aileleri tedavi sürecine dahil etmek hasta sonuçlarını iyileştirebilir, hastaneye başvuruları azaltabilir, hasta memnuniyetini artırabilir, hastalara ve ailelerine

çok önemli destek sağlayabilir. Aile katılımı sadece hastaya fayda sağlamakla kalmaz, aynı zamanda psikiyatrik bakıma daha kapsamlı ve etkili bir yaklaşım sağlanmasına da katkıda bulunur. Literatür incelendiğinde bununla ilgili daha fazla çalışma yapılması gerekliliğine ulaşılmıştır.

## **1.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi**

Aile desteğinin ruhsal bozukluklu bireylerin içsel damgalanma, tekrarlı yatışlar, kaygı, stres, depresyon ve alevlenmelerini azalttığı; tedavi uyumu ve iyileşme oranlarını arttırdığı, hasta ve bakım verenin yükünü azalttığı, toplum temelli yaklaşımı benimsediği, hasta ve ailesini merkeze aldığı literatürde gözlemlenmektedir. Yatarak tedavi gören ruhsal bozukluklu birçok birey, aile ziyaretlerini gerçekleştiremediği için olumsuz etkilenmektedir. Aile ziyaretlerini yapamamalarının; ulaşım, kısıtlama, maddi yetersizlik ve damgalanma gibi farklı sebepleri bulunmaktadır. Hastaların kısıtlı imkanlar ve zaman aralıklarında sadece telefon görüşmesi yapabildikleri ve bireysel iletişim cihazlarının yatış sırasında yakınları veya sağlık profesyonelleri tarafından kurallar çerçevesinde emanet alındığı görülmektedir. Bu etkenler göz önünde bulundurulduğunda aile desteği ve hasta açısından aile ziyaretlerini esas alan çalışmaların arttırılması önem arz etmekle beraber ülkemizde yürütülen bir çalışmaya rastlanılmamıştır.

Bu çalışma ile psikiyatri kliniklerinde tedavi ve bakım hizmetlerinden faydalanan bireylere ve yakınlarına uygulanan Sanal Aile Ziyareti uygulamasının etkinliğinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Teknoloji temelli bir program ile aile ziyaretlerinin çevrimiçi yapılması esas alınmıştır. Psikiyatri yataklı servislerinde yatarak tedavi gören bireyler, hastanede kaldıkları sürede aileleri, sosyal çevrelerinden ve hayat akışlarından ayrı kalmaktadırlar. Bireyin sosyal çevresinden uzak kalması bireyin sağlıklı bir şekilde yaşamına devam etmesini olumsuz etkilemektedir. Bu durum yatarak tedavi gören bireyde anksiyete ve strese neden olabilmekte, sosyal destek algılarını olumsuz etkilemekte ve taburculuk sonrası uyum sürecinin başarısız olmasına neden olmaktadır. Bu çalışma ile bireylerin yataklı servis içinde bulundukları sürede güvenli bir çevrim ağı içerisinde psikiyatri hastalarına özgü tasarlanmış bir görüşme programı aracılığıyla yakınları ve sosyal etkileşimde bulundukları çevreleri ile iletişim kurmaları sağlanmıştır. Bu teknoloji temelli program aracılığıyla iletişim ile tanı almış bireylerin anksiyete, stres,

algılanan sosyal destekleri, tedavi motivasyonları ve ruh halleri etkilerinin incelenmesi; kliniklerde teknoloji temelli programların kullanımının yaygınlaşması amaçlanmaktadır.

Literatürde ruhsal bozukluğu olan bireyler üzerinde etkinliği önemli ölçüde belirlenen aile desteği ve aile ziyaretlerini teknoloji temelli uygulamalarla kolaylaştırması ile ele aldığı değişkenler bu çalışmanın özgünlüğünü oluşturmaktadır. Elde edilen güncel bulgular, özgün ve yenilikçi bir yöntem ile aile ziyaretlerinin ruh sağlığı hemşireliği ile ilgili literatüre önemli katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Ayrıca kullanılan teknoloji temelli yöntemin psikiyatri yataklı servislerinde kolaylaştırıcı bir uygulama olarak kullanılması için örnek oluşturulabileceği de düşünülmektedir.



## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Ruhsal Bozukluklar

Ruhsal bozukluk, bireyin bilişinde, duygusal düzenlemesinde veya davranışında klinik olarak anlamlı bir bozuklukla karakterize edilir. Genellikle önemli işlevsellik alanlarında sıkıntı veya bozulma ile ilişkilidir (World Health Organization, 2022). Ruhsal bozukluklar aynı zamanda ruh sağlığı sorunları olarak da adlandırılabilir. Ayrıca ruhsal bozukluklar psikososyal engelleri ve ciddi sıkıntı, işlevsellikte bozulma veya kendine zarar verme riskiyle ilişkili (diğer) zihinsel durumları kapsayan daha geniş bir terimdir. Ruhsal bozukluklar, psikososyal engelleri ve önemli sıkıntı, işlevsellikte bozulma veya kendine zarar verme riski ile ilişkili ruhsal durumları kapsayan daha geniş bir terimdir (World Health Organization, 2022).

2019 yılında dünya çapında her 8 kişiden 1'i, yani 970 milyon insan, en yaygın olanları anksiyete ve depresif bozukluklar olmak üzere, bir ruhsal bozuklukla yaşamaktaydı. 2020 yılında, COVID-19 salgını nedeniyle anksiyete ve depresif bozukluklarla yaşayan insanların sayısı önemli ölçüde arttı. İlk tahminler, yalnızca bir yıl içinde anksiyete ve majör depresif bozukluklarda sırasıyla %26 ve %28'lik bir artış olduğunu göstermektedir. Etkili önleme ve tedavi seçenekleri mevcut olsa da, ruhsal bozukluğu olan çoğu kişinin etkili bakıma erişimi yoktur (World Health Organization, 2022). Ayrıca Küresel Hastalık Yükle Çalışması hem cinsiyet hem de yıl genelinde en sık görülen iki ruhsal bozuklukların, depresif bozukluklar ve anksiyete bozuklukları olduğu belirlenmiştir (GBD 2019 Mental Disorders Collaborators, 2022).

### 2.2. Depresif Bozukluklar

Depresif bozukluk yaygın bir ruhsal bozukluktur. Uzun süre boyunca depresif bir ruh hali veya aktivitelerden zevk almama veya ilgi kaybı anlamına gelir (World Health Organization, 2022). Depresif bozukluklar, kalıcı üzüntü, umutsuzluk ve faaliyetlere karşı ilgi veya zevk kaybı duygularıyla karakterize edilen bir dizi durumu kapsar. Majör depresif bozukluk (MDB) ve bipolar bozukluk, yaygın depresif bozukluk türleridir (Coleman ve ark., 2020). MDB, tekrarlayan depresif semptom ataklarını içerirken, bipolar bozukluk hem depresyon hem de mani veya hipomani ataklarını içermektedir (Phillips ve Kupfer, 2013).

Depresif bozuklukların yaygınlığı, çeşitli çalışmalarla kanıtlandığı üzere, farklı popülasyonlar ve ortamlar arasında farklılık göstermektedir. Yetişkinlerin %5'i (erkeklerde %4 ve kadınlarda %6) ve 60 yaşın üzerindeki yetişkinlerin %5,7'si dahil olmak üzere nüfusun tahminen %3,8'i depresyon yaşamaktadır. Dünyada yaklaşık 280 milyon kişi depresyon hastasıdır. Depresyon kadınlarda erkeklere göre yaklaşık %50 daha yaygındır. Dünya çapında hamile kadınların ve yeni doğum yapmış kadınların %10'undan fazlası depresyon yaşamaktadır. Her yıl 700.000'den fazla kişi intihar nedeniyle ölmektedir. İntihar, 15-29 yaş arası gençler arasında dördüncü önde gelen ölüm nedenidir (World Health Organization, 2022).

Depresif bozuklukların tedavisi genellikle psikoterapi ve farmakoterapinin bir kombinasyonunu içermektedir (Cuijpers ve ark., 2013). Ancak bu tedavilerin etkinliği, ele alınan spesifik depresif veya anksiyete bozukluğu türüne bağlı olarak değişebilmektedir (Cuijpers ve ark., 2013). Ayrıca, anksiyete bozuklukları gibi komorbiditelerin varlığı depresif bozuklukların yönetimini zorlaştırabilmektedir. Bu bozukluklar genetik, çevresel ve komorbid faktörlerden etkilenecek tanı ve tedavilerini karmaşık hale getirebilmektedir (Cuijpers ve ark., 2008).

### ***2.2.1. Depresif Bozukluklarında Anksiyete Varlığı***

Depresyonla birlikte anksiyete sıklıkla görülür ve bu iki durum arasında yüksek bir komorbidite prevalansı vardır. Araştırmalar, depresyon hastalarının önemli bir kısmının aynı zamanda anksiyete yaşadığını ve depresif hastaların yaklaşık %85'inin önemli anksiyete semptomları sergilediğini göstermiştir (Duan ve ark., 2022). Benzer şekilde, anksiyetenin depresyonlu bireyler arasında yaygın olduğu ve anksiyete bozukluğu teşhisi konan hastaların yaklaşık %90'ının aynı zamanda depresyon yaşadığı vurgulanmıştır (Duan ve ark., 2022). Çalışmalar, depresif bozukluğu olan hastalarda komorbid anksiyetenin, komorbid anksiyetesi olmayanlara kıyasla daha kronik ve şiddetli depresif semptomlara neden olduğunu göstermiştir (Daly ve ark., 2021; Ichiki ve ark., 2020). Ayrıca, her iki rahatsızlığı da olan bireylerde anksiyete bozukluğu başlangıcının genellikle majör depresif bozukluktan önce olduğu saptanmıştır (Ichiki ve ark., 2020).

### ***2.2.2. Depresif Bozukluklarda Stres***

Depresif bozukluklar ve stres, bireylerin ruh sağlığını önemli ölçüde etkileyen karmaşık ve iç içe geçmiş bir ilişkiye sahiptir. Stresin depresif bozuklukların gelişmesi

ve şiddetlenmesine katkıda bulunan bir faktör olabileceği bulunmuştur (Koo & Kim, 2020). İzolasyon stresi veya sosyal izolasyon stresi gibi farklı stres türleri, bireylerde endişeli ve depresyon benzeri davranışlara yol açabilmektedir (Ieraci ve ark., 2016). Depresif bozukluğu olan bireyler yaşamlarında stres faktörleri yaratma veya bunlara katkıda bulunma eğilimindedir ve bu durum depresyonlarını sürekli hale getirebilmektedir (Connolly ve ark., 2010).

Stresin beyin ve davranış üzerindeki etkisi derindir ve stresin uzun süreli depresif belirtilere benzer fenotiplere neden olabileceği vurgulanmıştır (Chu ve ark., 2016). Stres, beyin hipokampus ve prefrontal korteks gibi depresyon ve anksiyete ile ilişkili bölgelerindeki nöroplastisite ile ilgili genleri etkileyebilmektedir (Ieraci ve ark., 2016). Stres ayrıca, depresyona yatkınlık ve dirençle ilişkili hipokampal biyobelirteçlerde değişikliklere neden olabilmektedir (Henningsen ve ark., 2012). Bu bulgular, stresin depresyon ve anksiyetenin altında yatan moleküler mekanizmaları etkileyebileceğini göstermekte ve beyinde stres kaynaklı değişiklikleri anlamının önemini vurgulamaktadır (Henningsen ve ark., 2012; Ieraci ve ark., 2016).

Stres ve depresif bozukluklar arasındaki ilişki, stres kırılganlığını majör depresif bozukluk ve TSSB gibi psikiyatrik hastalıkların gelişimiyle ilişkilendiren çalışmalarla daha da desteklenmektedir (Faye ve ark., 2018). Stres düzensizliği, depresyon ve anksiyete bozuklukları da dahil olmak üzere bir dizi psikolojik rahatsızlığa yol açabilmektedir (Faye ve ark., 2018). Ayrıca stres, depresif bozuklukları ve anksiyetesi olan bireylerde sağlık hizmeti kullanımını ve maliyetlerini etkileyebilmektedir (Dai ve ark., 2023).

### ***2.2.3. Depresif Bozukluklarda Sosyal Destek***

Sosyal destek, depresyon tanısı konan hastaların iyi olma hallerinde çok önemli bir faktördür. Çalışmalar sosyal destek ile depresyon arasında negatif bir korelasyon olduğunu göstermiştir; bu da daha yüksek sosyal destek düzeylerinin daha düşük depresyon düzeyleriyle ilişkili olduğunu göstermektedir (Wang ve ark., 2014; Sanad ve ark., 2017). Bu durum, sosyal desteğin hastalarda depresyona karşı koruyucu bir faktör olarak işlev gördüğünü düşündürmektedir. Sosyal desteğin hastaların öz bakım davranışlarına katılımını ve yaşam kalitesini etkileyebileceği görülmüştür (Unwala, 2015). Yeterli sosyal destek alan depresyon hastalarının sağlıklı davranışlar benimseme

ve daha iyi bir yaşam kalitesi deneyimleme olasılığı daha yüksektir. Yapılan bir çalışmada artan sosyal desteğin hastaların başa çıkma mekanizmalarını ve problem çözme stratejilerini geliştirdiği ve böylece depresyonun yoğunluğunun azaldığı görülmüştür (Polikandrioti, 2020). Sosyal destek depresyonun klinik seyri üzerinde olumlu bir etki göstermekte ve majör depresyondan iyileşmeye yardımcı olmaktadır (Martínez-Hernáez ve ark., 2016). Yapılan bir çalışmada; düşük sosyal destek seviyesinin daha yüksek stres seviyesiyle ilişkili olduğu ve bunun da ergenler arasında depresif belirtilerle olan ilişkiye aracılık ettiği görülmüştür (Auerbach ve ark., 2010).

Yeterli sosyal destek sürekli olarak daha düşük depresyon seviyeleri, gelişmiş öz bakım davranışları, gelişmiş yaşam kalitesi ve daha iyi başa çıkma mekanizmaları ile ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle, depresyonu olan bireyler için sosyal destek ağlarını geliştirmeye odaklanan sağlık müdahaleleri, genel refahlarını ve ruh sağlığı sonuçlarını iyileştirmede önemli bir rol oynayabilir (Auerbach ve ark., 2010; Martínez-Hernáez ve ark., 2016; Polikandrioti, 2020).

### **2.3. Anksiyete Bozuklukları**

Anksiyete bozuklukları, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM-5) tarafından tanınan önemli bir ruh sağlığı durumu kategorisidir (Stein & Hill, 2023). Bu bozukluklar, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu, agorafobi, özgül fobiler, madde/ilaç kaynaklı anksiyete bozukluğu ve başka bir tıbbi duruma bağlı anksiyete bozukluğu gibi çeşitli türleri kapsamaktadır. Anksiyete bozuklukları küresel olarak yaygındır ve önemli komorbidite ve morbidite ile ilişkilidir (Bandelow ve Michaelis, 2015; Stein ve ark., 2017). En yaygın ruhsal bozukluklar arasındadır ve nüfusun önemli bir bölümünü etkilemektedir (Kamal ve Jawaid, 2011; Ayushlal ve ark., 2022). Şu anda küresel nüfusun tahminen %4' ü anksiyete bozukluğu yaşamaktadır. 2019 yılında dünyada 301 milyon insanda anksiyete bozukluğu vardı ve bu durum anksiyete bozukluklarını tüm ruhsal bozukluklar arasında en yaygın olanı haline getirmektedir (World Health Organization, 2022).

Anksiyete bozuklukları için son derece etkili tedaviler mevcut olmasına rağmen, ihtiyaç duyan yaklaşık 4 kişiden yalnızca 1'i (%27,6) herhangi bir tedavi görmektedir. Bakımın önündeki engeller arasında bunun tedavi edilebilir bir sağlık durumu olduğuna dair farkındalık eksikliği, ruh sağlığı hizmetlerine yatırım eksikliği, eğitimli sağlık

hizmeti sağlayıcılarının eksikliği ve sosyal damgalanma yer almaktadır. Anksiyete bozukluklarının etkisi bireysel düzeyin ötesine uzanmakta ve halk sağlığı üzerinde etkileri bulunmaktadır (Meier ve ark., 2016). Araştırmalar, anksiyete bozukluklarının depresyonla birlikte dünya çapında en yaygın ruhsal bozukluklar arasında yer aldığını göstermiştir (Meier ve ark., 2016; Gadgil ve ark., 2022). Anksiyete bozukluklarının yaygınlığı, artan oranlarda bildirilen küresel bir endişe kaynağı olarak yer almaktadır (Gadgil ve ark., 2022). Anksiyete bozuklukları yetişkinlikle sınırlı değildir; çocukları ve ergenleri de etkiler. Çocukluk çağı anksiyetesi, uzun vadeli psikiyatrik sonuçlar üzerinde etkileri olan yaygın bir ruh sağlığı sorunudur (Ghaffar ve ark., 2019). Ayrıca, anksiyete bozuklukları yaşam boyu farklı şekillerde ortaya çıkabilir; ayrılık anksiyetesi bozukluğu hem yetişkinlerde hem de çocuklarda görülmektedir (Silove ve ark., 2015; Baldwin ve ark., 2016).

Anksiyete bozuklukları ile diğer ruh sağlığı durumları arasındaki ilişki karmaşıktır. Anksiyete bozukluğu olan bireylerde depresif bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve dürtü kontrol bozuklukları da görülebilmektedir (Scott ve ark., 2013). Dahası, anksiyete bozuklukları otizm spektrum bozukluğu gibi diğer durumlarla birlikte ortaya çıkabilmekte ve klinik tabloyu daha da karmaşık hale getirebilmektedir (Crowley ve ark., 2018). Anksiyete bozuklukları da dahil olmak üzere komorbid ruhsal bozukluklar, psikoz gibi diğer durumların ciddiyetini ve sonuçlarını etkileyebilmektedir (Shi ve ark., 2017). Anksiyete bozukluğu olan bireylerin damgalanması bir endişe kaynağıdır ve sosyal tutumların belirli bir ruhsal bozukluk türüne göre nasıl farklılık gösterebileceği vurgulanmaktadır (Anderson ve ark., 2015).

Anksiyete bozuklukları yüksek yaygınlıkları, diğer ruh sağlığı sorunlarıyla olan ilişkileri ve yaşam boyu süren potansiyel uzun vadeli etkileri nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorununu temsil etmektedir. Anksiyete bozukluklarının ele alınması, bireyi, toplumsal tutumları ve daha geniş sağlık sistemini dikkate alan kapsamlı bir yaklaşım gerektirmektedir.

### ***2.3.1. Anksiyete Bozuklukları ve İlişkili Faktörler***

Anksiyete bozuklukları bir dizi semptomu kapsar ve çeşitli faktörlerden etkilenir. Eğitim durumu, gelir, çalışma saatleri, beslenme şekli, ekonomik stres, sosyal stres ve mesleki stres gibi faktörlerin anksiyete semptomları ile önemli ölçüde ilişkilidir (Wang

ve ark., 2020). Ayrıca, genetik faktörler, bireyin mizaç özellikleri ve çevresel risk faktörleri de çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluklarının gelişiminde rol oynamaktadır (Patel ve ark., 2018). Çoklu fiziksel semptomların varlığı, depresif belirtiler ve anksiyete bozukluklarının birlikte ortaya çıkması, başlangıcı ve seyri ile ilgili bir faktördür (Dijkstra-Kersten ve ark., 2017).

Anksiyete bozuklukları travma, belirsizliğe tahammülsüzlük ve duygusal muhakeme gibi faktörlerle kötüleşebilir. Belirsizliğe tahammülsüzlük ve hastalığa özgü belirsizliğe tahammülsüzlük, bilişsel kırılganlıklar ve anksiyete bozukluklarının semptomları ile doğrudan ve dolaylı ilişkilere sahiptir (Moloodi ve ark., 2021). Duygusal muhakeme ve anksiyete duyarlılığı, çocukluk çağındaki sosyal anksiyete bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir (Alkozei ve ark., 2014). Orta ergenlikten geç ergenliğe kadar anksiyete bozukluğu semptomlarının gelişimsel yörüngelerinde cinsiyet farklılıkları da gözlemlenmiştir (Ohannessian ve ark., 2016). Ayrıca, anksiyete ve depresyon arasında çift yönlü ilişkiler mevcuttur ve depresif bozukluklar potansiyel olarak belirli anksiyete bozuklukları için prodrom görevi görmektedir (Jacobson ve Newman, 2017).

Anksiyete semptomları, sağlıkla ilgili yaşam kalitesi de dahil olmak üzere yaşamın çeşitli yönlerini etkileyebilir. Depresif ve anksiyete belirtilerinin yaygınlığı, psikiyatrik bozukluğu olan yaşlı hastalar arasında yaşam kalitesi ile ilişkilidir (Wen ve ark., 2021). Anksiyete bozuklukları genetik yatkınlık, çevresel stres faktörleri, fiziksel semptomlar, travma, belirsizliğe tahammülsüzlük, duygusal muhakeme ve diğer ruh sağlığı koşullarıyla komorbiditeler gibi çok sayıda faktörden etkilenen karmaşık durumlardır (Wang ve ark., 2020).

### ***2.3.2. Anksiyete Bozukluklarında Stres***

Anksiyete bozukluklarında stres düzeyleri, çeşitli popülasyon ve ortamlarda kapsamlı bir şekilde araştırılmıştır. Çalışmalarda stres ve anksiyete bozuklukları arasında güçlü bir ilişki olduğu, stresin anksiyete bozukluklarının gelişimi ve alevlenmesi için bir risk faktörü olduğu görülmüştür (Won ve Kim, 2020; Daviu ve ark., 2019). Özellikle, tehlike veya tehdide işaret eden stresli yaşam olayları, anksiyete bozukluklarının başlangıcıyla ilişkilidir (Won ve Kim, 2020). Anksiyete bozukluğu olan bireylerin, bu tür rahatsızlıkları olmayanlara kıyasla daha yüksek stres seviyeleri yaşadıkları gösterilmiştir (Konstantopoulou ve ark., 2020; Sorokin ve ark., 2022).

Anksiyete bozukluklarının yanında stresin yaygınlığı da farklı gruplar arasında değişiklik göstermektedir. Örneğin, İran'da yaşlılar üzerinde yapılan bir araştırma, bireylerin %14,3'ünün ciddi düzeyde stres yaşadığını ortaya koymuştur (Raeisvandi ve ark., 2022). Benzer şekilde, Sri Lanka'da lisans öğrencileri üzerinde yapılan bir çalışmada, anksiyete ve stres düzeyleri arasında anlamlı bir pozitif ilişki saptanmıştır (Gamage ve ark., 2021). Bir başka çalışmada stres kaynaklı ağ yeniden yapılandırılmalarının, duygudurum ve anksiyete bozukluklarının etiolojisinde önemli bir unsur olan olumsuz duygusallıkla ilişkili olduğu görülmüştür (Kühnel ve ark., 2021).

Stresin gözetimindeki ergenler üzerindeki etkisinin vurgulandığı, Amerika Birleşik Devletleri'nde gözetiminde tutulan sığınmacılarla yapılan çalışmada, yaklaşık 5 ay gözetiminde tutulduktan sonra ergenlerde, yüksek düzeyde anksiyete (%77) ve TSSB (%50) geliştiği saptanmıştır (Astitene & Barkat, 2018). Toplum içinde yaşayan mülteci çocuklar üzerinde yapılan araştırmalar, bu savunmasız gruptaki TSSB'nın önemli bir bölümünü depresyon ve anksiyetenin oluşturduğunu göstermiştir (Yayan ve Düken, 2019).

### ***2.3.3. Anksiyete Bozukluklarında Sosyal Destek***

Sosyal destek, özellikle sosyal anksiyete bozukluğu bağlamında, anksiyete bozukluğu tanısı almış psikiyatrik hastaların refahında çok önemli bir faktördür. Sosyal destek, anksiyete bozukluğu olan bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir (Wang ve ark., 2015). Çalışmalar, daha yüksek sosyal destek düzeylerinin, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu ve panik bozukluğu için pozitif ekran olasılığının azalmasıyla bağlantılı olduğunu göstermiştir (Nisbet ve ark., 2023). Yapılan bir çalışmada Şefkat Odaklı Terapi (CFT) gibi sosyal destek algısını güçlendiren ve gereksinimini vurgulayan müdahalelerin, sosyal anksiyete bozukluğu olan hastaların farkındalık düzeylerini, öz şefkati ve genel yaşam kalitesini artırdığı saptanmıştır (Gharraee ve ark., 2018).

Ayrıca, sosyal desteğin varlığı anksiyete bozukluğu olan bireyler için tedavi sonuçlarını etkileyebilir. Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) sosyal anksiyete bozukluğu için yaygın olarak kullanılırken, hasta memnuniyetsizliğine ve yavaş ilerlemeye odaklanması, ek destek mekanizmalarına ihtiyaç duyulduğunu göstermektedir

(Gharraee ve ark., 2022). Anksiyete bozukluğu olan hastaların, bozukluğu olmayanlara kıyasla daha düşük sosyal destek algıladıkları bildirilmiştir (Buckner ve Terlecki, 2016). Bu durum, anksiyete bozukluğu olan bireyler için tedavi planının bir parçası olarak sosyal desteğin ele alınmasının önemini vurgulamaktadır. Dahası, sosyal destek hastalar arasında öznel iyi oluş ile ilişkilendirilmiştir ve anksiyete bu ilişkide aracı bir rol oynamaktadır (Huang ve ark., 2021).

Sosyal destek, başta sosyal anksiyete bozukluğu olmak üzere anksiyete bozukluğu tanısı almış psikiyatrik hastaların yaşamlarında hayati bir rol oynamaktadır. Yaşam kalitesini, tedavi sonuçlarını ve genel refahı etkileyebilir. Sosyal desteği artıran müdahaleler, anksiyete bozukluklarıyla mücadele eden bireyler için faydalı olabilir ve bu durumların kapsamlı yönetiminde sosyal desteğin dikkate alınmasının önemini vurgulamaktadır.

#### **2.4. Psikiyatri Servislerinde Hasta Ziyaret Uygulamaları**

Psikiyatri hastanelerindeki psikiyatrik hastaların bakım ve tedavisinde aile katılımı çok önemlidir. Aile ziyaretinin psikiyatrik sonuçları önemli ölçüde etkileyebileceği, tedavi ekibine aile bilgisi sağlamanın ve bir hastanın hastane yatışı sırasında sık aile ziyaretlerini teşvik etmenin psikiyatri hastanelerinde uzun süreli kalış riskini azaltabileceği vurgulanmaktadır (Vranda, 2023). Ayrıca, aile ziyaretlerini içeren bir birlikte yönetim modeli, psikiyatrik acil durumları olan hastaların yatış süresinde azalma ile ilişkilendirilmiştir (Polevoi ve ark., 2013).

Aile katılımı, yatış süresini etkilemenin yanı sıra psikiyatrik hastaların tedaviye uyumunda da kilit bir rol oynamaktadır. Aile ortamı, hastaların sağlık hizmeti sağlayıcılarına güveni ve sosyal destek gibi faktörler tedaviye bağlılığın sağlanmasında önemlidir (Chen ve ark., 2021). Ayrıca psikiyatri hastaları arasında tekrarlı hastane başvurularında aile öyküsü ve desteğinin önemini vurgulanmıştır (Zhong ve ark., 2021). Psikiyatrik bakım ortamlarında aile ziyaretlerinin tedaviye uyumu artırmak, yatış süresini azaltmak ve hastalar için genel psikiyatrik sonuçları iyileştirmek için önemini vurgulamaktadır. Bu nedenle, psikiyatrik bakımda aile katılımını teşvik etmek ve kolaylaştırmak, psikiyatrik hastaların kapsamlı ve etkili tedavisi için esastır. Psikiyatri servislerinde aile ziyaretleri aile katılımının ve aile desteğinin en önemli faktörlerinden

birisidir. Bu bağlamda hasta ziyaret uygulamaları ile aile desteği aynı anlamlarda tartışılmıştır.

#### ***2.4.1 Psikiyatri servislerinde Hasta Ziyaret Uygulamalarının Depresyon Üzerine Etkileri***

Psikiyatri servislerine yapılan hasta ziyaretlerinin depresyona etkisi, çeşitli faktörlerden etkilenen çok yönlü bir konudur. Araştırmalar, psikiyatri servislerinin hemşire personel arasında yüksek düzeyde iş stresi, depresif ve anksiyete belirtileri yaratabildiğini göstermiştir (Merwe ve ark., 2009; Tsaras ve ark., 2018). Bazı hastalar kapalı bir psikiyatri servisinde tedavi gördüklerinde kendilerini daha depresif ve kaygılı hissettiklerini ve yakınları ile görüşmemenin stres oluşturduğunu bildirmişlerdir (Merwe ve ark., 2009). Yapılan bir çalışmada hasta ziyaretlerinin sosyal desteği olumlu etkilediği, sosyal desteğin stres ve depresyon arasındaki ilişkiyi azalttığı ve depresif semptomlara karşı koruyucu bir rol oynadığı (Wang ve ark., 2014), bir başka çalışmada sosyal destek düzeyi yükseldikçe depresyon düzeyinin düştüğü (Matsumoto ve ark., 2017), bir başka çalışmada da sosyal desteğin depresyonun klinik seyri üzerinde olumlu bir etkisi olduğu, iyileşmeyi kolaylaştırdığı ve genel popülasyonda depresif semptomları olumlu etkilediği (Martínez-Hernández ve ark., 2016) saptanmıştır.

#### ***2.4.2. Psikiyatri Servislerinde Hasta Ziyaret Uygulamalarının Anksiyete Üzerine Etkileri***

Hastanedeki aile ziyaretleri psikiyatri hastalarının anksiyete düzeyleri üzerinde önemli bir etkiye sahiptir (Camacho ve ark., 2010; Naobi ve Devi, 2018). Yapılan bir çalışmada aile stres faktörlerinin psikiyatrik hastane yatışlarıyla ters orantılı olduğu, sosyal kaynaklar ve aile üyelerinden alınan desteğin psikososyal stres faktörleriyle karşılaşan bireylerin dayanıklılığını arttırdığı görülmüştür (Camacho ve ark., 2010). Naobi ve Devi, psikiyatrik hastalara bakım verenler arasında anksiyete düzeylerini azaltmada aile desteğinin önemini vurgulayarak, anksiyeteyi azaltmak ve başa çıkma mekanizmalarını geliştirmek için psikososyal müdahalelere duyulan ihtiyacı vurgulamıştır (Naobi ve Devi, 2018). Shirvani ve ark. iletişim konusunda kısıtlama yaşayan ve sosyal desteğin en önemli faktörlerinden birisi olan aile desteğinden mahrum kalan COVID-19 hastalarının, tele-sağlık iletişimi ile aile üyelerindeki anksiyete ve depresyon düzeylerini azalttığını ve hastane ziyaretlerinde azalmaya yol açtığına dikkat



hastanede kalış süresinin uzama riskini düşürebilir ve genel hasta memnuniyetine katkıda bulunabilir. Sağlık hizmeti ortamlarında esnek ziyaret politikalarının uygulanması, hastaların ve ailelerinin refahını artırmak için çok önemlidir.

#### ***2.4.4. Psikiyatri Servislerin Aile Ziyaretlerinin Sosyal Destek Üzerine Etkisi***

Psikiyatrik bakımda aile katılımı ve aile ziyaretleri, ruhsal hastalığı olan bireylerin iyileşmesi ve psikososyal destekleri için çok önemlidir. Psikiyatrik hizmetlerden gelen aile ziyaretleri ruhsal hastalığı olan bireyler için sosyal desteği önemli ölçüde etkilemektedir. Ziyaret kısıtlamaları söz konusu olduğunda hem hastalar hem de aileleri için profesyonel psikososyal desteğe duyulan ihtiyaç daha belirgin hale gelmektedir (Hugelius ve ark., 2021). Bu tür durumlarda hastalar ve aileler üzerindeki duygusal etkiler önemlidir ve uygun akran ve toplum destek hizmetlerinin eksikliği ile daha da artabilir (Anderson ve ark., 2013). Aile odaklı müdahaleler sadece psikiyatri hastalarında değil, aile ve çocukları için etkilidir (Ewertzon ve ark., 2010; Hugelius ve ark., 2021). Aile ziyaretleri bakımda aile katılımı için önemli bir faktördür.

Aile ilişkilerini geliştirmeyi amaçlayan sistemik müdahalelerin yanı sıra psikiyatrik hizmetler tarafından sağlanan desteğin yakınlığı ve erişilebilirliği, katılımcılar tarafından faydalı olarak vurgulanmıştır (Raluthaga ve ark., 2023). Sosyal psikiyatri ve toplum ruh sağlığı hizmetlerinin rolü, hastalar ve aileleri için kapsamlı bakım sağlamada çok önemlidir ve aktif sosyal yardım ve destek planlamasına duyulan ihtiyacın altını çizmektedir (Wiersma, 2008). COVID-19 salgını sırasında önemli hale gelen teletıp bağlamında, sanal ziyaretler yoluyla hastalar ve aileler için sosyal desteğin sürdürülmesi, bakımın sürekliliğini sağlamak için çok önemli olduğu görülmüş ve hastaların sosyal desteklerindeki bu artış hastaları olumlu etkilemiştir (Banerjee ve ark., 2021). Psikiyatri servislerinde aile ziyaretleri, ruhsal hastalığı olan bireyler için sosyal desteğin artırılmasında kritik bir rol oynamaktadır. Psikiyatri hizmetleri aileleri dâhil ederek, anında destek sağlayarak ve sistemik müdahaleler sunarak hem ruhsal hastalığı olan bireyin hem de aile üyelerinin refahına ve iyileşmesine önemli ölçüde katkıda bulunabilmektedir.













uyum sağlayabilen ve bunlarla arayüz oluşturabilen yeni dijital psikiyatri uygulamaları oluşturmak ve bu uygulamaları kanıt temelli olarak değerlendirmek yeni nesil kullanışlı teknolojilerin oluşturulmasına yönelik önemli bir ilk adımdır (Torous ve ark., 2021).





























bireylerde ve yakınlarında güvensizlik oluşturması ve birey yakınları ile iletişime geilmesindeki zorluklar araştırmanın bir başka sınırlılıklarını oluşturmaktadır.



#### 4. BULGULAR

Araştırmaya katılan bireyler öncelikle deney ve kontrol grubu olarak ayrılmıştır. Ardından her iki grup kendi içerisinde depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu tanımlı bireyler olarak tanılarına göre iki grup halinde yeniden ayrılmıştır. Oluşan dört grup arasında “klinikteki ziyaretlerin gerçekleşmeme nedeni” değişkeni ( $\chi^2=24.434$ ;  $p=0.008$ ) dışında, tüm tanıtıcı özellikler açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ) (Tablo 4.1).











































































































































































