



T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ STRES AZALTMA
PROGRAMININ PSİKOTİK HASTALARIN AİLELERİNİN
RUHSAL DURUM VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

MÜNEVVER BOĞAHAN

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MERSİN
AĞUSTOS-2023

T.C.

MERSİN ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

**BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ STRES AZALTMA
PROGRAMININ PSİKOTİK HASTALARIN AİLELERİNİN
RUHSAL DURUM VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ**

DOKTORA TEZİ

MÜNEVVER BOĞAHAN

ORCID ID: 0000-0001-7221-1008

DANIŞMAN

DOÇ. DR. SERPİL YILMAZ

İKİNCİ DANIŞMAN

PROF. DR. MUALLA YILMAZ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

MERSİN

AĞUSTOS-2023

ETİK BEYAN

Mersin Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliğinde belirtilen kurallara uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada,

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlâk kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak kullandığımı,
- Kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü Mersin Üniversitesi veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı,
- Tezin tüm telif haklarını Mersin Üniversitesi'ne devrettiğimi

beyan ederim.

ETHICAL DECLARATION

This thesis is prepared in accordance with the rules specified in Mersin University Graduate Education Regulation and I declare to comply with the following conditions:

- I have obtained all the information and the documents of the thesis in accordance with the academic rules.
- I presented all the visual, auditory and written informations and results in accordance with scientific ethics.
- I refer in accordance with the norms of scientific Works about the case of exploitation of others' works.
- I used all of the referred works as the references.
- I did not do any tampering in the used data.
- I did not present any part of this thesis as an another thesis at Mersin University or another university.
- I transfer all copyrights of this thesis to the Mersin University.

31/08/2023

İmza / Signature

Münevver BOĞAHAN

ÖZET

BİLİNÇLİ FARKINDALIK TEMELLİ STRES AZALTMA PROGRAMININ PSİKOTİK HASTALARIN AİLELERİNİN RUHSAL DURUM VE BAKIM YÜKÜNE ETKİSİ

Bu araştırma psikotik hastalığı olan bireylere bakım veren ailelere uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'nın ruhsal sağlık parametrelerine ve bakım yüküne etkisinin belirlenmesi amacıyla yapılmıştır. Araştırma tek merkezli, prospektif (ön test-son test-1.ay ve 3. ay takip), iki kollu (1:1), randomize kontrollü deneysel tasarımdadır. Araştırmanın örneklemini iki toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı psikotik hastalığı olan bireye bakım veren 50 aile bireyi (çalışma grubu=25, kontrol grubu=25) oluşturmuştur. Araştırmanın deneysel kaydı prospektif olarak ClinicalTrials.gov adresinden yapılmış olup NCT05245305 numarası alınmıştır. Çalışma grubuna Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı uygulanmıştır. Veri toplama araçları olarak Kişisel Bilgi Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Öz Şefkat Ölçeği - Kısa Formu, Zarit Bakıcı Yük Ölçeği kullanılmıştır. Verilerin analizinde frekans, yüzde değerleri, ortalama, standart sapma, Pearson- χ^2 testi, Bağımsız örneklem için t-testi, Repeated Measures ve Mann-Whitney U testi kullanılmıştır. Uygulama sonrası çalışma grubunda yer alan ailelerin durumluk-sürekli kaygı, umutsuzluk ve bakım yükü düzeylerinin kontrol grubuna göre son-test, 1. ve 3. ay takip testlerinde anlamlı olarak azaldığı; öz şefkat düzeylerinin ise anlamlı olarak arttığı saptanmıştır ($p<0.05$). Uygulama sonucunda bakım veren ailelerin durumluk-sürekli kaygı, umutsuzluk, bakım yükü düzeylerinin düşmesi, öz şefkat düzeylerinin artması müdahalenin etkili olduğunu göstermiştir. Araştırmanın bulguları doğrultusunda psikotik hastalığı olan bireylere bakım veren aileleri desteklemek ve güçlendirmek amacıyla Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'nın belirli aralıklarla uygulanması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Farkındalık; bakım yükü; psikoz; toplum ruh sağlığı hizmetleri; psikiyatri hemşireliği

ABSTRACT

THE EFFECT OF MINDFULNESS-BASED STRESS REDUCTION PROGRAM ON MENTAL STATUS AND CARE BURDEN OF PSYCHOTIC PATIENTS' FAMILIES

This research was conducted to determine the effect of the Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Program, which is applied to families who care for individuals with psychotic illness, on mental health parameters and care burden. The study is in a single-center, prospective (pretest-posttest-1st month and 3rd month follow-up), two-armed (1:1), randomized controlled experimental design. The sample of the study consisted of 50 family members (study group=25, control group=25) who gave care to individuals with psychotic illness registered in two community mental health centers. The experimental registration of the study was made prospectively from ClinicalTrials.gov and the number NCT05245305 was taken. MBSR Program was applied to the study group. Personal Information Form, State-Trait Anxiety Scale, Beck Hopelessness Scale, Self-Compassion Scale-Short Form, Zarit Caregiver Burden Scale were used as data collection tools. Frequency, percentage values, mean, standard deviation, Pearson- χ^2 test, t-test for independent samples, Repeated Measures and Mann-Whitney U test were used in the analysis of the data. The state-trait anxiety, hopelessness and care burden levels of the families in the study group after MBSR decreased significantly in the post-test, 1st and 3rd month follow-up tests compared to the control group; self-compassion levels were found to increase significantly ($p<0.05$). As a result of the intervention, the decrease in the levels of state-trait anxiety, hopelessness, care burden, and the increase in the self-compassion levels of the caregiving families showed that the intervention was effective. In line with the findings of the study, it is recommended that the MBSR be applied at regular intervals in order to support and strengthen the families who care for individuals with psychotic illness.

Keywords: Mindfulness; care burden; psychosis; community mental health services; psychiatric nursing

TEŞEKKÜR

Lisansüstü eğitimim boyunca attığım her adımda varlığını her daim hissettiğim, sadece eğitim hayatımda değil yaşam yolculuğunda da çok şey öğrendiğim, ilk günden son güne kadar ilgisini ve emeğini hiç esirgemedi yanımdan olan, beni her aşamada gönülden destekleyen, sevgisini ve şefkatini hiçbir zaman esirgemeyen, öğrencisi olmaktan onur duyduğum değerli hocalarım Doç. Dr. Serpil YILMAZ'a ve Prof. Dr. Mualla YILMAZ'a,

Doktora tez savunma jürimde bulunma nezaketini göstererek çalışmamı değerlendiren, önerileri ve değerlendirmeleri ile çalışmamı zenginleştiren değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Derya TANRIVERDİ ve Doç. Dr. Aysel AKBENİZ'e

Bu süreçte değerli fikirleri, bilgileri ve deneyimleri ile tezimi zenginleştiren tez izleme komitesinde yer alan değerli hocam Doç. Dr. Gözde GÖKÇE İSBİR'e,

Programı geliştiren Prof. Dr. Jon KABAT-ZİNN'e

Hayatıma dokunan ve bilgilerini cömertçe paylaşan sevgili hocalarım Mindfulness Institute kurucusu Prof. Dr. Zümra ATALAY'a ve School of Compassion kurucusu Sema DEMİRKİRAN'a,

Hayatımın en anlamlı yolculuğuna birlikte çıktığım ve çok güzel deneyimler paylaştığım özellikle peer grup olmak üzere MBSR (Mindfulness Temelli Stres Azaltma) Eğitimcisi 3. grubunda yer alan tüm arkadaşlarıma,

Araştırmanın yapıldığı Mersin Toros Devlet Hastanesi Hüseyin Dağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Toros Devlet Hastanesi Merkez Toplum Ruh Sağlığı Merkezi çalışanlarına,

Bana güvenerek benimle birlikte bu yolculuğa çıkan, kendilerinden çok şey öğrendiğim, yaşam deneyimlerini içtenlikle aktaran çok değerli ailelere,

Eğitim hayatım boyunca engin bilgilerini cömertçe paylaşan kıymetli hocalarıma,

Bu yaşıma kadar her zaman yanımda olan, bir gün bile şüphe duymadan hep sevildiğimi hissettiren, varlıklarına her an şükran duyduğum her şeyim olan aileme; şefkatiyle tüm hücrelerimi saran annem Fatma KESER'e, yol gösterenim, destekçim, içindeki okuma aşkıyla bana hep rol model olan babam Mustafa BOĞAHAN'a, hayatın bana en büyük armağanı olan elini hep omzumda hissettiğim biricik abim Zafer BOĞAHAN'a ve yengem Yeşim BOĞAHAN'a,

Ve son olarak zor dönemlerimde tüm duygularıma ortak olup ihtiyaç duyduğumda her zaman yanımda olduğu için biricik dostum Havva YANIK'a tüm kalbimle sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Varlığınıza minnettarım...

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İÇ KAPAK	i
ONAY	ii
ETİK BEYAN	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
TEŞEKKÜR	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLolar DİZİNİ	ix
ŞEKİLLER DİZİNİ	x
KISALTMALAR ve SİMGELER	xi
1. GİRİŞ	1
2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI	4
2.1. Psikotik Hastalıklar, Yaygınlığı ve Maliyeti	4
2.2. Psikotik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenler ve Bakım Verme Deneyimleri	5
2.2.1. Kaygı	10
2.2.2. Umutsuzluk	14
2.2.3. Bakım Yüğü	18
2.2.4. Öz Şefkat	21
2.3. Psikotik Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerini Desteklemede Aile Merkezli Bakım ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolü	26
2.4. Kavramsal Çerçeve	33
2.4.1. Bilinçli Farkındalık Kavramı	33
2.4.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler	37
2.4.3. Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler ve Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Ruhsal ve Fiziksel Sağlık Üzerine Etkileri	39
2.4.4. Bakım Veren Bireylerin Desteklenmesinde Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Kullanılması	41
3. MATERYAL ve YÖNTEM	42
3.1. Araştırmanın Amacı, Tipi ve Hipotezleri	42
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	42
3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	43
3.3.1. Randomizasyon ve Körleme	46
3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri	47
3.5. Veri Toplama Araçları	47
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	47

	Sayfa
3.5.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği	47
3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği	48
3.5.4. Öz Şefkat Ölçeği- Kısa Formu	48
3.5.5. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği	49
3.6. Verilerin Toplanması	50
3.6.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Hazırlanması ve Oturumların Planlanması	50
3.6.2. Ön Uygulama	51
3.6.3. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Uygulanması	51
3.6.4. Çalışma Grubunda Uygulama Basamakları	51
3.6.5. Kontrol Grubunda Uygulama Basamakları	52
3.7. Verilerin Değerlendirilmesi	52
3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları	52
3.9. Araştırmanın Etik Boyutu	53
4. BULGULAR	54
5. TARTIŞMA ve SONUÇ	78
5.1. Tartışma	78
5.2. Sonuç	90
5.3. Öneriler	91
KAYNAKLAR	93
EKLER	120
ÖZGEÇMİŞ	142

TABLolar DİZİNİ

	Sayfa
Tablo 3.3.1. G*Power analiz tablosu	44
Tablo 3.3.2. Araştırmaya dahil edilme ve araştırmadan dışlanma/çıkarılma kriterleri	46
Tablo 3.4.1. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri	47
Tablo 3.5.1. Veri toplama formunda kullanılan ölçeklerin Cronbach alpha katsayıları	50
Tablo 4.1.1. Gruplara göre ailelerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	55
Tablo 4.1.2. Gruplara göre ailelerin bakım verdiği hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması	57
Tablo 4.2.1. Gruplara göre DKÖ ve SKÖ puanlarının karşılaştırılması	60
Tablo 4.3.1. Gruplara göre BUÖ ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması	65
Tablo 4.3.1. Gruplara göre ÖŞÖ puanlarının karşılaştırılması	69
Tablo 4.5.1. Gruplara göre ZBYÖ ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması	74
Tablo 4.6.1. BFTSAP sonrası çalışma grubunda yer alan ailelerin kazanımları	77

ŞEKİLLER DİZİNİ

	Sayfa
Şekil 3.3.1. Araştırma Deseni (CONSORT Akış Diyagramı)	45
Şekil 4.2.1. Grup ve süreçlere göre DKÖ puanlarının dağılımı	61
Şekil 4.2.2. Grup ve süreçlere göre SKÖ puanlarının dağılımı	61
Şekil 4.3.1. Grup ve süreçlere göre BUÖ ve alt boyutları puanlarının dağılımı	67
Şekil 4.4.1. Grup ve süreçlere göre ÖŞÖ puanlarının dağılımı	69
Şekil 4.5.1. Grup ve süreçlere göre ZBYÖ ve alt boyutları puanlarının dağılımı	76

KISALTMALAR ve SİMGELER

Kısaltma/Simgesi	Tanım
ACT	Acceptance and Commitment Therapy
ANA	Amerikan Hemşireler Birliği
ATTEND Model	Attunement, Trust, Touch, Egalitarianism, Nuance, and Death Education
BF	Bilinçli Farkındalık
BFTSAP	Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı
BUÖ	Beck Umutsuzluk Ölçeği
CONSORT-SPI	Consolidated Standards of Reporting Trials Statement for Social and Psychological Interventions
CCT	The Compassion Cultivation Training
CFT	Compassion Focused Therapy
CMT	Compassion Mind Training
DBT	Dialectical Behavior Therapy
DKÖ	Durumluk Kaygı Ölçeği
DSKÖ	Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği
DSM	The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
HPA eksen	Hipotalamus-Hipofiz-Adrenokortikal Eksen
MBCP	Mindfulness-Based Childbirth And Parenting
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MB-EAT	Mindfulness Based Eating Awareness Training
MBFPE	Bilinçli Farkındalık Temelli Aile Psikoeğitim Programı
MBPM	Mindfulness-Based Pain Management
MBRE	Mindfulness-Based Relationship Enhancement
MBRP	Mindfulness-Based Relapse Prevention
NICE	National Institute Of Health and Clinical Excellence
ÖŞÖ	Öz Şefkat Ölçeği
SKÖ	Sürekli Kaygı Ölçeği
SPSS	Statistical Package For Social Sciences
TRSH	Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresi
TRSM	Toplum Ruh Sağlığı Merkezi
ZBYÖ	Zararlı Bakıcı Yük Ölçeği

1. GİRİŞ

Kronik, ağır ruhsal hastalıklar arasında sınıflandırılan psikoz, hasta bireyin duygu, düşünce ve davranış, kişilerarası ilişkiler, iş ve sosyal uyumunu olumsuz etkileyerek sosyal ve ekonomik kayıplara neden olmakta, hasta birey ve aile farklı zorluklar deneyimlemektedir. Ruh sağlığı hizmetlerinde toplum temelli modele geçilmesi ile birlikte doğal bakım veren olarak algılanan aile birincil bakım veren konumuna gelmiştir. Ayrıca ruh sağlığı hizmetlerinin yeterince gelişmemiş olması hasta bireyin bakımında ailenin sorumluluklarının daha da artmasına neden olmuştur [1-3].

Aile bir sistem olarak ele alındığında, aile üyeleri arasında sürekli bir etkileşim vardır ve hastalık durumunda hasta bireydeki değişim tüm aileyi etkilemektedir [1,2]. Bu durum bakım verenleri emosyonel (sosyal destek eksikliği, benlik saygısında azalma, kendine bakım rolünde azalma, huzursuzluk, depresyon, uykusuzluk, sosyal izolasyon vs.), sosyal (eğlendirici, dinlendirici ve boş zaman aktivitelerinin kısıtlanması, aile işleyişinin bozulması, yalnızlık, ayrımcılık, damgalanma, vs.) ve ekonomik (sosyal güvence ile karşılanmayan masrafların ek yük oluşturması, iş saatlerinin azaltılması vs.) olarak olumsuz etkileyebilmektedir. Tüm bu olumsuzluklar bakım veren bireylerin genel olarak “iyilik hali” olarak tanımlanan yaşam kalitesini negatif yönde etkilemektedir [1,2,4-11]. Yapılan bir çalışma, ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerin psikolojik alanda yaşam kalitelerinin önemli oranda düşük olduğunu göstermektedir [12]. Wan ve ark.’nın (2019) psikotik hastalığı olan bireylerin aileleri ile yaptığı bir çalışmada katılımcıların üçte birinin yüksek düzeyde stres bildirdiği, en sık bildirilen psikososyal sorunların sırasıyla anksiyete, sosyalleşmede azalma, uykusuzluk olduğu ve sağlıklı ilgili yaşam kalitesi incelendiğinde en çok etkilenen alanların fiziksel ve ruhsal sağlık, sosyal yaşam olduğu belirtilmektedir [13]. Ayrıca bakım yükünün, psikolojik sıkıntı, psikolojik veya psikiyatrik tedaviye ihtiyaç duyma, artan şiddet riski, sağlık açısından riskli davranışlara eğilim, artan sağlık hizmetleri kullanımı, madde kötüye kullanımı ve hatta intihar dahil olmak üzere çok çeşitli olumsuz sağlık etkilerine yol açtığı dünya çapında kabul edilmektedir [14-19]. Bununla birlikte, algılanan destek, başa çıkma, aile uyumu gibi faktörlerin bakım veren bireyler üzerinde hastalıkla ilgili stresörlere göre daha büyük bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir [20]. Ruhsal hastalıklarda hasta ve ailenin, hastalığın ilk yıllarında iyileşmeye yönelik daha fazla çaba gösterdiği, hastalık kronikleştikçe bu çabalarının yeterli olmadığı ve destek kaynaklarından yararlanma gereksinimlerinin arttığı görülmektedir [1]. Çalışmalarda ayrıca ruhsal hastalığa sahip birey ve bakım verenler için ruh sağlığı hizmetlerinin yetersiz olduğu ve bu hizmetlerin güçlendirilmesi gerektiği vurgulanmaktadır [6,13,21-28]. Literatürde algılanan gereksinimlerin karşılanmaması, bakım verenlerin yaşam kalitesi ve ruh sağlığını olumsuz etkileyebileceği ve bu durumun bakım verme kapasitelerinin azalmasına neden olabileceği gösterilmektedir [29,30]. Aile desteğinin varlığı, hasta birey için koruyucu bir faktördür ve daha yüksek psikososyal

işlevsellik seviyeleri ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [31]. Hastaların sağlık ihtiyaçlarını etkili bir şekilde ele almak ve sonuçlarını iyileştirmek aynı zamanda bakım verenlerin çeşitli ve farklı ihtiyaçlarının tanınmasını ve bunların sonuçlarını iyileştirecek stratejilerin değerlendirilmesini gerektirir [32]. Psikotik hastalığı olan bir bireye bakım verenleri desteklemek, bir bütün olarak aile için daha iyi fiziksel ve ruhsal sağlık sonuçlarına yol açabilir ve ailenin iyileşmesini destekleyebilir [33]. Hasta bireyin iyileşmesini etkileyen en güçlü belirleyicilerden biri aile desteği olduğunun fark edilmesi ile birlikte, bakım verenlerle yapıcı ilişkiler geliştirme ve onların ihtiyaçlarını göz önünde bulundurma psikotik hastalığı olan bireylere verilen sağlık hizmetlerinde önemli bir uygulama olarak ortaya çıkmıştır. Ancak bazı çalışmaların sonuçları, ruh sağlığı profesyonellerinin bakım verenlerin ihtiyaçlarını ve zorluklarını göz ardı ettiğini göstermiştir [34-38]. Yapılan çalışmalar bakım verenlerin sağlık ve esenliğini arttırmaya yönelik acil bir ihtiyaç olduğu, bakım yükünü azaltmaya yönelik müdahalelerin geliştirilmesi ve değerlendirilmesi gerektiği, bakım verenlerin destek sağlama yeteneklerini engelleyebilecek fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları geliştirmeden önce ailelerin ihtiyaçlarına odaklanan kanıta dayalı müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu vurgulamaktadır [39-48]. Bu doğrultuda, bakım verenlerin sıkıntısını azaltmaya yönelik çeşitli psikolojik ve sosyal müdahaleler geliştirilmiştir. Bunlar aile eğitimi, psikoeğitim, Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi, aileden aileye destek programı, aile destek grupları, aileler için özel eğitim grupları, kriz yönetimi ve danışmanlık gibi müdahalelerden oluşmaktadır [49-55]. Günümüzde bakım verenlerin psikolojik sağlığını iyileştirmeye yönelik bu amaçla kullanılan müdahalelerden biri de bir grup ortamında stresi azaltma ve zorlu duyguları yönetme becerilerini öğreten kanıta dayalı bir müdahale olan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma (BFTSAP)'dır. Bilinçli farkındalık (BF), şimdiki anda gerçekleşenlere dikkat etmek, bu dikkatin niteliğini fark etmek, tüm bu fark edilenleri acele ile yargılamaksızın kabul etmeyi içermektedir [56]. BFTSAP Budist farkındalık meditasyonunu çağdaş klinik ve psikolojik uygulama ile bütünleştirerek 1979'da Jon Kabat-Zinn tarafından geliştirilen standartlaştırılmış bir meditasyon programıdır. BFTSAP fiziksel veya ruhsal hastalığı olan bireylerin yanı sıra sağlıklı bireylere de uygulanabilmektedir [57,58]. Farkındalık temelli uygulamaların ruhsal sağlığı ve psikolojik iyi oluşu iyileştirmesini etkileyen mekanizmaların incelendiği bir sistematik derleme ve meta analiz çalışmasında, farkındalık, öz-şefkat ve psikolojik esnekliği geliştirdiği; bilişsel ve duygusal tepkisellik, ruminasyon ve endişeyi azalttığı vurgulanmaktadır [59]. BFTSAP'ın bakım veren bireylerin sağlık sonuçlarını iyileştirdiğini gösteren artan kanıtlara rağmen [60-62], psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenlerle yapılan çalışmalar literatürde sınırlı sayıdadır [63-65].

Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik'te toplum ruh sağlığı hemşiresi birey, aile ve toplumun ruh sağlığını koruma, geliştirme ve sürdürmede görev yapan sağlık ekibi üyesi olarak tanımlanmaktadır. Toplum ruh sağlığı hemşiresinin bakım öncelikleri

arasında özel ve riskli grupların belirlenmesi, korunması ve ruh sağlıklarının geliştirilmesi bulunmaktadır [66]. Bu bağlamda toplum ruh sağlığı hemşiresinin yasal sorumlulukları dikkate alındığında, ruhsal açıdan riskli grup arasında yer alan bakım verenlere yönelik müdahalelerin toplum ruh sağlığı hemşireleri tarafından yürütülmesi gerekmektedir. Bu doğrultuda toplum ruh sağlığı hemşirelerinin psikotik hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerine yönelik tamamlayıcı, destekleyici, önleyici, koruyucu bir program olarak belirtilen BFTSAP'ı uygulamalarının ruh sağlığının korunması ve güçlendirilmesi kapsamında önemli olduğu düşünülmektedir. Bu çalışmada uygulaması kolay, bireyin bireysel olarak yapabileceği uygulamaların öğretilmesi ile ailelerin güçlendirilerek fiziksel, sosyal ve ruhsal açıdan iyilik halinde olmaları, yaşam kalitesinin yükseltilerek ekonomik ve sosyal hayata aktif ve sağlıklı bir şekilde katılmaları, sağlıklı yaşam tarzı davranışlarını teşvik edeceği ve koruyucu ruh sağlığı kapsamında önemli katkıları olacağı düşünülmektedir. Ayrıca bakım yükünün iyileştirilmesi ve aileye yönelik hizmetlerin kalitesinin, yaygınlığının ve etkisinin artırılması yönünde yapılacak uygulamalara öncülük edebilir. Bu doğrultuda 11. Ulusal Kalkınma Hedeflerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Literatürdeki boşluk düşünüldüğünde, bakım verenlere BFTSAP'nın uygulanması ile klinik alana katkıda bulunabilir, programın psikotik hastalığı olan bireylere bakım veren aileleri desteklemedeki rolünün anlaşılmasını (psikotik hastalığı olan bireylere bakım veren aileler için etkili bir müdahale olup olmadığını belirlenmesine) ve bakım verenlerin özel ihtiyaçlarına odaklanmak için BFTSAP'nın geliştirilmesini sağlayabilir.

Bu araştırma, psikotik hastalığı olan bireylere bakım veren ailelere uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'nın durumluk-sürekli kaygı, umutsuzluk, öz şefkat ve bakım yüküne etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

2. KAYNAK ARAŞTIRMALARI

2.1. Psikotik Hastalıklar, Yaygınlığı ve Maliyeti

Ağır ruhsal hastalıklar terimi, çoğu biyolojik kökenli olan ve özellikle tedavi edilmezse bireyin yaşam kalitesini ve işleyişini önemli ölçüde etkileyebilen, yaşam boyu süren, ciddi işlevsel bozulma, remisyonlarla ve alevlenmeler ile karakterize bir grup psikiyatrik hastalığı ifade etmektedir. Psikotik hastalıklar genellikle en kötü sağlık sonuçlarına neden olan ağır ruhsal hastalıklar arasında yer almaktadır [43,67-72]. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Ruh Sağlığı Açığı Eylem Programı (mhGAP)'nda şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar bipolar bozukluk ve depresyonla birlikte düşük ve orta gelirli ülkelerde entegre yönetim ve müdahalelere ihtiyaç duyan öncelikli ruhsal hastalıklar arasında bulunmaktadır [73]. DSM (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı) V'de "şizofreni spektrumu ve diğer psikotik bozukluklar" olarak tanımlanan bu hastalıkların hasta birey, ailesi ve toplum üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır [33,43,67,72,74,75]. Bu spektrum altında şizofreni, sanrılı bozukluk, kısa süreli psikotik bozukluk, şizofreniform bozukluk, madde kaynaklı psikotik bozukluk, tıbbi bir duruma bağlı psikotik bozukluk, katatoni, şizotipal bozukluk hastalıkları yer almaktadır. Bu hastalık grubunun belirtileri arasında sanrılar, halüsinasyonlar, dağınık düşünme (konuşma), büyük ölçüde düzensiz veya anormal motor davranış (dahil katatoni) ve negatif belirtiler olmak üzere beş alanın bir veya daha fazlasında anormallikler görülmektedir [33,43,67,72,74]

Şizofreni ve diğer psikotik bozuklukların yaşam boyu yaygınlık tahminleri, popülasyona dayalı araştırmalarda büyük farklılıklar göstermektedir. Psikotik bozuklukların yaygınlığına ilişkin çoğu veri, küresel tahminlerle veya şizofreni ile sınırlıdır. DSÖ verilerine göre, en yaygın görülen psikotik hastalıklardan şizofreni dünya çapında yaklaşık 24 milyon kişiyi veya 300 kişiden 1'ini (%0.32) etkilemektedir [75]. Son yapılan çalışmalara göre, dünya çapında şizofreni hastalığı olan kişi sayısı 1990'da 13.1 milyon iken [76], 2016'da 20.9 milyona yükselmiştir [77]. Psikozun yaşam boyu yaygınlığı, genel popülasyonda 2.5'i civarındadır [78]. Yapılan çalışmalarda psikotik hastalıkların yaygınlığı Fransa'da risk altındaki kişilerde 1000 kişi başına 4.60 [79], Türkiye'de genel toplumda 1000 kişide 8.9 [80] ve diğer bir çalışmada ise 1000 kişide 10 olarak belirtilmektedir [81]. Türkiye'de psikotik hastalıkların yaygınlığının, farklı ülkelerde bildirilen tahminlerden daha yüksek olduğu görülmektedir.

Diğer birçok ruhsal hastalık kadar yaygın olmamakla birlikte [75], psikotik hastalıklar çok önemli bir ekonomik yük oluşturmaktadır [70]. Maliyetler başta hastaları ve aileleri olmak üzere toplumun birçok farklı kesimini etkilemektedir [82]. DSÖ'ye göre şizofreni engelliliğin önde gelen on küresel nedeninden biridir [83-85]. Ulusal sağlık harcamaları üzerinde büyük bir etki oluşturmaktadır [33]. Amerika'da psikotik hastalıkların ekonomik yükü 2013 yılı için 156 milyar dolardır. Bunun 38 milyar dolarının ilaç ve tedavi için doğrudan sağlık bakım maliyetlerine ve

117 milyar doları da üretkenlik kayıplarına atfedilebilir [86]. Batı ülkelerinde şizofreninin maliyetinin gayri safi milli hasılanın (GSMH) %7 ila %12'si arasında olduğu bildirilmektedir [87]. İngiltere’de Şizofreni Komisyonu tarafından yayınlanan bir raporda, psikotik hastalıkların toplumsal maliyetinin yılda 11.8 milyar sterlin ve kamu sektörüne maliyetinin 7.2 milyar sterlin olduğu tahmin edilmektedir. Bunla ilişkili sekiz temel maliyet faktörü belirlenmiştir: hastanın yatış süresi, kesintiye uğramış/istihdam kaybı; kesintiye uğramış eğitim; evsizlik; fiziksel sağlık sorunları; madde kötüye kullanımı; adli olaylar ve aile üzerindeki etkisi [82]. Belirtilen bu aşırı ekonomik yük, bu hastalara verilen sağlık hizmetlerinin yetersiz olduğunu düşündürmektedir [87].

Psikotik hastalıklar hastanın kişisel, ailevi, sosyal, eğitimsel ve mesleki işlevsellik dahil olmak üzere yaşamının tüm alanlarını etkileyebilir [33,43,67,72,74,75]. Psikotik hastalıklar kişisel bakım, ev işleri, alışveriş, yemek hazırlama, para yönetimi ve kişisel hijyen gibi bağımsız yaşamak için gerekli olan beceriler, mesleki ve akademik etkinlikler, toplumsal ilişkiler, boş zaman etkinlikleri, sağlığın korunması, sosyal etkileşim, başa çıkma, iletişim, mali durumu yönetme alanında yaşanan sorunlarla yaşam kalitesinin bozulmasına neden olmaktadır [43,88]. Hastalıkla ilgili yanlış inanışlar, damgalama genellikle kişinin yaşadığı sorunların daha da ağırlaşmasına neden olabilmektedir. Kanıtlar, fiziksel hastalık, depresyon, travma, madde kötüye kullanımı, intihar, uzun süreli olumsuz sağlık alışkanlıkları, hastalık ve tedaviye bağlı metabolik bozukluklar ve bunun sonucunda artan kardiyovasküler hastalık, ilaç yan etkileri bireylerin yaşam süresini azalttığını doğrulamaktadır [1,32,33,43,70,89-91]. Ancak görülen ağır belirtilere rağmen DSÖ verilerine göre psikotik hastalığı olan bireylerin üçte ikisinden fazlası ruh sağlığı hizmeti alamamaktadır [75].

2.2. Psikotik Hastalığı Olan Bireylere Bakım Verenler ve Bakım Verme Deneyimleri

Şizofreni veya diğer psikotik hastalıkları olan kişiler iyileşebilir ve hatta artık semptomlar veya nüksetme dönemleri olsa bile anlamlı bir hayat sürebilirler. Bununla birlikte, ergenlik ve erken yetişkinlik gibi üretkenlik döneminde ortaya çıkması, semptomların uzun vadede devam etmesi ve kronik nükslerle seyretmesi, daha zayıf psikososyal işlevsellik, hastaların günlük yaşam aktivitelerinde ve işlerini sürdürme becerilerinde bozulma ve bozukluğun içgörüyü etkileme eğilimi gibi hastalığın doğasına ve karmaşıklığına ilişkin faktörlere bağlı olarak optimal tedavilere ve en iyi uygulamalara rağmen, birçok hastada sosyal işlevsellik ve ilişkileri etkileyen semptomlar kalıcı hale gelmekte ve hasta birey uzun süreli bakıma gereksinim duyabilmektedir [32,33,42,72,89,90,92,93]. Ayrıca, günümüzde psikotik hastalıkların tedavisinin tek amacı semptomların ortadan kaldırılması değil, aynı zamanda hasta bireyin sosyal işlevi ve uyumu da önemli bir konudur. Bu nedenle hastalar, uzun vadeli destek ve bakıma ihtiyaç duymaktadır [94]. Klorpromazinin 1950 yılında keşfi ve ardından birçok antipsikotik ilacın kullanıma girmesi ile

hastaların hastanede kalış süreleri ve hastaneye yeniden yatış oranları azalmıştır. Ayrıca depo psikiyatri hastanelerinin ruhsal sağlık sorunları olan kişilerin ihtiyaç duyduğu bakımı sağlamada etkili olmadığı ve hastalarının temel insan haklarının ihlal edildiğine dair açık kanıtların ortaya çıkması sonucu ruh sağlığı hizmetlerinin verilmesinde sadece hastalıkların atak dönemlerine odaklanan hastane temelli modelden toplum temelli modele geçilmiştir [43,75,95]. DSÖ'nün Kapsamlı Ruh Sağlığı Eylem Planı 2013-2030, şizofreni dahil olmak üzere ruhsal hastalığı olan kişilere uygun hizmetleri sağlamak için gerekli adımları vurgulamaktadır. Eylem planının önemli bir tavsiyesi, bakım ve kaliteli hizmete erişimin iyileştirilmesi bağlamında hizmetlerin kurumlardan topluma yönlendirilmesidir [75,96]. Toplum ruh sağlığı modelinde temel amaç, ruh sağlığı sorunları bulunan hastalara ve bu hastaların yakınlarına bulundukları toplum içinde kolayca erişebilecekleri sağlık hizmeti ve destek sağlayarak hastaneye yatış riski taşıyan bireylerin hastaneye yatışlarını ve hastanede kalış sürelerini azaltmaktır [43,75,95,97]. Ruh sağlığı politikalarında da teşvik edilen toplum temelli ruh sağlığı sistemi ruhsal hastalığı olan hizmet kullanıcıları için kapsamlı, koordineli ve uygun maliyetli bakım sağlamaktadır [43,75]. Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü ve Madde Bağımlılığı ve Ruh Sağlığı Hizmetleri İdaresi'nin Ruh Sağlığı Hizmetleri Merkezi'nin öncülüğünde, toplum ruh sağlığı ideolojisi vaka yönetimi, girişken sosyal yardım, koordinasyon, entegrasyon, süreklilik, savunuculuk, kendi kendine yardım, destekli istihdam, destekli eğitim, destekli barınma, özyönetim ve iyileşme olarak adlandırılan kişisel hedeflere vurgu gibi yaklaşımları içeren toplum destek sistemi modeline dönüştürülmüştür. Toplum destek sistemi modeli, toplum ruh sağlığı ve rehabilitasyonunun rolünü, hastaneye yatmanın engelleyici etkilerini tersine çevirmenin ötesinde, ciddi psikiyatrik hastalığı olan bireylerde engelliliğin önlenmesini içerecek şekilde genişletmiştir [89]. Toplum temelli ruh sağlığı bakımı seçenekleri arasında birinci basamak sağlık ve genel hastane bakımı, toplum ruh sağlığı merkezleri, günlük merkezler, destekli barınma ve ev tabanlı destek için sosyal yardım hizmetleri yer almaktadır [72,75]. Toplum temelli ruh sağlığı hizmet modelinin çekirdeğini oluşturan toplum ruh sağlığı merkezlerinde belirli bir coğrafi alanda yaşayan ağır ruhsal hastalığı olan hastaları kayıt altına alır, hastaların kontrole gelişi beklenmeden gezici ekiplerle ev ziyaretleri yapılır; hastaların kendi ortamlarında düzenli takip ve tedavileri gerçekleştirilir. Böylece iyilik hallerinin korunması, atakların önlenerek; hastane yatışlarının azaltılması ve rehabilitasyonlarının sağlanmasıyla hastaların topluma yeniden kazandırılması hedeflenmektedir [95,97].

Ülkemizde de 2011 yılında yayımlanan Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) ile birlikte ruh sağlığı hizmetlerinde toplum temelli yaklaşıma geçilmiştir. Ülkemizde, toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinde çalışan sağlık profesyonelleri sayısı son on yılda belirgin artış gösterse de halen Avrupa bölgesi ortalamasının altındadır [97]. Toplum temelli modelde ana hedef hastanın mümkünse ailesinin veya yakınlarının yanında yaşamını sürdürmesidir [98]. Hizmet

sunumundaki bu belirgin değişiklik, toplumda aileleri ve bakıcılarıyla birlikte yaşayan psikotik hastalığı olan bireylerin sayısının artmasına yol açmıştır [99,100]. Hem ülkemizde hem de dünyada psikotik hastalığı olan bireylere bakım veren aile üyelerinin sayısı ile ilgili literatürde bir bulgu olmamakla birlikte, Türk toplumundaki güçlü aile bağları göz önüne alındığında, bakım verme genellikle ebeveynler ve eşler tarafından dini ve sosyal yükümlülük, sadakat, saygı gibi kültürel normlar ve beklentiler doğrultusunda gerçekleştirilen bir işlev olduğundan bakım verenlerin sayısının yüksek olması beklenilmektedir. Psikotik hastalığı olan birçok birey tipik olarak ebeveynleri, eşleri, kardeşleri ve çocukları gibi yakın akrabalarıyla birlikte yaşamakta veya onlarla yakın temas halindedir [32,88,101]. Toplum temelli ruh sağlığı hizmetlerinin ve ruh sağlığı kaynaklarının sınırlı olması özellikle gelişmekte olan ülkelerde bakım vermede en önemli rolü ailelerin üstlenmesine yol açmıştır [93,102]. Ayrıca ücretli bakım verenlerle karşılaştırıldığında, aileler, sevgileri ve yükümlülükleri nedeniyle hasta aile üyelerine bakmakta ve aile üyelerinin bakım verme rollerini başlatma ve sürdürme, diğer bakım verenlere göre yüksek kaliteli bakım sağlama olasılıkları daha yüksektir [103]. Bakım, ruhsal hastalığı olan bir kişinin rehabilitasyonunda temel bir konudur ve ağır ruhsal hastalığı olan kişiler için oldukça önemlidir [104]. Aile bakımı, kişinin başka bir aile üyesinin refahına olan bağlılığı ve fiziksel, psikolojik ve gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamak için gönüllü bakım sağlaması olarak tanımlanmaktadır [105]. Psikotik hastalığı olan bir bireye bakım vermek fiziksel hastalığı olan bir bireye bakım vermektan önemli ölçüde farklı ve artan sorumlulukları bulunmaktadır. Aileler çoğu hastanın bakımının tüm sorumluluğunu üstlenmekte, fiziksel, tıbbi, psikolojik ve sosyal ihtiyaçların karşılanması gibi çok boyutlu alanlarda bakım vermekte ve hastaların yaşamlarında kilit bir rol oynamaktadır [69,106]. Tedavi olmaya motive etme; potansiyel sorunlu alanları belirleyerek hastanın tedavi planına bağlılığını artırma; ruhsal durumu izleyerek hastalığın erken belirtilerini, nüks belirtilerini tespit etme; yardım istemeye teşvik etme; tıbbi randevuları planlama ve koordine etme; ilaçları yönetme, yan etkileri gözlemleme ve raporlama; davranışları, durumları ve krizleri yönetme; relapsları önleme; duygusal ve finansal destek sağlama; kişisel bakım, alışveriş, yemek pişirme ve temizlik gibi günlük yaşam aktivitelerine yardım etme; mülkiyet haklarını koruma; arkadaşlarıyla kaynaşmaya ve etkileşime teşvik etme; toplumun fiziksel, zihinsel ve cinsel istismarda bulunmasını önleme bakım verme rollerinin sadece birkaçıdır [10,23,42,88,92,104,107-109]. Bulgular ailelerin sağladıkları en yaygın destek türleri arasında ilaç yönetimi, hastane ziyareti [39,110,111], kişisel hijyeni ve hatta yemek yemeyi hatırlatma [39], tıbbi bakımı koordine etme, ev işlerini yapma, mali durumu yönetme, araba kullanma ve alışveriş yapma [111] olduğunu göstermektedir. Aileler bu rollerinden dolayı genellikle resmi olmayan bir vaka yönetimi rolü üstlenmekte, bakımın sürekliliğine katkıda bulunmakta ve gizli bir sağlık sistemi olarak hareket etmektedir [92,108,109]. Literatürde ailenin destekleyici yaklaşımının tedaviye uyum, nüksetme üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu ve

sonuçta hasta bireyin iyileşmesini etkilediği belirtilmektedir [32]. Ailelerin psikotik hastalığı olan bireyler için olumlu refahı ve iyileştirilmiş sonuçları teşvik etmedeki önemi ve katkısı, sağlık hizmeti verenler, politikacılar ve hükümetler tarafından da sıklıkla kabul edilmektedir [112]. Ayrıca yapılan bir çalışmada aile desteğinin, hastalarda daha düşük semptom şiddeti, daha yüksek sosyal işlevsellik ve iş işlevselliği, daha olumlu iyileşme algıları ve daha yüksek yaşam doyumu ile ilişkili olan öz-şefkat ile olumlu bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir [113]. Aileler bakım verme rolü ile hastaların sağlık bakım ihtiyacını azaltarak sağlık sistemleri üzerindeki yükü azaltmakta ve her yıl önemli ölçüde maliyet tasarrufu sağlayarak toplumda değerli bir rol üstlenmektedir [68,114,115].

Bir kişiye ruhsal hastalık tanısı konulduğunda, hastalık, iyileşme ve tedavi ile ilgili deneyimleri, kaçınılmaz olarak en çok bağlı oldukları insanları etkilemektedir [33,99]. Psikotik hastalıklar sadece hastayı değil aynı zamanda aileyi de önemli ölçüde etkilemektedir [92]. Aile sistemleri teorisi, aileyi de birbiriyle ilişkili bileşenlerden (aile üyeleri) oluşan bir sistem olarak görür. Bu nedenle, bir aile sistemi fikri açısından, 'sistem'in (bir aile üyesi) bir bölümünde meydana gelen değişiklikler, hem bireysel düzeyde hem de sistemin (aile) bir bütün olarak diğer bileşenlerini etkilemektedir [31,88,93,108]. Çoğunlukla bakım verenler, ülkelerindeki sağlık hizmeti sunumuna önemli bir katkıda bulunurken, bunun bakımı verenlere bir maliyeti olduğunun farkına varmak önemlidir. Aslında bakım vermenin etkisi sadece birincil bakım veren tarafından değil, aynı zamanda tüm aile tarafından deneyimlenmektedir [39,99]. Bakım veren aileler, hastalığın karmaşıklığından ve bakım koşullarından kaynaklanan zihinsel, fiziksel ve duygusal sorunlara maruz kalmaktadır [99]. Yapılan çalışmalarda ailelerin şizofreni hastalığı olan bireye bakım vermeyi cehennemde yaşamaya benzettiği [48], farklı roller üstlendiklerinde bir örümcek ağına yakalanmış kelebek gibi hissettiklerini [116], kapana kısılmış hissettiklerini [14,24,117], zorlayıcı, stresli ve acı verici olarak tanımladıkları [10,23,117], genellikle ölümü hasta bireyle yaşamaktan daha iyi olarak algıladıkları [116] belirtilmektedir. Psikotik hastalığı olanlara bakım verenlerin diğer bakım verenlere göre (Alzheimer hastalığı, kanser, majör depresyon, bipolar bozukluk, felç) yaşam kalitelerinin daha kötü olduğu belirtilmekte [26,118] ve ruhsal hastalıklar içerisinde (şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları) şizofreni hastalarının ailelerinin en çok stres yaşayan grup olduğu [119] görülmektedir. Düşük benlik saygısı, psikolojik sıkıntı ve bakım yükünün bakım verenlerin yaşam kalitesini etkilediği belirtilmektedir [26]. Düşük yaşam kalitesi genellikle fiziksel hastalık, depresif bozukluklara ve anksiyete bozukluklarına neden olmaktadır [93,120]. Bakım vermenin kendi sağlığını ihmal etme [116,121,122], fiziksel sağlık sorunları (uykusuzluk, baş ağrısı ve aşırı yorgunluk, uyku güçlüğü, ağrı, mide yanması) [13,118,123-125], ruhsal sağlık sorunları [121,124,126,127] ve daha yüksek ölüm riskine yol açtığı [121,125] vurgulanmaktadır. Mittendorfer- Rutz ve ark. (2019) yaptığı çalışmada şizofreni hastalarının ebeveynlerinin multipl

skleroz, romatoid artrit, epilepsi ve sağlıklı ebeveynlere göre psikiyatrik sağlık bakımı ve sosyal yardım alma olasılıklarının daha yüksek olduğu bildirilmektedir [128]. Yapılan çalışmalarda öznel sağlık durumunu “orta-kötü” ile “çok kötü” arasında tanımladıkları [14], bakım rolleriyle ilgili travma sonrası stres belirtileri [129] ve depresyon yaşadıkları [117,130-132], psikotik belirtiler açısından risk altında oldukları [133] belirtilmektedir. Olumsuz duygu/sonuçlar, olumlu kişisel deneyim eksikliği ve damgalanmanın depresyonla en bağlantılı bakım verme boyutları olduğu görülmektedir [134]. Bulgular bakım verenlerin bu süreçte psikolojik [20,116,135-140] ve duygusal sıkıntı yaşadıklarını [135] göstermektedir. Çoğu zaman, bu sıkıntı, geçmişle ilgili suçluluk duygusu, hastalık ve etkileri ile ilgili yıkım, korku ve belirsiz bir gelecek için endişelenmeden kaynaklanmakta [141] ve psikotik hastalıkların yanlış ebeveyn tutumu ile ilgili olduğuna ilişkin toplumun suçlayıcı tutumuna bağlı özellikle annelerde bildirilmektedir [142]. Bakım verenler hastalığın bilinmeyen yönleri, hastanın intihar etme olasılığı, tedaviyi reddetme, patolojik davranışları kontrol etme konusunda yeterli bilgi ve beceriye sahip olmama, sağlıklı çocukların hasta olma olasılığı, şizofrenin olası kalıtsal yönüne bağlı hastalanma korkusu [122,141,143], hastalığa davranışlarının neden olduğu algısı, hastalığın erken belirtilerini ve semptomlarını fark edememe, ruh sağlığı sorunlarını gerektiği gibi denetleyememe, kendilerini genel olarak yetersiz olarak algılamalarına bağlı suçluluk [38,141,144] ve bakım aktivitelerinin talepleri nedeniyle geçmiş, şimdi ve geleceğe özlem duygusu [141] yaşamaktadırlar. Ayrıca sabırlarının tükendiğini ve eskisi kadar sakin kalamadıklarını, özellikle bakım veren eşler çocuklarına yönelik öfkelerini kontrol edemediklerini ifade etmektedir [116]. Aile üyeleri tarafından tanımlanan diğer belirgin bir tepki yastır [145-148]. Bu yas, sağlıklı akrabaların kaybı, yakınların geleceğine yönelik belirli umut ve özlemlerin kaybı ve hasta ile akraba arasında önceden var olan ilişkinin kaybı, bakım verenin kendi sağlığının kaybı, akraba ve arkadaşlarla ilişkilerin kaybı, iş kaybı, yakınlarının hayatındaki fırsatların kaybından (yakınları ruhsal hastalığı yaşamamış olsalardı yaşayabilecekleri hayatın üzüntüsü) kaynaklanmaktadır [143,149-152]. Algılanan kayıp, bakım verenlerin fiziksel, psikolojik sağlığını ve hasta bireyle etkileşimini olumsuz etkilemektedir [153,154]. Damgalanma ve ayrımcılık sadece hasta bireyi değil aynı zamanda aileyi de etkilemektedir [48,155,156]. Bu durumda sosyal izolasyona maruz kaldıkları, sosyal izolasyonla ilişkili ekonomik, sosyal ve duygusal zorluklar yaşadıkları, kendilerini damgaladıkları, izole ettikleri ve tüm bunların yalnızlığa yol açtığı belirtilmektedir [156,157]. Damgalanmaya bağlı ailenin kullandığı stratejiler arasında gizlenme, kapalı kapılar ardında yaşama, diğer aile üyelerinden kaçınma, tüm sorumluluğu üstlenme ve aşırı fedakar davranışlarda bulunma yer almaktadır [158].

Açıklanan üzücü deneyimlerle birlikte bakım vermenin sadece olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmediği, aynı zamanda bakım verenlerin öznel kazanımlar ve tatmin yaşadıkları da kabul edilmektedir [121,152]. Yapılan çalışmalar bakım vermenin olumlu etkileri arasında kişisel

gelişim [141,143,159], değişimi kabul etme, merhameti deneyimleme, daha az yargılayıcı olma [141], içsel gücü keşfetme [5,6,121,152,160], engelli kişilere karşı daha duyarlı olma, hayattaki öncelikler konusunda netlik ve hasta bireyin bağımsızlığını ve üretkenliğini arttırmaya bağlı başarı ve gurur duygusu [6,121,152], gelişmiş sevgi, şefkat, aile dayanışması, kendine güven, bilgi ve becerileri öğrenme [124,143,159], başkalarının ihtiyaçlarına duyarlı ve motive olma [42], sorunları olan diğerlerine karşı daha anlayışlı hale gelme [160], hayattaki basit şeyleri daha çok takdir etme [124], aynı deneyimi paylaşan diğerlerine şefkat [5,143,159], hayatın olumlu yönlerine odaklanma [5], bakım verme rollerinde yeni anlamlar bulma [121,152], kendini daha yararlı hissetme [121] olduğunu göstermektedir. Gater ve ark. (2014) yaptığı çalışmada bakım verenlerin şizofreni hastasına bakabilme, sorunlarını fark edebilme, güvende olmasını sağlayabilmeye bağlı tatmin duygusu yaşadıkları; daha yüksek bir sabır düzeyine sahip oldukları; daha iyi bir insan oldukları; bir kişi olarak büyüdüklerini hissettikleri belirtilmektedirler [39].

2.2.1. Kaygı

Belirsizlikten, riskten, tehlikeden veya tehditlerden uzak, sürekli sakinlik ve güven içinde yaşamayı hayal etmek neredeyse imkansızdır [161]. Tarihsel olarak insanlar, değerli bir kişinin ölümü, travmatik yaralanma, boşanma, iş durumunda değişiklik, yeni bir rol üstlenme, kişilerarası sorunlar veya yaşamı tehdit eden savaş, salgın hastalık, doğal afet, kıtlık gibi çok sayıda zorlanmalara maruz kalmıştır [33,88]. İnsan zihni bu tehditler karşısında hayatta kalabilmek ve hızlı yanıt verebilmek amacıyla bilgileri öğrenme ve depolama yeteneğini geliştirmiştir [33]. Tehdit duyarlılığını arttıran ve tehdit işlemeye odaklanan faktörlerden biri, hayal etme, planlama, problem çözme, eski günleri hatırlama, tahmin etme konusunda büyük avantajlar sağlayan meta-bilişsel yeteneklerdir. Toplumun önemli ölçüde ilerlemesini sağlayan, kültür, medeniyet ve bilimin kaynağı olan, son derece değerli bir insan özelliği olan bu yetenekler aynı zamanda kaygı bozukluklarının ve diğer birçok ruh sağlığı hastalıklarının gelişiminde de rol oynayabilmektedir. İnsanlar zihinleri aracılığıyla planlar ve senaryolar oluşturabilir, sayısız tehdidi düşünebilir, hatırlayabilir ve canlı bir şekilde hayal edebilir ve bunlara gerçek uyarılar gibi tepki verebilir [33,162,163]. Örneğin; ertesi gün başarısız bir sunum yapacağını hayal eden bir öğrenci, uykuya dalmadan önce ders sırasında yaşayabileceği kalp çarpıntılarının aynısını yaşayabilir [163].

Her birey kaygı ve korkuyu deneyimleme kapasitesiyle doğmaktadır [164]. Hemen hemen herkes hayatının bir döneminde, zorluklarla karşılaşmadan önce, zihinsel ve fiziksel olarak uyarılır ve bir dereceye kadar kaygılanır [165]. İnsan yaşamında kaçınılmaz olan normal kaygı, hayatta kalmak için gerekli olan doğal ve sağlıklı bir tepkidir [33,43,161,166-169]. Kaygı ve stres sıklıkla birbirinin yerine kullanılmaktadır, ancak farklı kavramlardır. Kaygı, bir stres etkenine verilen öznel duygusal tepkidir, normal içsel deneyimlerdir [33,43,72,166,168,170]. Büyük

ölçüde korkuya dayanan kaygı, en iyi psikolojik sıkıntı duygusu olarak tanımlanmaktadır [167]. Kaygı, hoş olmayan bir gerilim, endişe ve huzursuzluk, çaresizlik, belirsizlik hissi ile karakterize, açıklanamayan rahatsızlık hissidir. Fizyolojik, psikolojik ve davranışsal semptomların eşlik ettiği iç veya dış uyaranlara verilen bir yanıttır [43,88,166]. Kaygı iç ve dış tehdit ve stres kaynaklarıyla baş etmeye yardımcı olan, koruma sağlayan bir alarm sistemi olarak düşünülmektedir. Rolü, tehlikeye anında tepki vermek ve ardından bu tehlikenin geri dönüp dönmediğini kontrol etmektir. Ancak bu sistem oldukça hassastır ve tehlike minimum düzeyde olsa bile her zaman tepki verir. Çünkü üzgün olmaktansa güvende olmak iyidir ilkesi ile çalışmaktadır [171]. Literatürde, çoğu uzman korku ve kaygının etiyoloji, tepki kalıpları, yoğunluk ve süre açısından farklı fenomenler olduğunu iddia etmektedir [108]. Korku, belirli, mevcut, gerçek bir tehlikeye verilen bir tepkidir [43,89,108,161,166]; oysa kaygı, başlangıçtaki bir korku tarafından tetiklenen, belirlenmemiş veya bilinmeyen bir tehlikeyle ilgili belirsiz bir korku, olası zorlayıcı durumlara hazırlanmaya yardımcı olan "gelecek odaklı" bir durumdur [33,43,88,172]. Bu tanımlara dayanarak, kaygı ve korku arasındaki temel farklar, tetikleyicinin özellikleri, aciliyeti veya zamansal yönelim (yani şu anda veya gelecekte var olup olmadığını), belirsizliği veya özgüllüğünü içermektedir [89,108,161,164]. Örnek olarak, korku, deprem yaşanırken hissedilen duygu, kaygı ise bir deprem ve sonrasını yaşama olasılığına ilişkin tepkidir. Kaygı ile en yakından ilişkili olan davranışlar sıklıkla sözel veya bilişseldir (örneğin, endişelenmek ve plan yapmak), oysa korku ile yakından ilişkili olan davranışlar: kaçmak, savaşmak veya donmaktır [164]. Kaygı, korkudan çok daha uzun sürebilir, genellikle günler, haftalar, aylar ve hatta yıllar boyunca deneyimlenebilir. Bu kısmen mümkündür, çünkü kaygı gerçek tehlike veya tehdit kaynaklarından çok kişinin kendi düşünce ve fikirlerine verilen bir yanıttır [164]. Genellikle "ya olursa" düşünceleri ile karakterizedir [161,173]. Örneğin; "Ya iyileşmezse? Ya her şey sonsuza kadar böyle devam ederse? Ya hastalığı tekrar nüks ederse?", "İyileşemeyecek, her şey daha kötü olacak, hiçbir şey düzelmeyecek" [174]. Bununla birlikte, vücut fizyolojik olarak hem kaygıya hem de korkuya benzer şekilde tepki vermektedir [43]. Nasıl ki acı ve ağrı, olası veya gerçek fiziksel tehditlere karşı bir işaret ve yanıt işlevi görüyorsa, normal kaygı da duygusal, sosyal veya ruhsal tehditlere karşı bir işaret ve yanıt işlevi görebilir [170]. Kaygılı olma kapasitesi hayatta kalmak için gereklidir. Ayrıca stresli olaylarla başa çıkmak için alternatif stratejiler geliştirmelerine yardımcı olabilir [43,88]. Birey kaygı yaratan durumlarla yüzleşir, bunlarla baş eder ve deneyimden bir anlam çıkarırsa duygusal olarak güçlenebilir [88]. Gelecekteki olası tehditleri dikkate alma yeteneği ve bu tehditler için hazırlık yapmak, bireyi geleceği planlamak için uygun adımlar atmaya motive edebilir. Çünkü algısal, duygusal ve fizyolojik uyarılma, bir olay sırasında ve sonrasında öğrenmeyi, problem çözmeyi artırabilmekte ve bireyi tehdit karşısında savunma veya değişime hazırlamaktadır. Örneğin, bazı bireylerin bir sınava çalışmaya motive olmaları için potansiyel olarak bir sınavda başarısız olma kaygısını hissetmeleri gerekebilir veya bir kasırganın

neden olabileceği hasarı öngörmek, güvende kalmak için gerekli önlemlerin alınmasına yardımcı olabilir [31,43,161,163,164,166,170]. Anksiyete bireyi strese karşı üç olası tepkiye hazırlamaktadır: stres ve tehditlerle yüzleşmek ve üstesinden gelmek (savaşmak) için hazırlamak, tehdit edici ve potansiyel tehlikeli durumlardan hızla kaçmaya hazırlamak (kaçmak) ve son olarak vücudu tehlike geçene kadar tamamen hareketsiz kalmaya hazırlamak (donma) [33,162,167,171,175]. Savaş ya da kaç tepkisi kısa vadede koruyucudur ve özellikle fiziksel tehditlere karşı etkilidir. Bununla birlikte, birçok birey, kontrol edemeyecekleri uzun vadeli durumlar hakkında kaygılı hissetmektedir [167]. Duygusal olarak güçlü olmanın bir yolu, geleceği öngörmekle belirsizliği kabul etmek arasındaki dengeyi yönetmektir. Patolojik anksiyete bu dengenin bozulduğunun bir işaretidir [163]. Bağlama dayalı olarak beklenenden daha yoğun olması, adaptif başa çıkma mekanizmalarının uyumsuz başa çıkma mekanizmalarıyla değiştirilmesi, tehdit uzun zaman önce geçtiği halde mesleki, kişisel veya sosyal işlevselliğin yetersiz olması durumunda patolojik kaygıdan bahsedilebilir [72,108,166-168,170,171,175].

Peplau (1963), hafif, orta, şiddetli ve panik olmak üzere dört kaygı düzeyi tanımlamıştır. Vücudun strese verdiği tepkide olduğu gibi, bir birey kaygı yaşadığında da hipotalamus-hipofiz-adrenokortikal (HPA) eksenini aktive olmaktadır. Bu aktivasyonun bir sonucu olarak, birey her kaygı düzeyinde fizyolojik, bilişsel, davranışsal, duygusal olarak etkilenmekte ve çeşitli davranışsal uyum tepkileri ortaya çıkmaktadır [43,67,72,161,165,166,167,168,176]. Anksiyete, çoğu bireyin kaçınmaya çalıştığı hoş olmayan ve rahatsız edici bir deneyim olduğundan genellikle daha katlanılabilir bir duyguyla değiştirmeye çalışılmakta veya öfke, can sıkıntısı, sinirlilik, değersizlik, kıskançlık, şüphe, üzüntü veya çaresizlik duyguları gibi diğer duygularla birlikte görülmektedir [88]. Kaygıya normal bir duygusal tepki üç bölümden oluşmaktadır: fizyolojik uyarılma, bilişsel süreçler ve başa çıkma stratejileri [108]. Bir bireyin her duruma ilişkin bilişsel değerlendirmesi, ne kadar kaygılı hissedeceğini belirlemede önemli bir faktördür [165]. Bilişsel teoriler, kaygı yaşayan bireyin tehlikeyi abartma eğiliminde olduğunu, tehditle başa çıkma yeteneklerini ise hafife aldıklarını ve kaygıyı oluşturan temel faktörün bu yanlış algılama olduğunu varsaymaktadır [172]. Gelecekte ne olabileceğine dair endişeler, (örneğin, "Bu sınavda başarısız olacağım", "Ailem hastalanacak", "Çocuklarım mutlu olamayacak", "Yalnız kalacağım"), Geçmişle ilgili düşünceler (örneğin, "Bunu söylediğime inanamıyorum", "Bu konuşma çok aşağılayıcıydı"), tehlikede olmakla ilgili düşünceler (örneğin, "Bunu yapamam", "Kalp krizi geçiriyorum", "Aklımı kaybediyorum"), dikkati tehlide veya tehlikeye doğru daraltmak, güvenlik kanıtlarına dikkat etmemek, tekrarlayan davranışlar veya alışkanlıklar (örneğin; tırnak yemek, deri yolmak, saçla oynamak), kaçınma davranışları (örneğin, bir daveti geri çevirmek, bir etkinlikten erken ayrılmak, bir ritüel veya güvenlik nesnesi kullanmak) gibi belirtilerle karakterizedir [172,174]. Bu kaçınma davranışları ve aşırı tetikte olma durumu dikkatin sınırlarını daraltmakta ve bu dikkat eksikliği bireyin bilinçli seçimler yapmasını

zorlaştırmaktadır [163]. Hafif düzeyde kaygıda, birey kaygıyı azaltmak ve rahatlatmak için bir takım başa çıkma davranışlarından herhangi birini kullanmaktadır. Kaygı evrensel bir deneyim olsa da her bireyin kaygı düzeyi ve kaygı üreten durumlarla baş etme becerileri farklılık göstermektedir. Bu davranışlardan bazıları; diğerlerinden daha uyumludur [43,72,88,168,170]. Dikkat dağıtma teknikleri (örneğin, aşırı yemek, sigara içmek, televizyon izlemek, uyumak, alışveriş yapmak, zihni endişelerden uzak tutmak için yoğun bir program oluşturmak), olumsuz olarak yargılanmaktan veya eleştirilmekten kaçınmak için her sorumluluğu yerine getirmek, kontrol etme davranışı ve gereğinden fazla hazırlık yapma (örneğin, başkalarından güvence istemek), güç kazanma ya da kendini koruma girişimleri (örn. başkalarına karşı agresif davranmak), dikkati hoş, rahatlatıcı bir sahneye odaklamak için görsel imgeleme tekniklerini kullanma gibi baş etme yöntemleri bulunmaktadır [166,174]. Kısa vadede, dikkat dağıtma, düşünceyi bastırma veya sigara, alkol, uyuşturucu veya yiyecek gibi duygu düzenleyici maddelerin kullanımı gibi içsel kaygı deneyiminden kaçınma stratejileri, kaygıyı geçici olarak azaltmada etkili olabilir. Bununla birlikte, bu kaçınma girişimleri, yalnızca duygusal rahatsızlığın temel nedenini iyileştirmede başarısız olmakla kalmaz, aynı zamanda duygusal sorunlara yol açan uyumsuz başa çıkma davranışlarını güçlendirerek paradoksal bir şekilde içsel acı deneyimini şiddetlendirmektedir [162]. Hafif ile orta derecede kaygı durumunda birey savunma mekanizmalarını ve baş etme becerilerini kullanmaktadır. Uygun bağlamda ortaya çıktığında, tehdit edici koşullara dikkati arttırabilir veya bir zorlanma durumunda baş etmeyi arttırabilir. Bu savunma mekanizmalarından bazıları diğerlerinden daha uyumludur. Savunma mekanizmaları, bir birey tarafından gerçekte başa çıkma becerisi, etkili kişilerarası ilişkiler veya mesleki performansla müdahale edecek derecede kullanıldığında uyumsuz hale gelir [72]. Bununla birlikte, başa çıkma mekanizmaları etkisiz olduğunda kaygı daha da artmakta, bazı ruhsal ve fiziksel hastalıklara neden olmaktadır [72,74,162,167].

Anksiyete ve yol açtığı etkiler, bakım veren bireyler tarafından büyük oranda deneyimlenmektedir [23,39,42,110,119,152,177-185]. Bulgular psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin diğer bakım verenlere göre (bipolar bozukluk ve depresyon) daha yüksek düzeyde anksiyete yaşadığı [119,183], üçte birinin anksiyete bozukluğu için klinik aralık içinde puan aldığını [186] ve en sık bildirilen ruhsal hastalıklar arasında anksiyete bozukluklarının yer aldığını göstermektedir [19]. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki bakım verenlerle yapılan bir çalışmada bakım verme ile anksiyete belirtileri arasında pozitif bir ilişki olduğu, bakım verme süresi arttıkça anksiyete belirtilerinin görülme olasılığının arttığı belirtilmektedir [185]. Bakım veren ebeveynlerin, eşine bakım verenlere [182], erkek hastaların bakıcılarının, kadın hastaların bakıcılarına göre, kadın bakıcıların erkek bakıcılara göre daha yüksek düzeyde kaygı yaşadığı belirtilmiştir [181]. Literatür incelendiğinde bakım verenlerde anksiyeteye yol açan faktörler arasında, özellikle istihdam ve ilişkiler konularında hastanın geleceği [124], hasta bakımının

gelecekte nasıl olacağı [23,178,179], ölüm veya bakım verme yeteneğini kaybetmeleri durumunda bakım rolünü kimin üsteleneceği [5,14,23,122,178,179], hasta bireyin hiç iyileşememesi, hasta bireyin güvenliği [5], ilaç uyumu, bireyin semptomları ve hastalık belirtilerinin nüksetmesi durumunda nasıl baş edeceği [23,178,179], hasta bireyin zarar verme olasılığı [23] yer almaktadır. Ayrıca hastanın tedaviye direnç göstermesi diğer bir neden olarak gösterilmektedir [177]. Leng ve ark. (2019) yaptığı çalışmada bakım verenleri en çok kaygılandıran faktörler sırasıyla hasta bireyin iyileşip iyileşmeyeceği (%63), hastalığın ciddiyeti (%16.6) ve ekonomik yük (%12.7) olarak bildirilmektedir [180]. Yapılan diğer bir çalışmada ise bakım verenler yaşadığı duyguların genellikle değişken ve öngörülemez olduğu, stresli ve kaygılı oldukları ve bunun temel sebebinin şizofreni hastalığının öngörülemez doğası olduğunu ifade etmektedirler [39]. Ayrıca bakım verenlerin özellikle hasta aileden kimseye haber vermeden yalnız dışarı çıktığında hastanın fiziksel güvenliği konusunda ya da evde tek başına kalması gerektiği durumlarda kadın hastaların fiziksel/cinsel istismarı konularında kaygılandıkları vurgulanmaktadır [152]. Yapılan bir meta analizde, özellikle bakım veren kadınların aile içi istismar ve kendilerine zarar verilmesinden sıklıkla kaygı duydukları vurgulanmaktadır [23].

2.2.2. Umutsuzluk

İnsanlar temel olarak gelecek odaklıdır ve hayatın belirsizliklerine rağmen geleceğe ilişkin önemli ölçüde olumlu beklentilere sahiptirler. Bu tür bir iyimser bakış açısı, psikolojik ve fiziksel refahtan daha yüksek sosyoekonomik statüye ve daha fazla sosyal kaynağa kadar değişen bir dizi olumlu sonuçla ilişkilendirilmiştir. Yine de, önemli bir azınlık geleceklerini karanlık olarak görmekte ve böylesine bir senaryoyu değiştirmek için hiçbir şey yapamayacaklarını düşünmektedir. Diğer bir deyişle umutsuzluk yaşamaktadır [187]. Umutsuzluk, gelecekle ilgili olumsuz inançlar ve beklentiler olarak kavramsallaştırılır ve iki temel unsurdan oluşmaktadır: sonuçlarla ilgili olumsuz beklentiler ve bu tür sonuçları değiştirmeye ilişkin çaresizlik beklentileri [187-190]. Umutsuzluk, önyargılı gelecek düşüncesi (yani, olumlu gelecek olayları oluşturma yeteneğinin azalması; çaresizlik (yani, önemli bir değişiklik meydana getirememeye duygusu; ve engellenmiş hedef işleme (yani, anlamlı hedeflerin peşinden koşmanın pes etme duygularıyla birlikte engellendiğine dair inançlar) ile karakterizedir [190,191]. Literatür olumsuz duyguları aşırı yaşama eğiliminin yanı sıra olumlu duyguların azlığının, bireylerin umutsuzluk yaşamalarına yol açabileceğini göstermektedir [192]. Umutsuzluk, gelecekteki refahın (örneğin, mutluluk, öz-değer ve tatmin) belirli hedeflere ulaşılmasına bağlı olduğu inancıyla ilişkilidir. Bir örnekle açıklanacak olursa; Bir çift bebek sahibi olmak gibi güçlü bir amaca sahip olabilir, ancak tüm çabalarına rağmen bu hedefin gerçekleşmemesi, özellikle de bebek sahibi olmak yaşam doyumuna ulaşmanın tek yolu olarak görülüyorsa, umutsuzluk yaşayabilir. Özetle, umutsuz bireyler, geri dönüşü olmayan bir şekilde daraltılmış, bloke edilmiş ve engellenmiş olarak

algılanan hedeflere güçlü bir şekilde bağlıdırlar [187]. Aynı yaşam durumları, ilgili kişinin yorumuna ve tepkisine bağlı olarak umut ya da ıstıraba neden olabilir. Umutsuzluk Teorisi, olumsuz yaşam olayları ile bilişsel çarpıtmalar arasındaki etkileşimin umutsuzluğa yol açtığını öngörmektedir. Bu umutsuzluğun da tek başına depresyona neden olmak için yeterli olduğu belirtilmektedir. Umutsuzluk teorisinin spesifik savunmasızlık hipotezi, bilişsel çarpıtma oluşturma eğiliminde farklı alanlarda (örneğin, kişilerarası veya başarı) bireysel değişkenliğin var olabileceğini varsayar [187,188,193]. Örneğin, bir tanıdığıyla tartışan bir kişinin, bu olayı zayıf kişilerarası becerilerinin (içsel) bir sonucu olarak yorumlarsa, asla değişmeyeceğine (sabit) ve diğer tüm sosyal etkileşimlerini (küresel) olumsuz yönde etkileyeceğine inanıyorsa umutsuzluk yaşama olasılığının daha yüksek olduğunu tahmin eder [193]. Ayrıca umutsuzluğun algılanan ve gerçek problem çözme eksiklikleriyle güçlü bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir [187]. Diğer bir deyişle umutsuz insanlar, karşılaştıkları sorunları değiştirebilecek güç ve kabiliyete sahip olmadıklarını ve olumlu sonuçlara ulaşmanın kendi kontrolleri dışında olduğunu düşünürler. Buna paralel olarak, umutsuzluğun etkisiz problem çözme algısıyla, yani bireyin problem çözme becerilerinin hayatın problemleriyle başa çıkmak için yetersiz olacağına dair değerlendirmesi ile ilişkili olduğuna dair kanıtlar vardır [187]. Umutsuzluk, depresyonun bir semptomu olmaktan çok, depresif semptomlar için güçlü bir bilişsel kırılganlıktır [194]. Ayrıca, yüksek düzeyde umutsuzluk, fiziksel hastalık, depresyon ve intihar eğilimi gibi klinik sonuçlarla ilişkilendirilmiştir [187,188,191,193,195-198]. Beck ve arkadaşlarına göre, umutsuzluğun intihar riski değerlendirmesi ve gelecekteki intihar davranışının tahmini için önemli klinik faydası vardır [189]. Ayrıca çok sayıda araştırmacı, umutsuzluğun intihar davranışı için depresyondan daha önemli bir risk faktörü olabileceğini göstermiştir [189,199,200]. Psikopatolojiye ek olarak, umutsuzluk bilişsel-duygusal yapılarla da ilişkilidir. Örneğin umutsuzluk, olumsuz duygulanım ve algılanan stres ile pozitif, iyimserlikle ters orantılıdır. Umutsuzluk aynı zamanda ileri yaş, boşanmış ya da dul kalma, düşük eğitim düzeyi, tatmin edici olmayan sosyal bağlar (yani yalnızlık ve sınırlı sosyal destek), işsiz ya da emekli olma ve mali zorluklar gibi birçok psikososyal stres etkeni ile de ilişkilidir [187,188].

Umut, felsefe, psikoloji, tıp ve psikiyatri dahil olmak üzere çeşitli disiplinlerde çok sayıda anlamı ve çalışması olan çok yönlü, çok boyutlu bir olgudur [201]. Uluslararası Hemşirelik Uygulamaları Sınıflandırmasında umut, “olasılıklara sahip olma hissi, başkalarına ve geleceğe güvenme, yaşama sevinci, nedenlerin ve yaşama isteğinin ifadesi, iç huzur, iyimserlik, hedefler belirleme ve harekete geçme ile ilişkili motivasyon” olarak tanımlanmaktadır [31,202]. Psikodinamik yaklaşımlarda umut, “benliğin yeni bir başlangıç yapabileceği psikolojik alan arayışı” olarak kavramsallaştırılmaktadır. Umudun ifadesi psikodinamik terapide önemli kabul edilir ve dönüşüm, değişim ve başkalaşımın temelini oluşturmaktadır [203]. Umut mevcut durumu değiştirme olasılığına ilişkin iyimser ve olumlu inançlardan oluşan bilişsel bir çaba,

deneyime farklı bir bakış açısı ile bakabilme, arzulanan hedeflere ulaşmak amacıyla davranışları değiştirmek için bireylerin yaptığı bir seçim olarak da tanımlanmaktadır [204]. Umut üzerine önde gelen bir araştırmacı olan Snyder umudu, arzulanan hedeflere giden yollar üretmek için algılanan yeteneklerin toplamı ve bu yolları kullanmak için algılanan motivasyon' olarak tanımlar. Snyder Umut teorisinde hedefler, yollar (hedeflere ulaşmayı planlama) ve aracılık (amaca yönelik enerji-motivasyon) olmak üzere üç temel bileşen tanımlamıştır [205-208]. Bu bilişsel teorideki herhangi bir yetersizlik (hedefler, aracılık, yollar) düşük umudu yansıtmaktadır [206,209]. Umut kavramının analiz edildiği bir çalışmada umut olumlu bir fenomen; bireyin bir özelliği; bir ruh hali; bir iç güç; bir enerji; dinamik bir yaşam gücü; motivasyonel/duygusal durum; duygusal bir tutum; olumlu bir duygu; bir inanç; bir beklenti; güçlendirmenin bir bileşeni; bir iyimserlik ölçüsü; ve en sık olarak bir beklenti olarak tanımlanmıştır. Genel olarak, umudun depresif belirtiler, kaygı, sıkıntı, başa çıkma, esenlik, sağlık harcamaları ve bağışıklık tepkisi üzerinde olumlu veya nötr bir etkiye sahip olduğu belirtilmektedir [210]. Her birey için umudun anlamı kişiseldir ve her zaman kelimelerle ifade edilemez. Bu nedenle, umudun çeşitliliği ve karmaşıklığı, umudun anlamını hâlâ örtülü bırakmaktadır [203]. Umut, fiziksel ve ruhsal sağlığı iyileştirmede, psikolojik iyi oluş, öznel iyi oluş ve yaşam doyumunun artmasında, olumsuz duyguların, bağımlılık ve intihara yatkınlığın azaltılmasında ve aile tükenmişliğinin önlenmesinde olumlu bir etkiye sahiptir [201,205,208,211]. Aynı zamanda, insanların uyum sağlama ve anlamlı hayatlar yaşama yetenekleriyle bağlantılı bir kavramdır. Frankl (1959), bir toplama kampında yaşayan mahkumların deneyimlerini anlatmış ve umudunu yitirdiğinde insanların öldüğünü, ufak da olsa bir umudu olan insanların son derece olumsuz koşullarda bile yaşayabildiğini ve hayatta kalabildiğini ifade etmiştir [212]. Literatürde umut, sosyal iyilik hali, zorlu durumlarla daha iyi başa çıkabilme, stresli durumlara karşı daha az tepkisel olma, daha iyi problem çözebilme, duygusal iyileşme, sağlık, esenlik ve hastalıktan veya travmatik yaşam olaylarından kurtulma ve yaşam stresine daha iyi uyum sağlama, dayanıklılık, daha olumlu duygulanım, genel yaşam memnuniyeti ve anlam bulma ile ilişkilendirilmiştir [29,33,206,213,214]. Yapılan bir meta analiz çalışmasında umudun, dönüşüm anlamına geldiği, akut ve kritik hemşirelik bağlamında vazgeçilmez olduğu, rehabilitasyon ve uzun süreli bakımla ilgili metaforik olarak bir deniz fenerine benzetildiği belirtilmektedir [213]. Kontrolü yeniden kazanma/belirsizliği azaltma, kayıp ve kederi azaltma dahil olmak üzere olumlu etkileri bulunmaktadır [206,215,216] Özellikle tehdit ve belirsizlik durumlarında, kişisel içsel kaynaklar tükendiğinde, bakım verenin güçlerini, sağlıklarını ve yaşam tarzlarını yeniden kazanmalarında son derece kritiktir [31,33,99,201,206]. Umut, bakım verenin hasta ile ilişkisini sürdürmesine ve diğerleri iyimser olmasa bile yeterli bakım verme fırsatlarını aramaya devam etmesine olanak tanımaktadır [206]. Dayanıklılığı ve umudu destekleyen koruyucu faktörlerin, bakım verenlerin iyimser bakış açısını sürdürmeleri,

rollerinde anlam ve amaç bulmaları için fırsatlar oluşturması olasılığı yüksektir [33,203,206]. Umut ve esenlik, bakım vermenin günlük zorluklarından ve olumlu deneyimlerinden etkilenmektedir [217]. Literatürde umutsuzluğun bakım verenlerde yaygın görülen bir durum olduğu belirtilmektedir [10,215,220-222]. Çoğu bakım veren sağlık sisteminin hastalıkları iyileştirmesi gerektiğine inanmaktadır ve tedavinin başında oldukça umutludur [107]. Bu gerçekleşmediğinde kronik hastalığı olan bir bireye bakım verme güçsüzlük, stres ve endişe, damgalanma, korku, hayal kırıklığı duygularına yol açmakta ve bakım vermenin zorluklarıyla başa çıkma konusunda genellikle kendilerini yalıtılmış ve yalnız hissetmektedirler. Tüm bu deneyimler bakım verenlerde tükenmişliğe ve umutsuzluğun yaşanmasına neden olabilir. Ayrıca ruhsal hastalığının yıkıcı ve ilerleyici doğası, bakım verenin tüm çabalarına rağmen yaşam koşullarında herhangi bir değişiklik belirtisi olmaması ve hasta bireyin durumunun kötüleşmesi, hastalığın nüksü, uzun süreli bakım sorumlulukları kendilerini yetersiz hissetmelerine ve hasta bireyin bir gün anlamlı bir hayat yaşayacağına dair umutlarını yitirmelerine neden olmaktadır [42,88,116,122,135,177,180,222-224,]. Yapılan bir çalışmada yaşlı bakım verenlerin daha çok psikolojik sıkıntı yaşadığı, genç yetişkinlerin daha çok umutsuzluk yaşadığı ve şizofreni hastalarına bakım verenlerin diğer bakım verenlere (madde kullanımı, duygudurum bozukluğu ve mental retardasyon) göre umutsuzluk düzeylerinin daha yüksek olduğu belirtilmektedir [225]. Ayrıca bakım verenlerde içselleştirilmiş damgalamayı etkileyen faktörler arasında yer almaktadır [226]. Yapılan çalışmalarda bakım yükünün umutla negatif ilişkili olduğu [227-229,], eğitim süresi arttıkça umut düzeyinin arttığı vurgulanmıştır [228]. Bulgular, umudun bakım yükünü en iyi tahmin eden psikolojik kaynak olduğu ve algılanan stres ile yük arasındaki ilişkiye aracılık ettiği [227], bakım verenlerde ödül algısını anlamlı olarak etkilediği [230] ve bakım verenlerin duygusal desteğine katkıda bulunan önemli bir baş etme kaynağı olarak gösterildiği vurgulanmaktadır [231]. Şizofreni hastalarında ve ailelerinde umudun nasıl deneyimlendiğinin araştırıldığı bir çalışmada; geleceğe ilişkin umutlarının aile ilişkilerinin iyileşmesi, hastalık semptomlarının iyileşmesi, hastaların bağımsız olmalarına ve arzu edilen gelişimsel hedeflere ulaşmaları ile bağlantılı olduğu vurgulanmıştır. Ayrıca umudun bakım verenlerin yaşadığı stres faktörleriyle başa çıkmasına ve hastalığının neden olduğu değişikliklere uyum sağlamasına katkıda bulunduğu belirtilmiştir [204]. Birçok bakım veren için geliştirilebilir [217]. Yapılan çalışmalarda umudu artıran stratejiler arasında olumlu bakış açısı [204,216,], maneviyat ve inanç, fiziksel ve psikososyal refah, anı yaşama, pozitif kalma, farklı olasılıkları görme, yeni anlam ve amaç bulma [216,] kişilerarası ilişkiler, bir aile psikoeğitim grubuna katılarak bilgi edinme, hastalığı hakkında bilgi sahibi olma, hastalığın yönetilebilir olduğunu hissetme, şizofreni hastalığına başarılı bir şekilde uyum sağlamış ve hayata aktif olarak katılan bireyler hakkında bilgi edinme, hastanın durumundaki iyileşmeyi görme, umudun artmasına yol açacak bireysel

değişiklikler yapma [204], destek grupları aracılığıyla benzer deneyimlere sahip başkalarıyla tanışma [215] yer almaktadır.

2.2.3. Bakım Yüğü

Psikotik hastalığı olan bir bireye bakım vermek, bakım verenleri çoğunlukla olumsuz deneyimlere maruz bırakmakta ve olumsuz etkilemektedir. Hasta yakınlarının bakım verme rollerinin bir sonucu olarak yaşadıkları bu olumsuz durumlar, yük olarak tanımlanmaktadır [42,101,218,219]. Literatürde bakım verme stresi, bakım veren yükü olarak adlandırılmaktadır. Kavram ilk kez 1946 yılında Treudley tarafından bakım vermenin bakım verenin ruh sağlığı ve yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi olarak literatüre girmiştir [107]. DSÖ bakıcı yükünü “bireyin hastalığının aile üyelerine, arkadaşlarına veya sağlık bakım sistemi dışında bireyle ilişkisi olan diğer kişilere yüklenen sosyal, duygusal, fiziksel, finansal talepler ve sorumlulukları” olarak tanımlamaktadır [219,232]. Literatürde bakım yükü, hasta bir bireyin aile üyesini etkileyen ciddi psikososyal ve duygusal sorunlar, zorluklar veya olumsuz olaylar, stresli durumlar veya önemli yaşam değişikliklerinin varlığı olarak da tanımlanmaktadır. Bakım verenlerin, bir yakınlarına bakmaları nedeniyle duygusal ve fiziksel sağlıklarını, sosyal yaşamlarını ve maddi durumlarını zorluk olarak algılama derecesi olarak da tanımlanmıştır [168,218]. Bakıcı yükü, ruhsal hastalığı olan bir aile üyesine bakım sağlayan aile üyelerinin yaşadığı yaygın bir olumsuz sonuçtur ve sağlık hizmetlerinin sunumunda hastane temelli modelden toplum temelli modele geçiş ile birlikte bakım yükü kavramı kapsamlı bir şekilde incelenmeye başlanmıştır [41,108,155]. Bakım yükü evrensel bir sorundur ve kültürel farklılıklara rağmen dünyanın her yerinde bakım verenler tarafından deneyimlenmektedir. Ancak, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında ekonomik, kültürel ve ruh sağlığı sistemi farklılıklarıyla ilişkili farklı bakım yükü düzeyleri bildirilmektedir. Bakım yükü, devam eden günlük güçlükler, zor kararlar, fedakarlıklar, stres, tükenmişlik ve bakım verenlerin sağlık, öz bakım ve diğer yaşam rollerini yerine getirme becerilerindeki düşüşler nedeniyle ortaya çıkmaktadır [92,206,219].

Bakım yükü literatürde çok çalışılan bir konudur [23,39,94,108,233-238]. Yapılan çalışmalarda psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin çoğunlukla orta veya şiddetli yük algıladıkları bildirilmektedir [140,239-243]. Bakım yükünün nesnel yük ve öznel yük olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Nesnel yük, maddi kayıplar veya azalan boş zaman gibi bakım vermenin somut bir sonucu olarak ortaya çıkarken; öznel yük, bakım verenlerin bakım algısı ve nesnel yükü değerlendirmelerini ifade etmekte ve bakım verme deneyimlerine verilen duygusal tepkileri içermektedir [41,88,92,107,108,218,219]. Bakım vermenin bir sonucu olarak ailenin yaşadığı nesnel yükler arasında diğer aile bireylerini ihmal etme, sosyal ve ailevi ilişkilerde bozulma ve evlilik sorunları, iş ve boş zaman aktivitelerinde aksama ve kısıtlamalar, sosyal

izolasyon ve sosyal destek eksikliği, arkadaşlar, aile ve komşularla etkileşimin azalması, istihdam/gelir kaybı veya üretkenlikte azalma, artan tıbbi masraflar ve finansal sorunlar, artan iş yükü ve alışveriş, tamirat, çamaşır yıkama ve küçük ev işleri gibi görevlerin devralınması, ev rutinlerindeki değişiklikler, ev dışında hastaya eşlik etme zorunluluğu, kaotik bir yaşam tarzına ve düşük yaşam kalitesine sahip olmak, bakım hizmetleri ihtiyacı, hastalıkla ilgili damgalanma yaşamak bulunmaktadır [23,38,39,42,88,106,122,135,218,245,246]. Bakım vermenin bir sonucu olarak ailenin yaşadığı öznel yükler arasında semptomları daha erken fark edememek ve/veya hastalığın sebebi olma düşüncelerine bağlı kendini suçlama, fiziksel ve zihinsel yorgunluk, tükenmişlik, kronik stres, ani ruh hali değişiklikleri, yas, umutsuzluk, kayıtsızlık, kayıp duyguları, çoğunlukla hastanın geleceği hakkında yaşanan endişe duygusu, hastanın şiddet olasılığına bağlı korku ve gerilim, fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları, kontrol kaybı, çaresizlik, yalnızlık, özverili bakıma rağmen hastalık üzerinde hiçbir etkisinin olmadığı hissi, hastayla yeterince ilgilenememe duygusu, yetersiz kişisel bakım, yetersiz ilaç uyumu ile başa çıkmak için harcanan artan enerjiden kaynaklanan bitkinlik, hasta aktivitesini ve ilaç uyumunu teşvik etmek için harcanan duygusal çaba, yönetilemeyen hasta davranışlarından dolayı üzüntü, olumsuz hasta davranışlarından dolayı utanç, kontrol edilemeyen hasta davranışlarından dolayı öfke, toplumun aileyi suçlamasına bağlı sıkıntı ve düşük benlik saygısı bulunmaktadır [19,23,39,42,43,88,92,101,106,142,156,218,222-250].

Nesnel ve öznel yükler birbirini doğrudan etkilemektedir. Örneğin, hasta bir bireye bakım vermek için uzun saatler harcamak sosyal faaliyetlere katılımın azalmasına, depresif semptomların artmasına neden olabilir ve bu da sosyal faaliyetlere katılma isteğinin azalmasına yol açabilir [218]. Yu ve ark. (2017) yaptığı çalışmada en sık bildirilen bakım verme yükü boyutları sırasıyla maddi yük, ruh sağlığının etkilenmesi, rutin aile aktivitelerinin aksamaması, ailenin boş zamanının azalması, fiziksel sağlığın etkilenmesi olduğu belirtilmektedir. Aynı çalışmada en az bahsedilen yük türü aile ilişkilerinin bozulmasıdır [240]. Şizofreni ve afektif bozuklukları olan hastaların bakım verenlerinin maruz kaldığı belirli yükleri araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada en çok yük yaşanan durumlar sırasıyla aile ve tanıdıklar tarafından anlaşılmama; profesyonel yardımdan yararlanmaya bağlı sıkıntı; geniş aile, arkadaşlar ve tanıdıklardan yardım ve destek almama; damgalanma ve suçlanmaya bağlı sıkıntı; kendi geleceği ile ilgili endişeler, hastanın davranışına duyulan öfke; utanç ve utanma duyguları; mali sıkıntılar; hastalık ve tedavi süreci hakkında bilgi eksikliği; diğer aile üyelerinin geleceği ile ilgili endişeler; gelecek kaygısı; hastanın davranışını anlamama ve tuhaf, rahatsız edici davranışları yönetememe; çaresizlik ve umutsuzluktur [246]. Yapılan bir çalışmada bulgular, "bakım yükünün" 6 temel boyut açısından anlaşılabileceğini göstermektedir: duygusal esenlik, kaygılar, fiziksel sağlık üzerindeki etki, günlük aktiviteler üzerindeki etki, mali talepler ve ilişkiler üzerindeki etki [39]. Başka bir çalışmada ise bakım verenlerin en çok bakım verme kaygısı,

hastanın bağımlı davranışları, utanç ve suçluluk duygusu, aile müdahalesi alanında en az ise damgalanmaya bağlı yük algıladıkları belirtilmektedir. İlk üç yük sıralaması 'Yalnızken güvenliğinden endişe ediyorum', 'Her an hasta olacağından endişeleniyorum', ve 'Bana çok bağlı olduğunu hissediyorum' olarak bildirilmektedir [251]. Vermeulen ve ark. (2015) 222 ülkeden 1000'den fazla bakım verenle yaptığı bir çalışmada katılımcılar, bakım kaygısıyla baş edemediğini (duygusal yük), kendini izole ve yalnız hissettiğini (sosyal yük), bakım rolünün fiziksel sağlıklarını kötüleştirdiğini (fiziksel yük) hasta bireyin ekonomik durumundan (mali yük) ve aynı zamanda hasta bireyin gelecekte kendisine aşırı bağımlı hale gelmesinden (ilişki yükü) endişe duyduğu bildirilmektedir [160]. Ayrıca başka bir çalışmada bakım verenlerin %89'unun yüksek düzeyde yük algıladığı, yük puanları en yüksekte en düşüğe hastanın geleceğiyle ilgili endişeler, gerginlik, mahremiyete müdahale, kaynak eksikliği ve hastaya karşı reddedilme duygularıdır [252]. Yapılan bir meta analizde, bakım yükünün içselleştirilmiş damgalama ile ilişkili olduğu vurgulanmaktadır [253]. Psikotik hastalığı olan bireylerin eşleri ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların algılanan yük düzeyinin yüksek olarak sınıflandırıldığı, bakım yükünün psikolojik iyi oluş (%62), evlilik ilişkileri (%68), toplumla etkileşim (%62), verilen bakımın takdir edilmemesi (%62) ve hastalığın algılanan ciddiyeti (%66) ile ilişkili olduğu belirtilmektedir [254].

Yaşanan yükün şiddetini artırabilen veya azaltabilen birçok faktör tanımlanmıştır [218]. Bakım yükünü arttıran faktörler arasında hastanın psikososyal işlevsellik düzeyinin düşük olması, zayıf hastalık içgörüsü, şiddetli veya kalıcı negatif semptomlar, semptomların nüksü, hastanın hastaneye yatışı, sık hastane yatışları, tedaviye uyumsuzluk, genç/yaşlı veya erkek hasta, tedaviye dirençli şizofreni, daha uzun bakım süresi, bakım veren ve hastanın eğitimi, bakım verenin kadın olması veya evli olmaması, bakım verenin genç veya yaşlı olması, bakım rolünü üstlenen ebeveynler/yakın akrabalar olması, bakım verenin pasif başa çıkma becerileri, hastaların sosyal işlevselliklerinin kötü algılanması, olumsuz aile ortamı, zayıf aile kaynakları, daha düşük gelir/sosyo-ekonomik geçmiş, hastalıkla ilgili damgalanma yaşama, bakım verenlerin hastalık algıları, hastalar ve bakım verenler arasındaki etkileşimler (yüksek nüksetme riskine yol açan eleştiri gibi yüksek duygu dışavurum), sağlık hizmetlerinin eksikliği, sağlık hizmeti verenler tarafından bakım verenlere sağlanan bilgi miktarı ve bu bilgilerin sağlanma şekli (açıklık ve empatik olmayan bir tutum) yer almaktadır [42,94,218,255-258]. Sagut ve ark. (2016) yaptığı bir çalışmada, kronik psikoz hastalarına bakım verenlerin ortalama bakım yükünün ilk epizot psikoz hastalarına bakım verenlerden anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirtilmektedir [259]. Bakım yükünü azaltan faktörler arasında iyileştirilmiş hasta durumu; uzun remisyon dönemleri; hasta ile iyi ilişki; hastanın rehabilitasyon programına katılımı; ailenin bir psikoeğitim programına, grup terapisine/kendi kendine yardım grubuna katılımı; bireyselleştirilmiş bakım planının bir bileşeni olarak hemşireler tarafından yapılan ev ziyaretleri; yüksek sosyal destek; profesyonel ağ desteği; bakım verenin iyimser olması; aktif başa çıkma mekanizmaları ve

problem çözme becerileri, bakım verenin erkek olması; bakım verenin kardeş/yakın akraba/arkadaş olması yer almaktadır [42,121,218,]. Aile üyelerinin hastalığa ilişkin algıları ve hastalığa yükledikleri anlamlar bakım verme sürecini etkileyen önemli faktörlerdir [47]. Literatürde bakım verenlerle yapılan çalışmalarda, katılımcılar bakım verme rollerini kavgı ve savaş olarak tanımladıkları, şizofreni hastasının neler yaşadığını anlamaya çalışmalarını bir bulmaca çözmeye ya da labirentte olmaya benzetmektedir [39]. Ayrıca şizofreni hastalarının bakım verenlerinde öz yeterlik arttıkça bakım verenin yükü azalmaktadır [242]. Fitryasari ve ark. (2018) şizofreni hastasına bakım verenlerle yaptığı bir çalışmada dayanıklılığı etkileyen iki faktör arasında bakım yükü ve damgalanma yer almaktadır [245]. Marimbe ve ark. (2016) yaptığı bir çalışmada, ailelerin bakım vermeyle ilişkili fiziksel, psikolojik, duygusal, sosyal ve finansal yükler yaşadıkları, %68'inin yaygın ruhsal hastalıklar açısından risk altında oldukları, daha iyi başa çıkabilmek için sağlık uzmanlarından destek istedikleri vurgulanmaktadır [260]. Aile yükü psikolojik iyilik halini olumsuz olarak etkilemektedir. Bakım verenlerde depresyon ve anksiyete, sağlıklı kontrollere kıyasla karşılaştırıldığında sağlık hizmeti kullanımını da artıran yaygın ruhsal etkilerdir [42,93,261]. Fekih-Romdhane ve ark. (2020) yaptığı çalışmada depresyon, stres ve fiziksel hastalıkların bakım verenlerde algılanan yükü önemli ölçüde etkilediği belirtilmektedir [262]. Yapılan çalışmalarda, bakım yükü yüksek olan ailelerde stres [223,243], kaygı [183], anksiyete, depresyon görüldüğü [101,243,263-265] ve yaşam kalitelerinin düşük olduğu [236,245,266], fiziksel sağlıklarının olumsuz etkilendiğini gösterilmektedir [39,107,223,267].

2.2.4. Öz Şefkat

Kökenleri Latince'den gelen şefkat kelimesi (compassion), birlikte anlamına gelen com ve acı çekmek anlamına gelen pati'den oluşmaktadır [268]. Şefkat, acı deneyimine duyarlılık gösterme ve bu acıyı hafifletme isteği olarak tanımlanabilir. Şefkat, insan deneyimindeki acıyı, acının evrenselliğini ve bu acıyı nezaket, empati, soğukkanlılık ve sabırla karşılama kapasitesini tanıyan bir zihin yönelimidir [211,269,270]. Ayrıca dört temel bileşenden oluşan karmaşık, çok boyutlu bir yapı olarak da tanımlanabilir: acı çekmenin farkındalığı (bilişsel bileşen), acıyla duygusal olarak hareket etmeye ilişkin sempatik endişe (duygusal bileşen), bu ıstırapın hafiflediğini görmek isteme (kasıtlı bileşen) ve bu ıstırapı hafifletmeye yardımcı olmak için bir yanıt verme veya hazır olma (motivasyonel bileşen). Şefkat tanımları farklılık gösterse de şefkatin duygusal, bilişsel ve motivasyonel bileşenlerin bir kombinasyonundan oluştuğu konusunda bir fikir birliği vardır [271,272]. Bir birey, tıpkı başkalarının acılarına duyarlılık gösterdiği gibi, acıların dış koşullardan, hatalarından, başarısızlıklarından ve yetersizliklerinden kaynaklanıp kaynaklanmadığına bakılmaksızın bir zorlanma yaşadığında kendine doğru da şefkati genişletebilir. Öz-şefkat basitçe içe yönelik bir şefkattir [211,269,270]. Öz-şefkat; bir bireyin acı ve başarısızlık durumlarında kendisini sert ve acımasız bir dille eleştirmesi ve kendini

yaşamdan izole etmesi yerine; kendine karşı anlayışlı, nazik, kibar ve yargısız davranması, yaşanan durumu insanların birçoğunun yaşadığı deneyimin bir parçası olduğunu kabul etmesi, olumsuz olan ve kendisine ıstırap ve acı veren duygu ve düşüncelerin üstünde fazlaca durmaktansa, bunlarla mantıklı bir bilinçle başa çıkması olarak tanımlanmaktadır [188,211,273-277]. Genel olarak bireyin zor zamanlarda, hata yaptığı durumlarda, sıkıntı yaşadığında ya da zayıf anlarında kendisine karşı duygusal anlamda destekleyici ve anlayışlı olmasını içermektedir [211,269,270]. Öz-şefkat, bir bireyin en çok ihtiyaç duyduğu anda -başarısız olduğunda, hatalar yaptığında veya hayatla mücadele ederken- mevcut olan taşınabilir içsel bir destek kaynağıdır ve algılanan başarısızlık, yetersizlik veya kişisel ıstırap durumlarında insanların kendileriyle nasıl ilişki kurduğuna atıfta bulunmaktadır [273,278,279]. Öz şefkat, özellikle kendini kabul etmeyi veya rahatsız edici duyguları yatıştırmayı amaçladığında, şefkatli, besleyici bir biçim alabilir. Bununla birlikte, özellikle kendini korumayı, önemli ihtiyaçları karşılamayı veya değişimi motive etmeyi amaçladığında, şiddetli, güçlü, etken bir biçim de alabilir [279].

İnsanlar bir zorlanmayla karşılaştıklarında çocukluk dönemlerinden itibaren oluşturulan irrasyonel düşünceler aracılığıyla kendilerini yargılama (öz-eleştiri), dış dünyadan izole ederek yalnızlaşma (izolasyon), olumsuz deneyimler ile aşırı özdeşleşme eğilimi göstermektedirler [273]. Neff'e göre öz-şefkat üç ana bileşenden oluşmaktadır: sert özeleştiri ve kendini yargılamaya karşı bireyin kendisine karşı nezaket ve anlayış göstermesi (öz-nezaket), deneyimlerini ayrıştırıcı ve tecrit edici olarak değil, daha geniş insan deneyiminin bir parçası olarak görmesi (ortak insanlık), acı verici düşüncelerini ve duygularını geçmişin ve geleceğin etkilerinden bağımsız olarak şimdiki anda yargısız bir tutumla ele alması (farkındalık) [188,211,270,273,276,279,280].

Öz nezaket: Çoğu insan, arkadaşları ve sevdikleri kendilerini kötü hissettiğinde veya yaşam zorluklarıyla karşılaştığında nazik ve destekleyici olmaya çalışır. Bununla birlikte, aynı durumu kendisi yaşadığında, sorunlar bir kaza veya travmatik bir olay gibi bireyin kontrolü dışındaki güçlerden kaynaklansa bile, kendisini sakinleştirmek ve rahatlatmak yerine genellikle bir arkadaşına asla söylemeyeceği kaba ve yargılayıcı şeyler söyleyerek kendisine karşı çok sert, acımasız ve eleştirel davranır [211,270,278,279]. Öz-nezaket, bir bireyin zorluklarını anlamasını ve tıpkı sevdiği birine davrandığı gibi başarısızlık veya aksilikler karşısında kendisini acımasızca eleştirmesi yerine anlayışla karşılaşmasını, kendisine karşı destekleyici ve sempatik olma eğilimini ifade etmektedir [162,188,270,273,277,278,280,281]. Öz nezakati anlamak için öz eleştiriye de anlamak gerekir. Özeleştiri, çoğu insanın değişen derecelerde deneyimlediği ve aşağılayıcı olan iç eleştirmenimizle ilgilidir [280]. İç eleştirmenin söylediği her bir birey için farklılık gösterir. Örneğin; "Yeterince iyi değilsin" "Çok aptalsın" "Çok başarısızsın". Bu düşüncelere sahip olmak, bireyin kendisine bakmayı zor bulduğu ve kendini değersiz, yetersiz ve

güvensiz hissettiği olumsuz döngülere yol açabilmektedir. Bu hayatınızdaki olumsuz şeyleri size sürekli vurgulayan ve bunun tamamen sizin hatanız olduğunu söyleyen birinin yanınızda olması gibidir [280]. Bununla birlikte, bu öz-eleştiri genellikle insanlara doğal gelir, bu nedenle öz-eleştirisinin bir acı kaynağı olduğunun farkında olmayabilirler. Bu nedenle, öz nezaket bireyin kendisini yargılamasını ve bunun zararlı etkisini fark etmesini sağlamaktadır [272]. Öz-nezaket acımasız veya aşağılayıcı olmaktan çok iyiliksever ve cesaret verici içsel diyaloglarla ifade edilir [270]. Bununla birlikte, öz-nezaket aynı zamanda yaşanan sıkıntı ile aktif olarak ilgilenmeyi de içermektedir. Bu, bireyin yaşadığı acıyı fark etmesini ve “Şu an acı çekiyorum, böylesine zor bir anda kendime nasıl yardım edebilirim. Şu an bana ne yardımcı olur” demesini gerektirir [270,279].

Ortak insanlık hali (ortak paylaşımların bilincinde olma): Çoğu birey yoğun bir acıyla karşılaştığında başkalarının da benzer sorunları olduğunu unuttur ve bu dünyada belirli yetersizlikler veya başarısızlıklarla, zorlayıcı durumlarla yalnızca kendisinin mücadele ettiğini düşünmekte veya yaşanan bu durumun sadece kendisine özgü olduğunu hissetmektedir. Çoğu zaman, mantıksız bir şekilde diğer herkesin mutlu ve iyi olduğunu ve hayatın adaletsiz olduğuna inanmakta, kendisini diğer insanlardan daha şanssız, daha başarısız, dezavantajlı görme eğilimindedir. Bu anormallik duygusu, acıyı şiddetlendiren korkutucu bir kopukluk ve yalnızlık duygusu yaratmaktadır. Ortak insanlık hali acının dil, din, ırk gözetmeksizin tüm insanların yaşadığı, yaşamın temel bir gerçeği olduğunu vurgulamaktadır [188,211,270,272,273,276,278,279]. Bu bileşen, hem olumlu hem de olumsuz deneyimler karşısında bireyin kendisini soyutlayarak (izole ederek) derin bir yalnızlığa sürüklemesi yerine yalnız olmadığının başka insanların da benzer deneyimleri yaşayabileceğinin bilincinde olmasıdır. Böylece izolasyon duygularını azaltabilir, aidiyet duygusu sağlar ve birey diğer insanlarla daha bağlantılı olduğunu hisseder [162,188,211,268,272,273,276,278-280].

Aşırı Özdeşleşmeye Karşı Farkındalık: Farkındalık, zor duygu ve düşünceleri bastırmak, kaçınmak veya onlarla aşırı özdeşleşmek yerine dengeli, yargılayıcı olmayan bir farkındalık içinde tutmayı ve şimdiki anın gerçekliğine "deneyimsel olarak açık" olmayı içermektedir [188,211,270,273,280]. Bu, neler olduğunu net bir şekilde fark etme ve seçilen tepkiler üzerinde daha fazla kontrol sağladığı için öz-şefkatin önemli bir bileşenidir [280]. Acıyı bastırma veya görmezden gelme eğilimi çok insani olsa da, acıyla aşırı özdeşleşme veya acıdan kaçınma, bireylerin duygu, düşünce ve deneyimlerini keşfetmesine ve bunlardan öğrenmesine yardımcı olduğu düşünülen farkındalığı ve dolayısıyla bireylerin yaşadığı zorlanmaları net bir şekilde görmelerini engellenmektedir [211,270,272,277]. Örneğin; “Sadece başarısız olmakla kalmadım, ben bir başarısızım”, “Sadece hayal kırıklığına uğramakla kalmadım, hayatım hayal kırıklığı gibi.”

bilişsel çarpıtmalar görülebilir [270,279]. Sonuç olarak madde kötüye kullanımı, aşırı yeme veya sosyal izolasyon gibi işlevsiz ve etkisiz stratejilere yol açabilmektedir [211,270,272,277].

Bu üç unsur, çeşitli yaşam zorlukları karşılaşıldığında fenomenolojik düzeyde farklı yaşanmalarına rağmen birbirleriyle etkileşime girerek öz-şefkatli bir zihin yapısı oluşturmaktadır [188,270,273,279,280]. Örneğin, farkındalığın kabullenici yaklaşımı, öz-yargıyı azaltmaya ve ortak insanlığı tanımak için gereken içgörüyü sağlamaya yardımcı olur. Benzer şekilde, öz nezaket, olumsuz duygusal deneyimlerin etkisini azaltarak onlara dikkat etmeyi kolaylaştırır. Acı çekmenin ve kişisel başarısızlıkların başkalarıyla paylaşıldığını fark etmek, kendini suçlamayı ve aşırı özdeşleşmeyi azaltır [278].

Öz-şefkat sadece sabit bir kişilik özelliği değildir, eğitimle geliştirilebilen, değiştirilebilen, öğrenilebilen bir beceridir [211,279]. Öz şefkati geliştirmek için kullanılabilecek birçok egzersiz ve süreç bulunmaktadır [162]. Şefkat odaklı müdahaleler arasında Öz-Şefkatli Farkındalık Eğitimi (The Mindful Self-Compassion-MS) [272,277,279,282,283], Şefkat Odaklı Terapi (Compassion Focused Therapy-CFT) [284], Şefkatli Zihin Eğitimi (Compassion Mind Training-CMT) [285], Stanford Şefkat Programı (The Compassion Cultivation Training-CCT) [286] bulunmaktadır. Bu programlardan MSC doğrudan öz şefkat becerisini geliştirmek için tasarlanmıştır, CFT, CMT, CCT ise dolaylı olarak öz şefkati etkilemektedir.

Öz-şefkat sahibi olmak, mümkün olduğunda, bireylerin ilk etapta acı çekmelerini engellemeye çalışacakları anlamına gelmektedir. Bu nedenle, öz-şefkat, refahı artırmayı veya sürdürmeyi amaçlayan proaktif davranışlara yol açmaktadır. Örneğin, aşırı stresi önlemek için sağlıklı bir diyet uygulamak [276]. Ayrıca egzersiz, diyete bağlı kalma, sigarayı azaltma ve gerektiğinde tıbbi tedavi arama gibi sağlıkla ilgili davranışları da teşvik etmektedir [278]. Literatürde öz şefkatin psikolojik dayanıklılık [273,278], duygu düzenleme, yaşam doyumu, duygusal zeka, empati, mutluluk, bilgelik, iyimserlik, şükran, merak, yaratıcılık, kişisel gelişim ve olumlu duygulanımla [188,211,273,278-280] ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yapılan meta analiz çalışmaları şefkat ve öz şefkat odaklı müdahalelerin şefkat, öz-şefkat, farkındalık, iyilik hali [281,287], fiziksel sağlık [288], iyi oluş ve pozitif iyilik halini geliştirdiği [289], ruminasyon, stres, depresyon, özeleştirme, kaygı, depresyon, psikolojik sıkıntı üzerinde etkili olduğunu [281,287] vurgulamaktadır. Literatür şefkat ve öz şefkati geliştirmeye yönelik uygulanan programların stres [290,291], depresyon, kaygı [291], duygusal bastırma [292], endişe [292,293], kaçınma davranışı [291], dışsal utanç [294], psikopatolojiyi azalttığı [295], başkaları için şefkat, yaşam memnuniyeti, farkındalık [291], öz-şefkat [296], iyi oluş, pozitif iyilik hali [289,295], mutluluk ve sakinlik [293], kişilerarası ilişkiler ve fizyolojik işlevsellik [295], duygu düzenleme becerileri ve kabul davranışını geliştirdiği [293] belirtilmektedir. Finlay-Jones (2017), öz şefkatin sağlıklı bilişsel değerlendirmeler, duygusal kabul ve kendini yatıştırma gibi

uyarlanabilir duygu düzenleme stratejilerini etkinleştirerek patolojik psikolojik sonuçlara karşı koruma sağlayabileceğini ileri sürmüştür [297]. Öz-şefkatin olumlu sonuçlara neden olmasının altında yatan birçok mekanizma vardır. Gilbert ve Irons'e göre, öz-şefkat öncelikle tehdit sistemini devre dışı bırakmakta (özeleştirme, güvensiz bağlanma, savunmacılık ve limbik sistemle ilişkili) ve yatıştırma sistemini (güvenli bağlanma, güvenlik ve oksitosin-opiat sistemi ile ilişkili) etkinleştirmektedir [162,270,277,278,284,298,299]. Yatıştırıcı sistemin etkinleştirilmesi öz-yargı ve özeleştirme ve buna bağlı olarak içsel sıkıntıya yol açabilen aşırı aktif dürtü veya tehdit sistemleri arasındaki uyarlanabilir dengeyi de desteklemektedir [280,281].

Öz şefkati geliştirmeye yönelik uygulanan programlar ruh sağlığını iyileştirdiği ve yaşanan ıstırapı azalttığı için özellikle bakım verenler için yararlı olabilir. Çünkü hastalık tanısı konulduğu andan itibaren bu süreçte bakım verenlerin birçok duygusal ve sosyal sorun yaşadığı bilinmektedir [4,300]. Ağır ruhsal hastalıkların doğasına bağlı olarak sevilen birinin fiziksel ve psikolojik olarak acı çekmesine sürekli maruz kalmak bakım verenlerde oldukça yaygın olan merhamet yorgunluğuna, tükenmişliğe ve empatik sıkıntıya neden olabilmektedir [206,301-304]. Aynı zamanda hastanın ihtiyaçlarını karşılamamanın önemi karşısında, özellikle de hasta birey oldukça savunmasızsa, bakım veren beslenme, egzersiz, düzenli fizik muayene, önerilen tıbbi tedavilere bağlılık ve yeterli uyku gibi ihtiyaçlarını ihmal edebilir ve bu da bakım verme kapasitesini olumsuz etkileyebilir [47,92,121,206]. Aile bireylerinin bakım vermedeki önemi göz önüne alındığında, bakım verme rolünü etkin ve verimli bir şekilde yerine getirebilmeleri için kendi öz bakımlarını sağlamaları zorunludur. Öz bakım, bireyin kendi ve ailesinin fiziksel, zihinsel, sosyal ve ruhsal sağlığını korumak için düşündükleri sağlık bakımıyla ilgili tüm davranış ve kararları içermektedir. Yapılan bir çalışmada şiddetli ruhsal hastalığı olan hastaların ailelerin öz bakım planlamasının önündeki engeller arasında bakım kaynaklı sıkıntı, bakım ikilemi, duygusal dalgalanmalar, en sevdikleri aktivitelere katılamama, kendilerine ve sağlık takiplerine zaman ayıramama, hastalığın nedeni olarak kendilerini görme, hastanın tedavisine devam etmedikleri için suçluluk ve pişmanlık, sağlıksız yaşam tarzı, aile sorunları ve aile bağlarının kopması, aile sağlığı sorunları, aile ve toplum düzeyinde farkındalık eksikliği, ekonomik sorunlar, eğitim ve farkındalığın teşvik edilmesi ile ilgili sorunlar, sosyal damgalama, biyomedikal odaklı sağlık sistemi, bakım sürekliliğinde aksama ve sağlık sisteminin sağladığı destekle ilgili sorunlar, ruh sağlığı eğitiminin makro işlev bozukluğu ve ruhsal hastalığı olan hastaların ailelerini desteklemek için yıkıcı savunuculuk faaliyetleri dahil olmak üzere işlevsiz toplum ruh sağlığı hizmetleri yer almaktadır [305]. Öz şefkat özerklik, kendine ve başkalarına karşı kabullenici, ilgili ve yargılayıcı olmayan bir tutumun gelişmesi, öz bakım davranışı ve başkaları için şefkat ve bağlılık duygularını arttırarak olumlu bir duygusal tepkiye yol açmaktadır [268,306]. İçsel kişisel faydalarının ötesinde, öz-şefkat kişilerarası işleyişi de teşvik etmektedir. Kendine şefkat göstermek ve dolayısıyla kendi ihtiyaçları ile ilgilenmek, bakım verenlerin kendilerine karşı

empatik olmalarına, kaçınılmaz hatalarını affetmelerine ve ağır bakım yükü yaşarken kendilerini desteklemelerine yardımcı olur [279,303]. Ayrıca öz-şefkatli insanların ilişkilerde sosyal destek sağlamak ve güven oluşturmak gibi daha şefkatli hedeflere sahip olma eğiliminde oldukları vurgulanmaktadır. Birlikte ele alındığında, bu bulgular, öz-şefkatin bakım verenlerin kendi ihtiyaçlarını daha iyi karşılamalarına yardımcı olduğunu ve bunun da arkadaşlarının, ailesinin ve hasta bireyin ihtiyaçlarını karşılamak için daha fazla duygusal kaynak ayırmalarına izin verdiğini göstermektedir [211]. Literatürde daha çok demans [307], kanser [308,309], alzheimer [310], otizm spektrum bozukluğu [311], terminal dönem hastaları [312] ve yaşlı yetişkinlere [279,313] bakım verenlerde öz şefkat ve şefkat kavramları incelenmiştir. Bakım verenlerle yapılan çalışmalarda şefkat ve öz şefkatin; bakım yükü [307,313] işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri [307], psikolojik sıkıntı [308,313], stres [279,290], tükenmişlik ve empatik sıkıntı [279], depresyon [290], anksiyete [309], içselleştirilmiş damgalamayı azalttığı [279,311], farkındalık, öz-şefkat, yaşam kalitesi, konsantrasyon [310], empati [279], duygu odaklı başa çıkma stratejilerini arttırdığı [307] belirtilmektedir. Bakım verenlerle yapılan bir çalışmada öz şefkat eğitimi sonrasında katılımcılar kendi bireysel ihtiyaçlarına ilişkin duyarlılıklarının arttığını, kişisel bakım etkinliklerini bilinçli olarak uyguladıklarını, sakinlik ve rahatlama hissettiklerini, daha olumlu bir bakış açısı geliştirdiklerini, kabul davranışının geliştiğini, yaşam üzerinde daha fazla kontrol sahibi olduklarını ve bakım vermeye daha iyi başa çıktıklarını hissettiklerini ifade etmektedirler [312]. Psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde ise öz şefkati ve şefkati araştıran sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır [290,314-317]. Çalışmalar psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde öz şefkatin psikolojik iyilik halini [315,317] ve psikolojik esnekliği [314] pozitif yönde etkilediğini bildirmektedir.

2.3. Psikotik Hastalığı Olan Bireylerin Ailelerini Desteklemede Aile Merkezli Bakım ve Toplum Ruh Sağlığı Hemşiresinin Rolü

Kullanılmaya başlanan nöroleptiklerin psikotik hastalıklarda nüksetmeyi önlemede etkili olduğu 1950'lerde gösterilmiştir, ancak sürekli ilaç tedavisiyle bile hastaların bir kısmının ilk bir yıl içinde hastalıklarının nüksettiği görülmüştür. 1950'lerde ve 1960'larda araştırmacılar, psikoz hastalığı olan bireylerin ailelerindeki duygusal atmosferi incelemeye başladılar. Eleştiri, düşmanlık ve duygusal aşırı katılım olarak tanımlanan yüksek duygu dışavurumunun, psikoz sonucu ve nüksü etkileyen önemli bir değişken olduğunu keşfettiler [33,72,99,108,318,319]. Ayrıca 1984 yılında Nuechterlein ve Dawson tarafından geliştirilen savunmasızlık-stres modeline göre; psikoz hastalığının gelişiminde çevresel stresörlerin (örneğin; sosyal stresörlerin (olumsuz yaşam olayları, destekleyici olmayan sosyal ağ, yüksek duygu dışavurumu) de önemli olduğu vurgulanmıştır. Psikoz hastalığının tedavisinde nöroleptik ilaçlar pozitif semptomları kontrol etmek için gerekli iken, olumsuz ailesel faktörleri değiştirmek ve nüksleri önlemek için

psikososyal müdahaleler vazgeçilmez görülmektedir [319]. Yapılan çalışmalar psikoz hastalığı olan bireyin sonuçlarını iyileştirme ve bakım verenlerin bakım verme kapasitesinin artırılması için ruhsal ve fiziksel sağlıklarının korunması, geliştirilmesi ve ihtiyaçlarının karşılanması gerektiğini göstermektedir [4,21,42,106-108,141,157,168,218,243,320,321]. Bu kapsamda, ailenin bakım sağlama ve iyileşmeyi kolaylaştırmada oynadığı benzersiz rolün anlaşılması ile ruh sağlığı hizmeti sunumunun hizmet alan bireyler kadar ailelere de odaklanması gerektiği çağdaş sağlık hizmetlerince kabul edilmektedir [31,33,72,99,108,247,318]. Kanada Ulusal Sağlık Hizmetleri ruhsal hastalığı olan bireylere bakım veren aileleri desteklemeye yönelik hizmetler için iyileşme kaynaklı bir süreci savunmaktadır. Bu, hastalığı olan bireylerin yanı sıra bakım verenlerin de iyileşme ve esenliklerinin desteklendiği anlamına gelmektedir. Hizmetlerin ayrılmaz bileşenleri olarak belirtilen beş ilke ve değer arasında aile katılımı; saygı ve haysiyet; seçim, kararlılık ve bağımsızlık; bakım verenin ihtiyaçları ve ailenin bakım verme sürdürülebilirliği bulunmaktadır [108,322]. Amerikan Psikiyatri Birliği ve İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (NICE-National Institute of Health and Clinical Excellence), psikozun tüm aşamalarında, birinci basamak önerilen müdahale ve esas tedavi olarak aile müdahalelerini önermektedir [69,93,165,318,323,324]. Aile müdahaleleri bakım verenlerle işbirliğine dayalı bir ilişki geliştirmek, iyileşmeye odaklanarak umut aşılacak, eğitim ve bilgi sağlamak, stres ve yükü azaltarak aile içindeki duygusal iklimi düşürmek, sorunları öngörme ve çözme becerilerini artırmak, mevcut başa çıkma stratejilerini geliştirmek, aile üyelerinin öfke ve suçluluk ifadelerini azaltmak, etkili iletişimi teşvik etmek, bağımsızlığı teşvik etmek, öz bakım planı geliştirmek amacıyla önerilmektedir [72,93,168,218]. 2013 yılında, Kanada Ruh Sağlığı Komisyonu, Ruh Sağlığı Sorunları ve Hastalıkları Olan Yetişkinlerin Aile Bakıcılarını Desteklemeye Yönelik Kapsamlı Bir Hizmet Sistemi için Ulusal İlkeleri yayınlamıştır. Kanada için bir ilk olan Rehber, ruh sağlığı sorunları ve hastalıkları olan yetişkinlere bakım verenlerin ihtiyaçlarını tanıyan ve bunlara hitap eden ruh sağlığı hizmetleri için öneriler sunmaktadır [322]. Aile odaklı müdahalelerin temel ilkeleri aşağıda yer almaktadır [165].

- Aile, hasta bireyin yaşamının merkezinde yer alır. Bu, aileyi bir müdahale birimi olarak tanımlamak anlamına gelir.
- Profesyonel merkezli bir karar verme modeli yerine, bilinçli karar verme için ailelerin seçimlerini ve yeteneklerini en üst düzeye çıkarmak. Bu, ailelerin hasta bireyi daha iyi tanıdıklarını, neyin hasta için en iyi olduğunu bildiklerini ve hasta bakımına en üst düzeyde özen gösterdiklerini kabul eder.
- Ailenin güçlü yönlerine odaklanmak. Aileyi “suçlamak” yerine, ruh sağlığı çalışanlarının tüm ailelerin daha da geliştirilebilecek ve problem çözmede kullanılabilecek güçlü yönleri olduğunu kabul ettikleri anlamına gelir.

- Tüm ailelerin farklı olduğunu ve ailelerin çeşitliliğe ve farklı bakış açılarına değer veren kültürel açıdan yetkin hizmetlere ihtiyaç duyacağını kabul etmek.

Aile odaklı uygulamalar aile üyelerinin ve aile işlevlerinin değerlendirilmesi (aile ilişkileri, ebeveynlik yetkinliği ve/veya aile koşullarının değerlendirilmesi, hastalığının diğer aile üyeleri üzerindeki etkisi ve aile üyelerinin ruh sağlığı okuryazarlık düzeyi), psikoeğitim (aile üyelerinin ruh sağlığı okuryazarlığını geliştirmeyi amaçlayan ruhsal hastalıklar ve tedavisi (ilaç dahil) hakkında bilgi ve eğitim, yazılı veya çevrimiçi kaynakların sağlanması, kanıta dayalı manuelleştirilmiş aile müdahaleleri), aile bakımının planlaması ve hedef belirleme (aile ile kriz planları dahil işbirlikçi bakım planlanması, aile üyelerine hastaların iyileşmesi ve kendilerinin ve diğer aile üyelerinin refahı ile ilgili hedefler belirlemelerinde yardımcı olma), aile ve hizmetler arasında bağlantı kurma (hizmetler ve aile arasında aile adına bağlantı kurma), araçsal-duygusal-sosyal destek (aileyi başka bir servise yönlendirme ve pratik destek organize etme, aile üyelerine empati ve şefkat gösterme, aileyi güçlendirme ve başkalarıyla sosyal bağlantıları ve ağlarını genişletmeye teşvik etme), aile ve hizmetler arasında koordineli bakım sistemini (aile üyeleri, klinisyenler ve diğer hizmetler ile işbirliği ve ortaklığı içeren koordineli bakım sistemi) kapsamaktadır [33,99].

Amerikan Hemşireler Birliği'ne (ANA) göre toplum ruh sağlığı hemşiresi (TRSH); toplumun diğer üyeleri ile birlikte ruhsal hastalıkların birincil, ikincil ve üçüncül önleme aşamalarının sürekliliğini sağlayan ruh sağlığı hizmetlerinde tanılama, planlama, uygulama ve değerlendirmeye katılan sağlık profesyoneli olarak tanımlanmaktadır [325]. TRSH'den değerlendirme, eşgüdüm, hasta haklarını gözetme, savunma, sevk etme, eğitim, rehabilitasyon, ev ziyaretleri, krize müdahale, fiziksel değerlendirme, ilaç uygulamalarının izlenmesi gibi beceri ve yetenekleri kazanmış olması beklenir [95]. Hemşirelik Yönetmeliğinde; Toplum Ruh Sağlığı Merkezi (TRSM) Hemşiresi'nin görev yetki ve sorumlulukları arasında; *"ruh sağlığı bozulma riski taşıyan tüm grupların, ruh sağlığının korunmasında ve sürdürülmesinde görev alma ve destekleyici programlar oluşturma; aileye yardım için toplumsal destek sistemlerini örgütleme; riskli davranışlara (intihar, şiddet, kendine ve/veya çevresine zarar verme, kötüye kullanım, ihmal) ilişkin öykü alma, risk düzeyini değerlendirme; psikiyatrik hastalığın yeniden alevlenmesine neden olabilecek durumları (bilgi eksikliği, tedaviye uyumsuzluk, stres vb) saptama ve alevlenmeleri önlemede aile ile işbirliği sağlama; iyileşme ve yeni duruma uyum sürecinde aileye ve bireye destek olma; ruh sağlığı ile ilgili yasaları takip etme ve aileyi yasalar hakkında bilgilendirme; uygun aile ortamı sağlamaya yönelik programlarda görev alma; stres ile başa çıkma, öfke kontrolü, kriz yönetimi gibi konularda eğitim ve danışmanlık hizmetleri verme"* yer almaktadır [66]. Bu bağlamda TRSH'nin riskli grupta yer alan bakım verenlere birincil koruma kapsamında sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi amacıyla müdahalelerde bulunması gerektiği

düşünülmektedir [167]. Toplum destekli ruh sağlığı hizmetlerinin sürdürülebilirliğini sağlayabilmek için bir hasta sağlık hizmetlerine başvurduğunda bakım verenlerinin tespit edilmesi, uygun destek verilmesi ve ihtiyaçlarına yanıt verilmesi oldukça kritiktir [112]. TRSH'nin "bakım vermenin değerli bir faaliyet olarak kabul edildiği ve bakım verenleri desteklemenin bir sosyal sorumluluk olarak kabul edildiği" bir hizmet sisteminin geliştirilmesine rehberlik etmeyi amaçlayan değer ve ilkeleri benimsemesi gerekmektedir [31,88,244,322,324,326].

- Tedavi bilgilerine ilişkin gizlilik ve hastanın isteklerine saygı konuları her zaman öncelikli olmakla birlikte bakım veren aileler, hastanın tanı, tedavi ve iyileşme sürecine dahil edilmeli ve katılmaya teşvik edilmelidir.
- Bakım verenlerin ihtiyaçları, bütüncül bir iyileştirme çerçevesi içinde değerlendirilir, ele alınır ve hasta bireyden farklıdır.
- Bakım verenlerin rollerini yerine getirebilmeleri için bilgi, eğitim, beceriler, dinlenme süresi gibi gereksinimleri karşılanır.
- Politika ve programlar; bakım verenleri, savunucuları ve hizmet sağlayan kuruluşları doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen faktörleri geliştirmek, gözden geçirmek ve değerlendirmekle ilgilenir.
- Politikalar, programlar ve uygulamalar, hasta bakımında bakım verenlerin katkılarına değer verir.
- Politikalar ve programlar, bakım verme rolünü üstlenmeyi (ya da etmemeyi) seçmenin ve sağlayacakları bakımın parametrelerini belirlemenin bakım verenin hakkı olduğunu kabul eder.
- Politikalar ve programlar, bakım verenlerin hizmetlere erişimini kolaylaştırır ve çeşitli ihtiyaçlarını karşılamak için uygun uyarlamalar yapar.
- Bakım verenler ve hastalar, farklı yaşam hedefleri ve geçmişlerinin yanı sıra bakım konusunda farklı inançlara sahiptir.
- Politikalar ve programlar, özellikle marjinalize edilenler için çeşitliliğe karşı duyarlılığı kabul eder ve ruh sağlığı hizmeti verenler kültürel olarak yetkindir.
- Bakımın sürekliliğini kolaylaştırmak ve aşırı hizmet kullanımına yol açan krizleri önlemek için bakım verenleri (doğrudan ve dolaylı olarak) destekleyen sistem, uygun şekilde eğitilmiş ve deneyimli sağlık çalışanlarından oluşur.
- Bakım verenler tedavi seçenekleri ve onları destekleyen uygulamaların kanıt düzeyi hakkında tam olarak bilgilendirilir.
- Bakım verenlerin sağlığını ve esenliğini teşvik etmek, desteklemek, özel sektörün, hükümetin tüm düzeylerinin ve genel olarak kamunun dikkat ve çabasını gerektirir.

- Bakım verenlerde ruhsal hastalıkların önlemesi kapsamında risk faktörlerini azaltmak, koruyucu faktörleri arttırmak ve bakım verenin bireysel olarak güçlenmesini sağlamak için kaynaklar sağlanmalıdır.

Bu bağlamda öncelikle TRSH aile sağlığı, psikolojik ve ruhsal esenlik, sosyal işlevsellik ile ilgili tüm verilerin toplanmasını içeren kapsamlı bir aile değerlendirmesi yapmalıdır. Değerlendirme, uygun müdahale stratejilerini işbirliği içinde planlamak ve uygulamak için hem bireysel hem de grup düzeyinde ailenin refahı üzerindeki faktörlerin etkisini anlamada hayati önem taşır [31,108]. Ailenin özellikle psikolojik sağlığının değerlendirilmesi, ailenin gelişimi ve yaşam döngüsü, iletişim kalıpları, stres ve başa çıkma becerileri ve problem çözme becerilerine odaklanır [108]. TRSH'nin en önemli değerlendirme görevlerinden biri, aile üyelerinin zorlayıcı durumlarla nasıl başa çıktıklarını ve mevcut başa çıkma becerilerini belirlemektir. Hemşire daha sonra bu yanıtları değerlendirebilir. Ailenin neyi iyi yaptığını belirlemek ve ailenin bu güçlü yanlarını kabul etmek önemlidir. Ailenin tepkileri sağlığa zararlıysa (örn. madde kötüye kullanımı, fiziksel istismar), hemşire ailenin refahını sağlayacak baş etme becerilerini geliştirme ihtiyacını tartışabilir [42,92,100,108,186,244]. Hemşireler, bakım verenlerde yükün varlığını değerlendirir ve bakım yükü açısından yüksek riskli aileler için özel müdahaleler ve programlar uygular. Bakım yükünü hafifletmeye yönelik müdahalelerin, bakım verenlerin öncelikli olarak deneyimledikleri yükün türüyle (objektife karşı sübjektif) uyumlu olması gerektiği belirtilmektedir [107,108,168]. Bakım verenleri özellikle öfke olmak üzere duygularını ifade etmeye teşvik eder. Bu duyguların paylaşılması depresyon veya psikofizyolojik bozukluklar gibi psikopatolojilerin oluşmasını önleyebilir [72]. Destek grupları hakkında bilgi verir ve benzer yaşam deneyimleri olan destek gruplarına ailenin katılımını teşvik eder. Aynı sorunları yaşayan diğer kişilerin bu sorunlarla nasıl başa çıktıklarını duymak, daha uyumlu stratejiler benimsenmesine yardımcı olabilir [72]. Ortaya çıkan endişe, korku, depresyon ve kaygı semptomlarını ele almak, duruma özel terapötik müdahale gerektirebilir. Bakım veren aile bireylerine daha fazla destek sağlamak, iyimserlik düzeylerini arttırmaya çalışmak ve onları hasta yakınlarının tedavi sürecine dahil etmek, bu kişilerin uzun vadeli ruh sağlıklarını olumlu yönde etkilemek için dikkat edilmesi gereken hayati unsurlardır [218]. Ruh sağlığı sorunları ve hastalıkları olan yetişkinlere bakım verenleri desteklemeye yönelik kapsamlı bir hizmet sistemi için ulusal ilkelerin belirlendiği bir çalışmada aileler, hasta ile olan ilişkilerinin ve bakım verme rollerinin ruh sağlığı hizmeti verenler tarafından tanınması, değerlendirme ve tedavi planlamasına anlamlı bir şekilde dahil olma, deneyimli ruh sağlığı çalışanları tarafından bilgi, destek ve hizmet alma, kendi sağlıklarını ve duygusal esenliklerini sürdürmek için aile desteği konularında yardıma ihtiyaç duyduklarını ifade etmişlerdir [322].

TRSH aile psikoeğitiminden aile terapisine kadar farklı aile müdahalesi stratejileri benimseyebilir. Bakım verenlerde iyileşme veya koruyucu faktörleri geliştirmek için etkili stratejilerin evrensel bir listesi yoktur. Bununla birlikte, son araştırma ve literatürün gözden geçirilmesi, dirençli, sağlıklı aileler arasındaki ortak özellikleri kabul etmektedir. Bu faktörlerden bazıları: olumlu bir bakış açısı, esneklik, baş etme becerilerinin yüksek olması, iletişim, kabullenme, iyimserlik, rutinler, maneviyat, ritüeller ve sosyal destek, duygusal destek alma, aile üyesi uyumu, hasta ile birlikte zaman geçirme profesyonellerin destekleyici tutumları, bakım rolünü yerine getirmede pratik yardım, benzer deneyim yaşamış bireylerle konuşma [10,14,23,38,42,47,93,111,141,157,206,223,231,326,327]. Bu bağlamda bu özelliklerin geliştirilmesine odaklanan uygulamalar müdahalede kullanılabilir. Aile odaklı müdahaleler arasında stres yönetimi ve başa çıkma becerilerini optimize etmeye yönelik programlar, psikoeğitim, davranışsal aile terapisti, Kişiler Arası İlişkiler Terapisti, kriz yönetimi, akran liderliğindeki aile desteği ve aile grup terapisti yer almaktadır [4,42,168,218,328,329]. Grácio ve ark. (2015) tarafından yapılan bir sistematik derlemede, aile müdahalelerinde yer alan temel unsurların terapötik ittifak, eğitim ve başa çıkma becerileri eğitimi olduğu bildirilmektedir [330]. Standart psikiyatrik bakımla karşılaştırıldığında, aile müdahalesinin tüm takip dönemlerinde bakım yükünü azaltmada etkili olduğu [331,332,], yüksek duygu dışavurumu, hastaların nüks ve yeniden hastaneye yatış oranlarını [331], kaygı, stres ve depresyonu anlamlı olarak azalttığı [333], hastaların psikososyal işlevsellik ve tedaviye uyumunu iyileştirdiği [331] literatürde belirtilmektedir. Bulgular karşılıklı destek grubu ve psikoeğitimin standart bakıma göre aile işlevselliğini [334] ve bakım deneyimini iyileştirdiği, psikolojik sıkıntı üzerinde olumlu bir etkiye sahip olduğu ve bu etkilerin takipte de devam ettiğini [335] vurgulamaktadır. Destek gruplarının diğer bir avantajı, diğer tedavi yaklaşımlarıyla karşılaştırıldığında sağlık profesyonelleri için daha az yoğun eğitim gerektirmesidir [219]. Yapılan bir sistematik derlemede TRSH'nin eğitim, destekleyici aile eğitimi, davranışsal aile terapisti, yoğun sosyal yardım, karşılıklı destek grupları gibi yaklaşımları uygulamada kullandıkları belirtilmektedir. Eğitimin bakım verenin hastalığa ilişkin bilgisini geliştirdiği, ancak yük, başa çıkma veya ruh sağlığı gibi değişkenleri etkilediğine ilişkin kanıtların az olduğu, davranışsal aile terapisinin yükü azaltmada ve ruh sağlığını iyileştirmede etkili olduğu, karşılıklı destek gruplarının yükü azalttığı ve başa çıkmayı geliştirdiği, yoğun sosyal yardım gibi topluluk desteklerinin de yükün azaltılmasında etkili olduğu belirtilmektedir [336]. Bulgular psikoeğitim müdahalesinin bakım yükünü [337-339] ve morbiditeyi azalttığı [339], olumlu ifade edilen duyguları [338], yaşam memnuniyeti [28], genel yaşam kalitesini arttırdığı [340], içgörü ve kabul geliştirme, uyarı işaretlerini öğrenme, iletişim becerilerini geliştirme, problem çözme öğrenme ve daha bağımsız olma gibi yararları olduğunu [341] göstermektedir. Uygulanan diğer bir müdahale olan Kısa Bilişsel Davranışsal Stres

Yönetimi Programı stres göstergelerini ve bakım verenlerin yükünü azaltmakta, problem ve duygu odaklı başa çıkma ile ilgili becerileri arttırmaktadır [342].

Aile merkezli müdahalelerin hem bakım veren hem de hasta bireyin sağlık sonuçlarını iyileştiren bir faktör olduğu vurgulansa da yapılan çalışmalar müdahalelerin tedaviye tam olarak entegre edilmediğini, uygulamada bir boşluk olduğunu, sağlık hizmetleri tarafından ailelerin yeterince desteklenmediklerini ve ihmal edildiklerini göstermektedir [72,92,100,160,168,318,319,343]. Ayrıca bakım verenler ruh sağlığı uzmanları tarafından ihtiyaçlarının fark edilmediğini [33,99,180,343], daha çok hastanın ihtiyaçlarını karşılamakla meşgul olduklarını [33,99], görüş ve deneyimlerine saygı duyulması ve dikkate alınması, prognoz ne olursa olsun sağlık çalışanlarının aileye umut aşılması, hasta bireyle nasıl iletişim kuracakları ve nasıl davranacaklarını öğrenmelerine yardımcı olacak psikoeğitim verilmesini [168], sağlık profesyonellerinin kendilerini yargılayıcı olmayan bir tavırla dinlemeleri gerektiğini [33,99] ifade etmektedirler. Literatürde sağlık çalışanlarının bakım verenlerin korkularına, sorunlarına, endişelerine karşı ilgisiz, umursamaz ve saygısız oldukları [218,343] bakım verenleri tedavi sürecine dahil etmedikleri [218,343], yük ve rahatsızlık kaynağı olarak gördükleri; bakım verenleri dışlamak için teknik bir dil kullandıkları; umut vermedikleri; anlaşılır ve basit açıklamalar yapmadıkları; bakım verenlere danışmadıkları ve görüşlerini almadıkları; yardım merkezlerinin, kriz destek tesislerinin ve kendi kendine yardım gruplarının yetersiz olduğu [218] belirtilmektedir. Ayrıca bakım verenlerin baş etme becerilerini etkileyen önemli faktörler arasında ruh sağlığı sistemi tarafından yeterli destek verilmemesi bulunmaktadır [22]. Yapılan bir çalışmada hasta yakınlarının çoğunlukla sağlık profesyonelleri ile karşılaşmalarını olumsuz olarak deneyimledikleri, hasta yakınları ve kendi iyilikleri için ruh sağlığı hizmetlerine dahil olmak istedikleri, ancak sıklıkla zorlayıcı ama kaçınılmaz sorumluluklarla baş başa bırakıldıklarını ve dışlanmış hissettikleri belirtilmektedir. Hemşireler, sorumluluklarının her şeyden önce hasta ve onunla bir terapötik ilişki geliştirmek olduğunu, genellikle hasta yakınlarını dışlamak zorunda hissettiklerini, ancak bazen onları destekleyebildiklerini ifade etmektedir [344]. Poon ve ark. (2018) yaptığı çalışmada bakım verenlerin tedavi planına katılım, ilgili bilgilerin sağlanması, çok boyutlu biyopsikososyal destek ve alternatif bakım düzenlemeleri gibi algılanan gereksinimlerinde zaman içinde çok az gelişme olduğunu ve ihtiyaçlarının dikkate alınmadığını ortaya koymaktadır [21]. Bulgular, bakım verenlerin sağlık ve esenliklerine ilişkin algılarının [21,178,] ve olumsuz bakım verme deneyimlerinin [127] mevcut ruh sağlığı hizmeti sunum çerçevesinde zaman içinde iyileşmediğini göstermektedir. Yapılan bir çalışmada ruh sağlığı uzmanları bakım verenlerin ekonomik, psikososyal destek, bilgi ve danışmanlık ihtiyaçlarının karşılanamadığını ifade etmektedirler. Ayrıca verilen hizmetlerin iyileştirilmesi için grup psikoterapisi ve kendi kendine yardım grupları, özdenetim becerilerinin geliştirilmesi, bakım veren ve sağlık profesyonelleri arasında işbirlikçi bir yaklaşım benimsenmesi, sağlık

hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi ve yeniden yapılandırılması, bakım verenlerin sağlık politikalarının oluşturulmasına dahil olması, sağlık hizmetlerine yeterli finansman ve iş gücü sağlanması gerektiğini belirtmektedirler [106]. Aile müdahalelerinin önemini ve geçerliliğini destekleyen ve onaylayan kanıtlara rağmen, bunların klinik ortamda uygulanmasının önünde bakım veren (ulaşım, zaman, motivasyon, damgalama ve enerji gibi), sağlık profesyoneli (özel eğitim eksikliği gibi) ve sistem (maliyet ve etkililik kriterleri) kaynaklı çeşitli engeller bulunmaktadır [92].

2.4. Kavramsal Çerçeve

2.4.1. Bilinçli Farkındalık Kavramı

Acı (fiziksel, duygusal, sosyal, varoluşsal, ruhsal) ve mutluluk evrensel insan deneyimleridir ve acıyı hafifletmek ve daha fazla mutluluğa ulaşmak dünyadaki birçok insan için temel bir tutkudur. Acı kaçınılmaz olsa da, ona eşlik eden ıstırap isteğe bağlıdır. İnsanoğlu tarih boyunca istenmeyenleri (ıstırapı) hafifletmenin ve arzulanan (mutluluğa) ulaşmanın yollarını keşfetmeye çalışmıştır. Bunlarla birlikte her birey en akıl almaz derecede korkunç durumlarla karşılaştığında bile, incinme, öfke, korku ve umutsuzluğu derinden onarıcı ve iyileştirici olabilecek yeni yollarla karşılayabilmek için doğuştan gelen güçlü bir kapasiteye sahiptir. Bunun anlamı, bir bireyin acıyla ilişki kurma biçiminin muazzam bir fark yarattığıdır. Bu, bir uygulama olarak bilinçli farkındalığın sunduğu şeydir: olanla ilişki içinde olmanın yeni bir yolu. BF dış koşullar kontrol edilemese bile, koşullara içsel olarak nasıl tepki vereceği konusunda bireye seçim özgürlüğü vermektedir. Viktor Frankl, İnsanın Anlam Arayışı adlı kitabında bunu şöyle ifade etmektedir: "Bir insandan her şey alınabilir, bir şey dışında: insan özgürlüklerinin sonuncusu-herhangi bir koşulda kişinin tutumunu seçmesi, kendi yolunu seçmesi." [90,162,345,346].

Mindfulness (bilinçli farkındalık), farkındalık, dikkat ve hatırlama anlamına gelen Pali dilinde yer alan "satī" kelimesinin İngilizce çevirisidir [162,347]. Ancak hatırlama kısmı farklıdır-geçmiş olayları hatırlamaktan çok, farkında olmayı ve dikkat etmeyi sürekli olarak hatırlamakla ilgilidir [162,345,348,349]. Ayrıca mindfulness kelimesi, Vi (özel bir şekilde) ve Passanna (görmek, gözlemlemek) kelimelerinin birleşiminden oluşan ve böylece özel bir şekilde gözlemlemeyi ifade eden Vipassana'nın İngilizce çevirisidir [90]. Kabat-Zinn, bilinçli farkındalığı "şimdiki ana kasıtlı olarak ve yargılamadan, deneyimin anbean gelişmesine dikkat ederek ortaya çıkan farkındalık" olarak tanımlamaktadır [162,350,351,353,354]. Ayrıca basitçe bilinçli yaşama sanatı olarak da tanımlamaktadır. Kabat-Zinn'e göre bilinçli farkındalık, bireyin kendisiyle, başkalarıyla ve çevresiyle temas halinde olduğu, tutarlı bir uygulama gerektiren, daha bağlı, gerçek ve canlı hissedebileceği doğal ve sezgisel bir varoluş halidir [355]. Doğrudan bireyin hayatla nasıl bir ilişki kuracağını öğrenmesinin bir yolu ve yargılamadan hayatın her anını

deneyimleme süreci olarak da tanımlanmaktadır [345,346]. Rosenberg (1998), bilinçli farkındalığı önünde görüneni doğru bir şekilde yansıtan bir aynaya benzetmektedir [356].

Shapiro, Carlson, Astin ve Freedman (2006), bilinçli farkındalığın üç ana bileşenden oluştuğunu iddia etmektedir: niyet, dikkat ve tutum [211,349,354]. Bu bileşenler ayrı aşamalar olarak değil, tek bir sürecin iç içe geçmiş yönleri olarak düşünülmekte ve birbirini etkilemektedir [349,354]. Bilinçli farkındalığın ilk temel bileşeni niyettir. Niyet, farkındalık uygulamasının altında yatan amaç ve motivasyonlar olarak tanımlanmaktadır. Basitçe bir bireyin neden pratik yaptığının, neye değer verdiğinin ve birey için neyin en önemli olduğunun bir yansımasıdır [211,306,349,354]. Kabat-Zinn (1990), bilinçli farkındalık yoluyla olumlu değişimin gerçekleşebilmesi için niyetin gerekli olduğunu düşünmektedir. Ayrıca, niyetin, meditasyon uygulamalarının deneyimlenmesinde önemli bir rolü olduğunu ve doğal olarak sonuçlarını etkilediğini belirtmektedir [211,349,354]. Bilinçli farkındalığın ikinci temel bileşeni dikkattir. Farkındalık bağlamında, birey sadece dünyaya değil, kendi içeriklerine (kendi duygu, düşünce, bedensel duyumu, algı, davranış) de dikkat etmeyi öğrenmektedir. Dikkat, farkındalığı odak noktasına getirmeyi ve burada ve şimdi anbean içsel ve dışsal deneyimleri gözlemlemeyi içermektedir [211,354]. Farkındalığın iyileştirici gücünü geliştirmek için şimdiki ana odaklanan, yoğunlaşmış dikkat ile birlikte gözlemlemeye, algılamaya başlanan hisler, deneyimler, düşünce ve duyguların belli bir tutumla ele alınması önemlidir. Halil Cibran'ın dediği gibi, "Yaşamınızı, hayatın size getirdiklerinden çok, hayata getirdiğiniz tavır belirler." [57,162,211,351,354,355]. Bilinçli farkındalık metaforik olarak bir bahçe yetiştirmek gibidir: belirli koşullar mevcut olduğunda gelişir. Bu koşullar, farkındalık uygulaması için gerekli olan tutumları içermektedir [345]. Bu tutumlar, uygulamalarla deneyimsel olarak geliştirilmelidir. Ayrıca bireyin uygulamalara olan bağlılığı desteklemekte ve uygulamalarda derinleşebilmesini sağlamaktadır. Bu tutumlar birbirine bağlıdır; tutumlardan birinde meydana gelen bir değişim diğerlerini de olumlu etkilemektedir [306,345,349].

Bu tutumları açıklayacak olursak;

Anda kalmak: Bilinçli farkındalığın en temel tutumlarından biri şuan her ne yaşıyor, deneyimliyorsak sadece ona odaklanabilmek ve dikkati şimdiki ana yönlendirmektir. Geçmiş ve gelecekle fazlaca meşgul olan zihni fark edip, içinde bulunulan anı yaşamayı seçmek anlamına gelmektedir. Bunu sürekli yapmak oldukça güçtür. Önemli olan geçmiş ve geleceğe gitme eğiliminde olan zihni fark etmek ve nazik bir biçimde her defasında şimdiki ana geri getirmektir [56,351].

Şefkat: Acıyı ve acının doğasını anlamaktır. Acı çektiği için bireyin kendisini ya da zor zamanlar geçirdikleri için başkalarını dezavantajlı, farklı, eksik, şansız ya da beceriksiz görmesi yerine acının evrenselliğini fark etmesidir. Şefkat bir bireyin hem kendisinin hem de başkalarının

yaşadığı acılara olan açıklığı ve duyarlılığıdır. İçinde empatiyi, merhameti, cömertliği ve kabulü barındırmaktadır. Sıkıntı veren zorlayıcı duygu ve durumları bastırmadan, göz ardı etmeden, onunla özdeşlemeden, kabul edebilmeyi içermektedir [56,351].

Sabır: Bir bilgelik biçimi olan sabır, bazen olayların kendi zamanlarında gelişmesi gerektiği gerçeğinin anlaşıldığını ve kabul edildiğini göstermektedir. Her şeyin bir vakti olduğunu kabul etmek, anlamak ve şu anda gerçekleşen süreç ne olursa olsun onunla kalmaya istekli olmaktır. Örneğin; bir çocuk, kozasını kırarak bir kelebeğin çıkmasına yardım etmeye çalışabilir. Genellikle kelebek bundan faydalanamaz. Her yetişkin bilir ki, kelebek kendi zamanı geldiğinde ortaya çıkar ve bu aceleyle gelmemelidir ve aceleyle gelmek çok fazla ıstıraba neden olabilir. Ancak sabretmek, kabul etmekle birlikte her şeyin zamanla birlikte mutlaka bir çeşit değişim gösterdiğini, hiçbir şeyin aynı kalmadığını fark etmeye destek olur [56,57,90,306,349,351,352,355-358].

Yargılamama: Zihin doğal olarak sürekli olarak karşılaştırır, kategorize eder, analiz yapar ve yargılar. Geçmiş deneyimlere dayanarak, deneyimlenen her şey iyi ya da kötü, doğru ya da yanlış, istenen ya da istenmeyen olarak kategorize edilmektedir. Bu durum olayların gerçekte olduğu gibi algılanmasını engellemektedir. Bilinçli farkındalık uygulamalarındaki niyet, yargıların kaçınılmaz olduğunu bilmek, bireyin kendi deneyimlerini alışkanlıkla nasıl yargıladığı ve bunlara otomatik olarak nasıl tepki verdiğini, yargılarını, nasıl oluştuğunu, bunların nereden geldiğini fark etmesidir. Bu, olup bitenler hakkında olumlu ya da olumsuz bir değerlendirme yapmamak, sadece gözlemlemek ve izlemek anlamına gelmektedir [57,90,306,345,351,352,355,357,358].

Kabul: Farkındalık bağlamındaki kabul, edilgenlik veya teslim olma anlamına gelmemektedir. Aksine, bu bağlamda kabul, deneyimle aşırı meşgul olmaya veya deneyimin bastırılmasına başvurmadan olayları tam olarak deneyimleme yeteneğini ifade etmektedir [56]. Kabul etmek, yaşanan deneyimi ve var olan koşulları olduğu haliyle, varlıklarını kabul etmektir. Kabullenme, bireyin hem zevke hem de acıya açık olmasını, hem kazanmayı hem de kaybetmeyi kucaklamasını ve hata yaptığında kendisine ve başkalarına karşı şefkatli olmasını sağlamaktadır. Paradoksal olarak, kabul herhangi bir radikal değişimin ilk adımıdır. Bir birey nerede olduğunu ve şu anda neler olduğunu kabul etmezse, o noktadan uygun şekilde ilerleyemez. A'dan B'ye gitmenin en hızlı yolu, bireyin kendisini B'ye gitmeye zorlaması değil, A noktasında olduğunu tüm kalbiyle kabul etmesidir [306,349,357,359].

Akışına bırakmak: Birey dikkatini içsel deneyimlere yönlendirdiği zaman, zihnin tutunmak istiyormuş gibi görüldüğü belirli düşünce, duygu ve durumların olduğunu hızla keşfetmektedir. Eğer hoşsa, bu düşünce, duygu ya da durumları uzatmaya, genişletmeye ve tekrar tekrar canlandırmaya çalışmakta; kendisine acı veren, hoşnut olmayan ve korkutan her türlü duygu, düşünce ve deneyimden kaçınma eğilimindedir. Akışına bırakmak, ister bir fikir, ister bir şey, bir olay, belirli bir zaman, görüş veya arzu olsun, herhangi bir şeye tutunmayı bırakmaya davettir ve

deneyimin her ne ise o olmasına izin vermektir. Akışına bırakmak her şeyin geçip geçici olduğunu görebilmek, unutmak, düşünmemek, hissetmemek yerine tutunduğumuz her ne ise onunla özdeşlememektir. Doğada bırakmaya ilişkin birçok güzel örnek vardır. Elma ağaçlarının içindeki tohumların çimlenebilmesi için meyvelerini bırakması gerekir. Hayvanlar kendilerine bakabilmeyi öğrenebilmeleri için yavrularını bırakmaları gerekir. Yavru kuşların uçmaya başlayabilmesi için bir daldan ilk atladıklarında hissettikleri korkuyu bırakmaları gerekir [56,57,162,306,349,352,355-357].

Başlangıç ruhu (Acemi zihni): Çoğu zaman geçmiş deneyimler, varsayımlar, beklentiler bireyin şu andaki deneyime yaklaşımını ve hislerini etkilemektedir. Başlangıç ruhu, içinde bulunulan anın zenginliğini görmek için her şeyi ilk defa oluyormuş gibi görmeye istekli olmaktır. Çocuklar, bu tutuma sahip olan bireylerin zihnini temsil etmektedir. Neyin doğru neyin yanlış olduğuna dair fikirler, kavramlar, inançlar, isimler veya düşünceleri olmadıkları için her şeyi ilk kez görüyormuş gibi yaşarlar. Örneğin; bir ağacın yanından geçerken, düşünceler, fikirler ve duyguların perdesinden (örn: Ağaçların neye benzediğini biliyorum) değil, bunun yerine gerçekten o ağacı çiçekleriyle, farklı renkleriyle, budaklı kabuğuyla görmektir. Ayrıca başlangıç ruhu “Hiçbir an diğeriyle aynı değildir. Her biri benzersizdir ve benzersiz olasılıklar içerir” gerçeğini de hatırlatır. Her deneyimi ilk kez yaşıyormuş gibi yaşayabilme becerisi bilinçli farkındalıkta otomatik pilottan çıkmak ve mevcut an ile bağlantıda olmak, şu ana yargısızca, merakla yaklaşılmasına yardımcı olmaktadır [56,57,90,249,306,345,351,352,356,357,360].

Bunlara ek olarak farklı tutumlar da geliştirilmiştir. Bunlar: empatik sevinç, hoşgörü, affetme, nezaket (yumuşak, düşünceli ve hassas olmak), çabalamamak (uygulamada bir hedefe veya sonuca ulaşmaya çalışmamak), güven (kendine, deneyimine ve yaşamına), empati (şu anda başkalarını hissetmek ve anlamak), cömertlik (karşılık düşünmeden vermek), merak, zarar vermeme, öz-şefkat, minnettarlık (mevcut olana saygı ve takdir), sevgi dolu nezaket (koşulsuz iyilikseverlik ve sevgi) ve izin vermektir [57,90,162,306,345,349,351,352,355-358,360,361].

Farkındalık her bireyin sahip olduğu doğuştan gelen bir insan kapasitesidir [162,356,358,360]. Özellikle duygusal kargaşanın ortasında, özel bir yaşam becerisidir ve öğrenilebilir [162,360]. Bir müzik enstrümanı öğrenmek gibi, tekrarlanan günlük uygulamalarla geliştirilebilir [57,211,346,351]. Kardiyovasküler zindeliği geliştirmek isteyen bir birey, fiziksel egzersizi günlük rutinine entegre ederek başlayabilir-asansör yerine merdivenleri kullanmak veya işe arabayla gitmek yerine bisiklete binmek. Fiziksel olarak daha da formda olmak istiyorsa, spor salonu veya sağlık kulübünde egzersiz yapmak için zaman ayırabilir. Süreci gerçekten hızlandırmak için, günün büyük bir kısmının yoğun egzersizle geçirildiği, fitness odaklı bir tatile gidebilir. Farkındalığı geliştirmek için benzer seçenekler mevcuttur [162]. Bir haritayı incelemek bir yerde olma deneyimini tam olarak aktaramadığı gibi, hiçbir okuma veya açıklama meditasyon

yoluyla yaşanan farkındalık deneyimini tam olarak aktaramaz. Bu nedenle deneyimsel öğrenme esas olduğu için uygulamalar kullanılmaktadır [356].

Formal uygulamalar: Her gün kasıtlı olarak belirli bir zaman ayırılarak bir rehber eşliğinde veya bireyin tek başına yapabileceği yapılandırılmış meditasyon uygulamalarını içermektedir [56,211,345,349]. BFTSAP'da beden taraması, mindful yoga, nefese odaklanma, oturma meditasyonu, görme egzersizi, şefkat meditasyonu, yürüme meditasyonunu gibi formal uygulamaları içermektedir [346].

İnformel uygulamalar: Özellikle zaman ayırmak yerine günlük yaşam aktivitelerinin farkındalıkla yapılması anlamına gelmekte ve formal uygulama yoluyla edinilen becerileri günlük hayata aktarmaya odaklanmaktadır [211]. Sabah uyanmak, çocukları uyandırmak, diş fırçalama, yürümek, duş almak, giyinmek, köpeği yürüyüşe çıkarmak, araba kullanmak, bulaşıkları yıkamak, yemek yemek, yemek hazırlamak için sebzeleri doğramak gibi günlük yaşamsal aktivitelerin beden duyularına odaklanılarak farkındalıkla yapılmasıdır [306,345,360]. Gün boyunca bireyin kendisine şu anda olan her şeye dikkat etmesini hatırlatmasını içermektedir [348]. Örneğin; Nefes alıp verişine, içinde bulunduğu odanın görünümü, havanın sıcaklığınave etrafınızdaki seslere, yürürken hissettiği yürüme hissine, yemek yerken yemeğin tadına, ayakta veya uzanırken bedenin duruşuna [162,348,356].

2.4.2. Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler

BF ampirik olarak test edilmiş üçüncü dalga psikoterapilerin önemli bir bileşenidir. İlk dalga, klasik ve edimsel koşullanmada uyaran ve tepkiye odaklanan davranışçı terapi, ikinci dalga, nasıl hissettiğimizi değiştirmek için düşüncelerimizin içeriğini değiştirmeye odaklanan Bilişsel Davranışçı Terapi'dir. Üçüncü dalga yaklaşımlar (Farkındalık Temelli Terapiler), içsel deneyimi kontrol etmeye daha az vurgu yapmakta ve kabul, üst biliş ve insanların deneyimleriyle nasıl ilişki kurduğu gibi temalara odaklanmaktadır [162,353,362,363]. BFTSAP dünya çapında sunulan en yaygın kullanılan farkındalık temelli müdahale programıdır [57,270,353]. Kökenleri 2500 yıl öncesine giden ve uzakdoğu öğretilerinde yer alan BF, batıda tıbbi ve ruhsal sağlık bağlamlarında uygulanması, büyük ölçüde 1970'lerde başlayan daha yeni bir olgudur [359]. BFTSAP, Jon Kabat-Zinn tarafından 1979'da Worcester'daki Massachusetts Üniversitesi Tıp Merkezi'nde geliştirilen ve daha önce stres azaltma ve gevşeme programı olarak bilinen Budist farkındalık meditasyonunu çağdaş klinik ve psikolojik uygulama ile bütünleştirerek geliştirilen standartlaştırılmış bir meditasyon programıdır [57,58,90,346,351,353,354,364]. Başlangıçta, bir hastane ortamında tedavi edilmesi zor ve olağan tıbbi tedavilere yanıt vermeyen kronik rahatsızlıkları olan hastalarda stres, ağrı ve hastalıklarıyla ilişkili ıstıraplarını azaltmaya, hafifletmeye yardımcı olmak ve tıbbi hastalığa uyumu kolaylaştırmak için geliştirilmiştir [90,362,364,365]. BFTSAP genellikle kronik fiziksel ve ruhsal hastalıkları olan kişilere yönelik

olsa da, müdahalenin amacı tıbbi tedavinin yerini almak değil, hastaları iyileştirmek için bir tamamlayıcı, destekleyici, önleyici, tamamlayıcı veya yalnızca tek başına bir yöntem olarak kullanılabilmektedir [56,90,356]. Programın temelinde olanları -insanların ne söylediğini veya yaptığını, dünyada hangi olayların meydana geldiğini- kontrol edemeyeceğimiz, ancak kesinlikle meydana gelen olaylara nasıl tepki vereceğimizi kontrol edebileceğimiz fikri bulunmaktadır [211]. Ayrıca, sıkıntının kendisinden ziyade bireylerin çeşitli sıkıntı biçimleriyle nasıl ilişki kurduğu ve bunlara nasıl tepki verdiğinin, birçok sorun ve bozukluğun özünde yattığına inanılmaktadır [362]. BFTSAP, haftalık grup oturumları, düzenli ev uygulamaları, formal ve informal uygulamaları içeren deneyimsel bir öğrenme programıdır [270]. Tüm bu uygulamalarda, katılımcı, dış olaylara, düşüncelere, duygulara veya bedensel duyumlara otomatik olarak tepki vermek yerine bilgece yanıt vermeyi seçerek, tüm dikkatini şimdiki anda gerçekleştirenlere vermek üzere eğitilir [57]. Şu anda, yoğun yapılandırılmış bir eğitim olarak dünyada farklı gruplarda ve farklı alanlarda (hastane, hapisane, okul, üniversite, şirket, parlamento gibi) uygulanmaktadır [57,350]. Son yirmi yılda, sosyal hizmet, psikoloji, tıp ve nörobilim dahil olmak üzere bir dizi disiplinde farkındalık ve farkındalık temelli müdahalelere yönelik artan bir akademik ve klinik ilgi olmuştur [350]. BFTSAP'na olan ilginin ve yapılan çalışmaların kısa bir süre içerisinde artış göstermesinin birkaç önemli neden bağlanabilir. Bunlar: kaygı, depresyon, somatizasyonu azaltmada ve genel esenlik duygusunu artırmaya yönelik önemli kanıtların olması; hangi yaşam koşullarında olurlarsa olsun herkes tarafından uygulanabilmesi; uygulamaların hem çok pratik olması ve her yerde, her zaman uygulanabilir olması hem de çok kısa bir süre içinde uygulayan kişinin pozitif etkilerini gözlemleyebilmesi [90,351,358]

Günümüzde farklı gruplar için MBSR'de modellenen bir dizi başka programlar ve modeller de geliştirilmiştir [365]. Bunlar arasında Farkındalık Temelli Nüks Etmeyi Önleme Programı (Mindfulness-Based Relapse Prevention-MBRP), Farkındalık Temelli Bilişsel Terapi (Mindfulness-Based Cognitive Therapy-MBCT), Farkındalık Temelli İlişki Geliştirme (Mindfulness-Based Relationship Enhancement-MBRE), Kabul ve Kararlılık Terapisi (Acceptance and Commitment Therapy-ACT), Diyalektik Davranış Terapisi (Dialectical Behavior Therapy DBT) ve Farkındalık Temelli Yeme Farkındalık Eğitimi (Mindfulness Based Eating Awareness Training-MB-EAT), Farkındalığa Dayalı Yas Bakım Modeli (Attunement, Trust, Touch, Egalitarianism, Nuance, and Death Education-ATTEND Model), Farkındalık Temelli Ağrı Yönetimi (Mindfulness-Based Pain Management-MBPM), Farkındalık Temelli Doğum ve Ebeveynlik Programı (Mindfulness-Based Childbirth and Parenting-MBCP), Travmaya Duyarlı Mindfulness (Trauma-Sensitive Mindfulness) yer almaktadır [57,162,270,350,356,359,361,363,366,367]. Bunlardan MBCT Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Majör Depresif Bozukluğu Olan Hastaların Tedavisine İlişkin Uygulama Kılavuzu'na ve NICE'in Yetişkinlerde Depresyonun Yönetimi ve

Tedavisine ilişkin Uygulama Kılavuzu yeni versiyonuna bir grup müdahalesi olarak dahil edilmiştir [354].

2.4.3. Bilinçli Farkındalık Temelli Müdahaleler ve Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Ruhsal ve Fiziksel Sağlık Üzerine Etkileri

Literatür BF temelli uygulamalarının psikiyatrik, tıbbi ve klinik olmayan gruplar arasında davranış ve yaşam tarzı yönetiminde öz yeterliliği artırarak çok çeşitli yararlı psikolojik ve fiziksel sonuçlara yol açtığını göstermektedir [58,368]. Duygu ve düşüncelere dair farkındalıkta artış, zor anlarda sakin kalabilmek, daha iyi bir dinleyici olmak, empati, duygu düzenleme, stres ve zorlukları yönetebilmenin yanı sıra kaygı, öfke, bunun dışındaki birçok zorlayıcı durum ve duygularla beraber kalabilmek, duyguları düzenleyebilmek, yaşamsal zorlukları kabul edebilmek ve iyilik halini sağlayabilmek gibi hem özel hem de çalışma hayatında ihtiyaç duyulan birtakım becerilerin gelişimini de desteklemektedir [56,351]. Ayrıca duygu, düşünce ve duyumlara yönelik otomatik davranışsal ve bilişsel tepkilerin duygusal sıkıntıya neden olabileceğine dair farkındalığı artırarak duygusal refahı geliştirmektedir [90]. BFTSAP'nın sıkıntı veren olaylarla ilgili bireylerin algılarını değiştirerek yardım ettiği ve yaşamları üzerinde kontrol sahibi olmalarını sağladığı, olumsuz duygulanımı azalttığı, olumlu duygulanımı arttırdığı ve başa çıkmayı iyileştirdiği belirtilmektedir [90,362]. Çalışma bulguları, hem ruhsal hem de fiziksel semptomları hafifletmek için BFTSAP ve MBCT'nin kanser, kardiyovasküler hastalık, kronik ağrı, depresyon, anksiyete bozukluklarının tedavisinde tamamlayıcı tedavi olarak ve sağlıklı yetişkinlerde, çocuklarda önleme programı olarak kullanılmasını desteklemektedir [369]. Ayrıca literatür kendine (fiziksel ve duygusal olarak) daha iyi bakabilme, ilişkiler, yaratıcılık, anlam verme, yeme alışkanlıkları, yaşam doyumu, benlik saygısı, özerklik duygusu, yeterlilik, iyimserlik, farkındalık, refah duygusu, ruminasyon, travma sonrası kaçınma semptomları, affetme, öz şefkat, hafıza, psikolojik dayanıklılık, bağışıklık sistemi, rahatlama ve gevşeme, dikkat kontrolü, duygusal zeka, bilişsel esneklik, duygusal esneklik, bilişsel difüzyon üzerinde olumlu etkilerinin olduğunu belirtmektedir [57,211,346,349,353,354,358,359,365,370]. BFTSAP'nın ağrı şiddeti algısında azalma, ağrı veya sıkıntıyı tolere etme yeteneğini, tıbbi tedaviye uyumu, sağlıklı yaşam tarzı değişiklikleri için motivasyonu arttırdığı ve sosyal bağlılığı da olumlu etkilediği bildirilmektedir [57,90]. Ayrıca depresyon, anksiyete, stres, uykusuzluk, bağımlılık, psikoz, ağrı, hipertansiyon, kilo kontrolü, kanserle ilgili semptomlar ve toplum yanlısı davranışlar dahil olmak üzere birçok biyopsikososyal durumu iyileştirmede etkili olduğu, sağlık ortamları, okullar ve iş yerlerinde kullanımının yararlı olduğu bildirilmektedir. Bazı sağlık durumlarının tedavisinde de maliyet etkinliği sağladığı belirtilmektedir [371]. Yapılan bir sistematik derlemede MBCT ve BFTSAP müdahalelerinin ruminasyon/endişe, stres/psikolojik sıkıntı, depresyon ve kaygıyı azalttığı, yaşam kalitesi/iyilik halini geliştirdiğini vurgulamaktadır [373]. Yapılan

sistematiik derleme ve metanalizlerde BFTSAP'ın sağlıklı gruplarda stres, kaygı, depresyon ve yaşam kalitesini olumlu etkilediği ve sonuçların 19 haftalık takipte korunduğu [374], ruh sağlığı sonuçları üzerinde orta ve tutarlı bir pozitif etkiye sahip olduğu, kişisel gelişim ve yaşam kalitesinin farklı yönlerini ölçen sonuçları iyileştirdiği, somatik sağlık sonuçlarını etkilediği vurgulanmaktadır [375]. Kanıtlar BFTSAP'nın stres [376-380], anksiyete [381-383], depresyon [377-379] ve yorgunluğu azalttığı [377], kan basıncını düşürdüğü [384], farkındalık [382,385], tedaviye uyum [382] ve öz-yeterliliği arttırdığı [378], yalnız yaşayan yaşlı yetişkinlerde bağışıklığı [386] ve psikolojik iyi oluşu arttırdığı [380], meme kanseri ve menapozda olan kadınların uyku kalitesini iyileştirdiği, sıcak basmalarını ve gece terlemelerini hafiflettiği, olumlu beden imgesini arttırdığını [387] göstermektedir. Ayrıca alışma bulguları BFTSAP'nın şizofreni hastalarında umut düzeyini, psikolojik iyilik halini ve işlevsel iyileşmeyi arttırdığı, stresi ve olumsuz duygulanımı azalttığını göstermektedir [388,389].

Nörobilim alanında, BFTSAP'nın beyin dokusunun yoğunluğunda artma gibi yapısal ve sinirsel bağlantılarda artış gibi işlevsel değişikliklere neden olduğu vurgulanmaktadır [345,349,351,354,390]. Literatür ayrıca stres tepkisinin aktivasyonundan sorumlu olan amigdalanın boyut ve aktivasyonda azalma olduğunu bildirmektedir [58]. Bir meta analizde bilinçli farkındalık uygulamalarının farkındalık, beden imgesi, duygu düzenleme, öğrenme ve hafıza üzerinde etkileri olan sekiz beyin bölgesinde olumlu değişikliklere neden olduğu ortaya konulmaktadır [391]. BFTSAP'nın beyin üzerindeki etkilerinin incelendiği bir sistematiik derlemede, prefrontal korteks (yönetici karar verme, kabul, yeniden algılama ve dikkat ile ilişkili), singulat korteks (dikkat, motivasyon ve motor kontrolün entegrasyonu ile ilişkili), insula (i organlarla ilgili hisler, denge, kalp ve solunum hızları ve benlik algıları ile ilişkili) ve hipokampus bölgelerinin aktivite, bağlantı ve hacminde artış olduğunu, amigdalanın fonksiyonel aktivitesinin azaldığını, prefrontal korteks ile fonksiyonel bağlantısının geliştiğini ve duygusal uyaranlara maruz kaldıktan sonra daha erken devre dışı kaldığı gösterilmektedir [392]. Korteks ve insula normalde yirmi yaşından sonra bozulmaya başladığı için, bilinçli farkındalığın yaşlanmaya bağlı kayıpların bir kısmını telafi etmeye yardımcı olabileceği belirtilmektedir [345]. Telomer, hücressel replikasyonu destekleyen DNA zincirlerinin sonundaki koruyucu protein başlıklardır ve boyutunun kısılması sağlığın kötüleşmesi ve erken ölüme neden olmaktadır. Yapılan alışmalar, bilinçli farkındalık uygulamalarının, telomerlerin kısılmasını önlediğini [393] ve telomeraz (her bölünme ile kısalan telomer uçlarının korunmasını sağlayan enzim) enzimini arttırdığını göstermektedir [394]. Farkındalık temelli müdahalelerin değişimi nasıl etkilediği tam olarak bilinmemekle birlikte farklı mekanizmalar aracılığıyla etki gösterdiği düşünölmektedir. Literatürde önerilen olası mekanizmalardan bazıları üstbilişsel farkındalık, yeniden algılama, azalan ruminasyon, maruz kalma, bilişsel değişim, öz düzenleme ve öz-yönetim, duygusal, bilişsel ve davranışsal esneklik, gevşeme, kabullenme, değerlerin netleştirilmesi ve dikkat kontrolüdür

[57,90,346,354,359]. BFTSAP'nın birçok ruhsal ve fiziksel hastalık için tutarlı etkinlik gösterdiği, ancak sağlıklı bireylerdeki olası etkilerine yeterince önem verilmediği, daha uzun takip süresini içeren çalışmalar ve çevrimiçi farkındalık eğitimleri ve müdahaleleri hakkında daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulduğu vurgulanmaktadır [90,371].

2.4.4. Bakım Veren Bireylerin Desteklenmesinde Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Kullanılması

Bakım verenin içsel deneyimini hedef alabilen müdahaleler, en az bakım saatlerini azaltan müdahaleler kadar etkili olabilir. Yaşamdaki kaçınılmaz zorluklara nasıl tepki verdiğimizizi değiştirebilen temel bir psikolojik süreç olan BFTSAP bakım verenleri destekleyebilecek umut verici bir müdahaledir [162]. Bakım verenler sıklıkla pek çok zorlayıcı duygu ve durumlar yaşamakta ve hem fiziksel hem de psikososyal ihtiyaçlarını ihmal edebilmektedirler. Buna bağlı fiziksel ve ruhsal hastalık yaşayabilirler. BFTSAP kullanılması bakım vermenin duygusal zorluklarını yönetmelerinde destek sağlayabilir ve kişisel bakımlarını teşvik edebilir [8,57,90,162]. Literatürde BFTSAP'nın, bakım verenlerde bakım davranışlarını arttırdığı bilinen empatik ilgi (diğer kişinin duygusal durumunu paylaşmadan diğer kişinin iyiliğiyle ilgilenmek) veya sempatiyi geliştirdiği belirtilmektedir. Bu durum bakım veren ve hasta birey arasındaki ilişkilerin sağlığına doğrudan katkıda bulunmaktadır [301,370]. BFTSAP bakım verme stresiyle başa çıkmak için çok önemli araçlar sağlayabilir [162,301]. Ayrıca bakım verenlerle yapılan bir çalışmada, daha yüksek farkındalık düzeylerinin olumlu zihinsel ve fiziksel sağlık sonuçları ile ilişkili olduğu gösterilmektedir [372]. Pagnini ve ark. (2015) yaptığı çalışmada da farkındalığın bakım vermenin olumsuz etkilerine karşı önleyici bir faktörü temsil edebileceği vurgulanmaktadır [395]. Literatürde demans [44,60,396-399], madde bağımlılığı, kanser [372,400-402], allojenik hematopoietik hücre nakli [403], parkinson [404], otizm spektrum bozukluğu [405], ruhsal hastalığı olan bireyler [406], palyatif [407], yaşlı yetişkinler [408], ruhsal hastalığı olan çocuk ve ergenlere [409], bakım verenlerde BFTSAP'nın uygulandığı çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmalarda bakım verenlerde yaşam memnuniyeti, stresle başa çıkma becerisi [60,399], kişilerarası etkileşim, genel fiziksel sağlık [399], yaşam kalitesi [398,401,410], farkındalığın arttığı [401,410-412], ruh sağlığının geliştiği [410], algılanan stres [396,408,413], depresif belirtiler [396,408] ve yalnızlığın azaldığı [408] belirtilmektedir. Psikoz hastalığı olan bireylere bakım verenlerde ise literatürde sınırlı sayıda çalışma bulunmaktadır [64,65,406].

3. MATERYAL ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı, Tipi ve Hipotezleri

Bu araştırma, psikotik hastalığı olan bireylere bakım veren ailelere uygulanan Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'nın ruhsal durum ve bakım yüküne etkilerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Bu araştırma, tek merkezli, prospektif (ön test-son test-1. ay ve 3. ay takip), iki kollu (1:1), randomize kontrollü deneysel tasarımda yapılmış longitudinal bir araştırmadır. Araştırmanın deneysel kaydı prospektif olarak ClinicalTrials.gov adresinden yapılmış olup NCT05245305 numarası alınmıştır. Sosyal ve psikolojik müdahalelerin kullanıldığı randomize çalışmaların raporlanmasında yararlanılan CONSORT-SPI 2018 kontrol listesi kullanılmıştır [414,415].

Bu araştırmanın hipotezleri aşağıda belirtilmiştir:

1. **H₀:** BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında durumluk kaygı puanları açısından fark yoktur.
H₁: BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında durumluk kaygı puanları açısından fark vardır.
2. **H₀:** BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında sürekli kaygı puanları açısından fark yoktur.
H₁: BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında sürekli kaygı puanları açısından fark vardır.
3. **H₀:** BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında umutsuzluk puanları açısından fark yoktur.
H₁: BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında umutsuzluk puanları açısından fark vardır.
4. **H₀:** BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında öz şefkat puanları açısından fark yoktur.
H₁: BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında öz şefkat puanları açısından fark vardır.
5. **H₀:** BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında bakım yükü puanları açısından fark yoktur.
H₁: BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında bakım yükü puanları açısından fark vardır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırmanın Yeri: Araştırma Mersin Toros Devlet Hastanesi Hüseyin Dağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Toros Devlet Hastanesi Merkez Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde yapılmıştır. Hüseyin

Dağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi 2012 tarihinden itibaren hizmet vermektedir. Kurumdan 453 kayıtlı danışan hizmet almaktadır. Kurumda beş hemşire, bir hekim, bir psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanı, bir tıbbi sekreter, bir güvenlik, bir temizlik personeli ve halk eğitim merkezinden gelen dört uğraşı eğitmeni görev yapmaktadır. Araştırmanın yapıldığı süreçte, psikotik hastalığı olan bireylerin ailelerine yönelik kurum tarafından yapılan rutin aile eğitimi pandemiden dolayı yapılamamıştır. Toros Devlet Hastanesi Merkez Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ise 2015 tarihinde hizmet vermeye başlamıştır. Kurumdan 465 kayıtlı danışan hizmet almaktadır. Toros Devlet Hastanesi Merkez Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde beş hemşire, bir hekim, bir psikolog ve bir sosyal hizmet uzmanı, bir güvenlik, bir temizlik personeli ve halk eğitim merkezinden gelen üç uğraşı eğitmeni görev yapmakta olup psikotik hastaların ailelerine yönelik rutin bir aile eğitimi yapılmamaktadır.

BFTSAP, COVID-19 pandemisi nedeniyle Toplum Ruh Sağlığı Merkezlerinde sosyal mesafenin korunabileceği yeterli büyüklükte alan olmaması, yorgunluk gibi bakım kaynaklı sorunlar, mesafe, ulaşım eksikliği, damgalanma gibi durumlar dikkate alınarak zaman tasarrufu, ulaşım kolaylığı sağlaması ve ekonomik olması bakımından çevrimiçi olarak zoom platformu üzerinden uygulanmıştır.

Araştırmanın Zamanı: Araştırma verileri Ocak 2022 tarihinde toplanmaya başlanmıştır. BFTSAP aile üyelerine Şubat-Mayıs 2022 tarihleri arasında uygulanmıştır. Programın on bir oturumdan oluşması, birinci ve üçüncü aylarda izlem testi uygulanmasından dolayı araştırma Ocak 2022-Eylül 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, Mersin Toros Devlet Hastanesi Hüseyin Dağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Toros Devlet Hastanesi Merkez Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'ne kayıtlı DSM 5'e göre psikotik hastalığı olan danışanların aile üyeleri (N=408) oluşturmuştur.

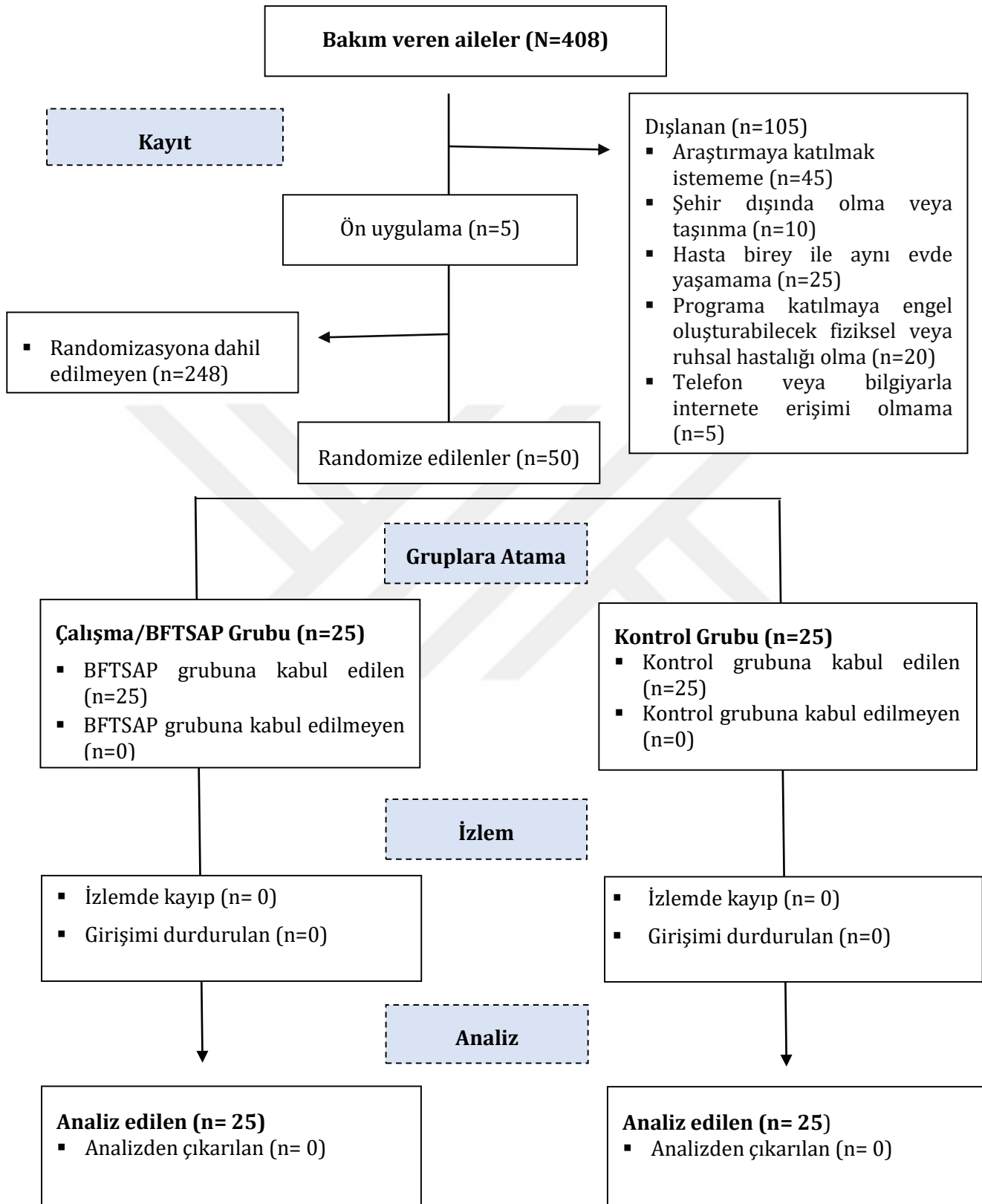
Araştırmanın dahil edilme ve dışlama kriterlerine uyan ve araştırmacının ulaşabildiği belirtilen toplum ruh sağlığı merkezlerinden hizmet alan psikotik hastalığı olan danışanların aileleri araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. İki grup dört tekrarlı çalışma deseninde araştırmaya benzeyen bir çalışma bulunamadığı için araştırmadan bağımsız bir biyoistatistik uzmanı tarafından çalışma sonu elde edilen veriler kullanılarak G*Power 3.0.10 programı yardımıyla güç analizi yapılmıştır. Çalışma grubu 25 kontrol grubu 25 olmak üzere 4 tekrarlı çalışma deseninde, %5 Tip 1 hata ve 0.18 etki büyüklüğü ile çalışmasının gücü %89.7 olarak hesaplanmıştır (Tablo 3.3.1). Bu da ulaşılan örneklem sayısının yeterli olduğunu göstermektedir.

Tablo 3.3.1. G*Power analiz tablosu

F tests - ANOVA: Repeated measures, within-between interaction		
Analysis:	Compute achieved power	
Input:	Effect size f	= 0.18977
	α err prob	= 0.05
	Total sample size	= 50
	Number of groups	= 2
	Repetitions	= 4
	Corr among rep measures	= 0.5
	Nonsphericity correction ϵ	= 1
Output:	Noncentrality parameter λ	= 14.405061
	Critical F	= 2.667443
	Numerator df	= 3.000000
	Denominator df	= 144
	Power (1- β err prob)	= 0.896542

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde, 45'inin araştırmaya katılmak istememesi, 10'unun şehir dışına taşınmış olması, 25'inin hasta birey ile aynı evde yaşamaması, 20'sinin programa katılmaya engel oluşturabilecek fiziksel veya ruhsal hastalığı olması, 5'inin telefon veya bilgisayarla internete erişimi olmamasından dolayı 105 aile bireyi örnekleme dahil edilmemiştir (Şekil 3.3.1.). Araştırma kriterlerine uyan 298 aile içerisinde random olarak her aileden bir aile üyesi olmak üzere 50 katılımcı seçilmiştir.

Şekil 3.3.1. Araştırma Deseni (CONSORT Akış Diyagramı)



Örneklem Özellikleri

Bu araştırmanın dahil edilme, dışlanma ve çıkarılma kriterleri Tablo 3.3.2.' de yer almaktadır.

Tablo 3.3.2. Araştırmaya dahil edilme ve araştırmadan dışlanma/çıkarılma kriterleri

Dahil Edilme Kriterleri	Dışlanma Kriterleri	Çıkarılma Kriterleri
-Anadili Türkçe olan, -18 yaşından büyük olan, -Araştırmaya katılmadan önce yazılı onam veren, -Araştırmanın yapıldığı tarihlerde ilgili kurumlardan hizmet alan, -Hasta birey ile aynı evde yaşayan ve hasta bireyin evde bakımını üstlenen primer bakım veren, -Telefon veya bilgisayarla internete erişimi olan bireyler -Programa katılmaya engel oluşturabilecek fiziksel veya ruhsal hastalığı olmayan bireyler.	-Araştırma öncesinde BF temelli bir meditasyon deneyimi olan, -Zihin-beden uygulamaları ile ilgili pratiği olan bireyler.	-On bir oturumu farklı nedenlerle tamamlayamayan ve yarım bırakmak zorunda kalan (hastalık, taşınma vb.), -Programa başladıktan sonra, programa katılmasını engelleyecek sağlık sorunlarının ortaya çıkması, -Program'ın %80'inden daha azına katılan, -Programdan kendi isteği ile ayrılan bireyler.

3.3.1. Randomizasyon ve Körleme

Araştırmada girişimin ve kullanılan yöntemin doğası gereği araştırmacı ve ailelerin körlemesi yapılamamıştır fakat seçim yanlılığını önlemek için randomizasyon yapılmıştır. Araştırma kriterlerine uyan 303 aileden örneklemi oluşturacak 50 katılımcının seçimi için öncelikle Mersin Toros Devlet Hastanesi Hüseyin Dağlı Toplum Ruh Sağlığı Merkezi ve Toros Devlet Hastanesi Merkez Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde çalışan birer hemşire tarafından ailelerin isimleri alfabetik olarak sıralanmıştır. Listede yer alan her aile bireyinin karşısına rakam ilgili hemşireler tarafından yazılmıştır. Örneklemi temsil edecek 50 aile bireyi araştırmada yer almayan bağımsız bir biyoistatistik uzmanı tarafından bilgisayar ortamında <https://www.randomizer.org/> programı kullanılarak çalışma (A) ve kontrol (B) gruplarına atanmıştır (EK-1). Belirlenen 50 katılımcının sıra numarası kurumda çalışan hemşirelere bildirilmiş ve bu numaralara karşılık gelen katılımcının ismi ve soy ismi araştırmacıya verilmiştir. Araştırma örneklemine alınan katılımcıların randomizasyon tablosuna göre A ve B grubuna atandığını gösteren bilgi opak bir zarfa konulmuştur. Bu zarf koordinatör araştırmacı (SY) tarafından saklanmıştır. Araştırma kapsamına alınan ailelere programı uygulayacak olan araştırmacı (MB), aile bireyinin yanına gittiğinde ön test uygulamış sonrasında koordinatör araştırmacı ile iletişime geçerek katılımcının hangi grupta yer aldığını öğrenmiştir. Programı uygulayacak olan araştırmacı (MB), araştırmanın doğası gereği randomizasyon ve gruplara atama ile araştırma verilerinin analizinde körlenmiştir. Sonuç ölçümlerinde yanlılığı önlemek için verilerin istatistiksel değerlendirme sürecinde önlem alınmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde

yanlılığı önlemek için verilerin istatistiksel analizleri araştırmada yer almayan bağımsız bir biyoistatistik uzmanı tarafından yapılmıştır.

3.4. Araştırmanın Bağımlı ve Bağımsız Değişkenleri

Bu araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.4.1. Araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri

Bağımlı değişkenler	Bağımsız değişken
Durumluk-sürekli kaygı puanı	Bilinçli Farkındalık temelli Stres Azaltma Programı
Umutsuzluk puanı	
Öz şefkat puanı	
Bakım yükü puanı	

3.5. Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada veri toplama aracı olarak Kişisel Bilgi Formu, Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği, Beck Umutsuzluk Ölçeği, Öz Şefkat Ölçeği-Kısa Formu ve Zarit Bakıcı Yükü Ölçeği kullanılmıştır (EK-2).

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu: Literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından hazırlanan formda açık uçlu ve çoktan seçmeli sorular yer almaktadır [396,406,408,416-418]. Bu form, bakım verenin yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim, çalışma durumu, gelir durumu, sosyal güvence, aile yapısı, hasta ile yakınlık derecesi, hasta ile birlikte yaşanan süre ve bakım verme süresi ile ilgili on bir ve hasta bireyin yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum, hastalık süresi, çalışma durumu, hastalık belirtilerinin görülme sıklığını içeren ifadelerin yer aldığı yedi soru olmak üzere toplam on sekiz sorudan oluşmaktadır.

3.5.2. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği (DSKÖ): Durumluk ve sürekli kaygı değişkenlerini ölçmek için Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirliği Öner ve Le Compte (1985) tarafından yapılmıştır. Ölçek Durumluk Kaygı Ölçeği (DKÖ) ve Sürekli Kaygı Ölçeği (SKÖ) olmak üzere iki bölümden oluşmaktadır. DKÖ bireyin belli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini; SKÖ ise, bireyin genellikle nasıl hissettiğini belirlemek üzere tasarlanmıştır. Ölçekler 20'şer sorudan oluşan ve 4'lü likert tipi ölçeklerdir. DKÖ (1) hiç, (2) biraz, (3) çok, (4); SKÖ (1) hemen hemen hiçbir zaman, (2) bazen, (3) çok zaman, (4) her zaman olarak derecelendirilmektedir. Her iki ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Ölçekte doğrudan ve tersine çevrilmiş ifadeler bulunmaktadır. Doğrudan ifadeler olumsuz duyguları, tersine çevrilmiş ifadeler ise olumlu duyguları belirtmektedir. DKÖ'de 10 (1., 2., 5., 8., 10., 11., 15., 16., 19. ve 20. maddeler) SKÖ'de ise 7 (21., 26., 27., 30., 33., 36. ve 39. maddeler) ters kodlanan ifade bulunmaktadır. Kaygı puanının hesaplanmasında bir anahtarla doğrudan ifadelerin, ikinci bir anahtarla da tersine dönmüş

ifadelerin toplam ağırlıkları hesaplanmaktadır. Doğrudan ifadeler için elde edilen toplam puandan, tersine dönmüş ifadeler için elde edilen toplam puan çıkarılıp, önceden saptanmış değişmeyen değerler eklenerek durumluk ve sürekli kaygı puanları elde edilmektedir. Bu sabit değer, durumluk kaygı değişkeni için 50, sürekli kaygı değişkeni için ise 35'tir. Elde edilen son değer, katılımcının kaygı puanını vermektedir. DSKÖ puanlama derecelerine bakıldığında; 0-19 puan normal anksiyete, 20-39 puan hafif düzeyde anksiyete, 40-59 puan orta düzeyde anksiyete, 60-79 puan ağır anksiyete, 60 ve üstü profesyonel yardım gereksinimi olduğunu göstermektedir. Öner ve Le Compte yaptığı çalışmada DKÖ'nin güvenilirliğinin 0.94 ile 0.96 arasında; SKÖ'nin güvenilirliğinin ise 0.83 ile 0.87 arasında olduğu belirtilmektedir [419]. Bu araştırmadaki ölçümlerde DKÖ'nün Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.92-0.97 arasında olduğu, SKÖ ise Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.91-0.98 arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 3.5.1.)

3.5.3. Beck Umutsuzluk Ölçeği (BUÖ): BUÖ bireyin geleceğe yönelik umutsuzluk düzeyini belirlemek amacıyla Beck ve ark. tarafından 1974 yılında geliştirilmiştir [194]. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği Seber ve ark. (1993) tarafından yapılmıştır. Daha sonra fiziksel ve ruhsal hastalığı olan bireylerin de dahil edildiği geniş bir örneklem kullanılarak Durak (1994) tarafından yapılan geçerlilik güvenirlik çalışmasında ruhsal hastalığı olmayan, psikiyatrik ve kronik-fiziksel hastalığı olan bireylerde umutsuzluğu ölçmek için geçerli ve güvenilir olduğu belirtilmiştir [417]. Ölçek 20 maddeden oluşmakta ve maddeler evet ya da hayır şeklinde cevaplanmaktadır. 1, 3, 5, 6, 8, 10, 13, 15 ve 19. 24 sorularda "hayır"; 2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18 ve 20. sorulara ise "evet" yanıtı için birer puan verilmektedir. Toplam "umutsuzluk puanı", her bir maddeden alınan puanların toplamıdır. Bu nedenle, ölçeğin puan aralığı 0-20 arasında değişmektedir. Alınan puanların yüksek olması bireydeki umutsuzluğun yüksek olduğunu göstermektedir [194]. Ölçek "Gelecek ile İlgili Duygular ve Beklentiler", "Motivasyon Kaybı", "Umut" olmak üzere üç alt boyuttan oluşmaktadır [420]. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı yapılan çalışmalarda Beck ve ark. (1974) 0.93 [194]; Seber ve ark. (1993) 0.86 [421], Durak ve ark. (1994) 0.85 [420] olarak belirtilmektedir. Bu araştırmada ölçümler sırasında BUÖ ve alt boyutlarına ait Cronbach alpha güvenirlik katsayıları Tablo 3.5.1.'de gösterilmektedir.

3.5.4. Öz Şefkat Ölçeği (ÖŞÖ)-Kısa Formu: Raes ve ark. (2011) tarafından geliştirilen ÖŞÖ-Kısa Formu 12 maddeden ve 6 alt boyuttan (öz duyarlılık, kendini yargılama, ortak insanlık deneyimi, izolasyon, bilinçli farkındalık ve aşırı özdeşleşme) oluşmaktadır. 5'li likert tipi bir derecelendirmesi olan ölçekte derecelendirme; nerdeyse hiçbir zaman (1), nadiren, ara sıra, çoğu zaman, neredeyse her zaman (5) şeklindedir [419]. Alt boyutlar, her bir alt boyut maddelerinin ortalamasının alınmasıyla hesaplanmaktadır. Toplam öz-şefkat puanını hesaplamak için, "kendini yargılayıcılık", "sosyal yalıtılmışlık" ve "aşırı özdeşleşme" alt ölçek maddeleri ters kodlanmaktadır. (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1). Daha sonra bütün maddelerin ortalaması alınarak öz-

şefkat düzeyi hesaplanmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça öz şefkat düzeyi artmaktadır [422,423]. Ancak öz-şefkat alt boyutlar bazında ele alınacaksa; ölçeğin farklı çevirilerdeki faktör yapısına ilişkin tutarsızlıklar göz önünde bulundurarak veri setinde doğrulayıcı faktör analizi yapılması önerilmektedir [422,423]. Bu araştırmada toplam öz şefkat puanı kullanılmıştır. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı yapılan çalışmalarda Raes ve ark. (2011) 0.86 [422], Kantaş ve ark. (2013) 0.94 [423], Solmaz ve ark. (2018) 0.92 [424] olarak bildirilmektedir. Bu araştırmada ÖŞÖ-Kısa Formu'nun Cronbach alpha güvenirlik katsayısı 0.89-0.98 arasında olduğu saptanmıştır (Tablo 3.5.1.)

3.5.5. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği (ZBYÖ): ZBYÖ, Zarit ve ark. tarafından 1980 yılında ilk olarak demans hastalarına bakım verenler için geliştirilmiştir. Daha sonra şizofreni hastalarına bakım verenlerin yaşadığı sıkıntıyı değerlendirmek amacıyla da kullanılmıştır [425]. Özlü ve ark. (2009) tarafından Türkçe'ye çevrilerek şizofreni hasta yakınlarında geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır [426]. Orijinal şekli 22 maddeli olan ölçeğin, Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasında faktör yükü 0.50'den düşük olan 3 madde çıkartılmıştır. Türkçe ölçek 19 maddeden oluşmaktadır [426]. Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük, bağımlılık olmak üzere beş alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçek asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde 1'den 5'e kadar değişen Likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının yüksek olduğunu göstermektedir. Ölçekten alınabilecek minimum puan 22, maksimum puan 110'dur [425,426]. Ölçeğin puanlama derecelerine bakıldığında, 22-46 puan aralığı hafif yük, 47-55 puan aralığı orta derecede yük, 56-110 puan aralığı şiddetli yükü göstermektedir. Ölçeğin iç tutarlılık katsayısı yapılan çalışmalarda Zarit ve ark. (1980) 0.90 [425]; Özlü ve ark. (2009) 0.83 [426] olarak belirtilmektedir. Bu araştırmada ölçümler sırasında ZBYÖ ve alt boyutlarına ait Cronbach alpha güvenirlik katsayıları Tablo 3.5.1.'de gösterilmektedir.

Tablo 3.5.1. Veri toplama formunda kullanılan ölçeklerin Cronbach alpha katsayıları

Ölçekler	n	Cronbach- α katsayısı			
		Ön test	Son test	1.ay takip	3.ay takip
Durumluk-Süreklilik Kaygı Ölçeği					
<i>Durumluk kaygı</i>	20	0.929	0.967	0.972	0.975
<i>Süreklilik kaygı</i>	20	0.915	0.968	0.978	0.980
Beck Umutsuzluk Ölçeği					
<i>Gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler</i>	5	0.835	0.908	0.917	0.935
<i>Motivasyon kaybı</i>	8	0.746	0.897	0.932	0.954
<i>Umut</i>	7	0.816	0.873	0.884	0.894
BUÖ – Toplam	20	0.909	0.955	0.966	0.973
Öz Şefkat Ölçeği - Kısa Formu	12	0.893	0.968	0.982	0.983
Zarit Bakıcı Yük Ölçeği					
<i>Ruhsal gerginlik/özel yaşamın bozulması</i>	7	0.907	0.940	0.938	0.938
<i>Sinirlilik ve kısıtlanmışlık</i>	3	0.709	0.774	0.796	0.811
<i>Toplumsal ilişkilerde bozulma</i>	3	0.748	0.836	0.803	0.777
<i>Ekonomik yük</i>	4	0.701	0.723	0.759	0.782
<i>Bağımlılık</i>	2	0.725	0.783	0.828	0.801
ZBYÖ – Toplam	19	0.915	0.954	0.955	0.956

3.6. Verilerin Toplanması

3.6.1. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Hazırlanması ve Oturumların Planlanması

Araştırmacı program hazırlığına başlamadan önce Mindfulness Institute tarafından verilen Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı'na katılmıştır. Ayrıca programı uygulamaya başlamadan önce Mindfulness Institute tarafından verilen Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR) Eğitimci Eğitimi Programı'nı ve School of Compassion tarafından verilen Öz Şefkatli Farkındalık Eğitimi'ni tamamlamıştır. Araştırmacının aldığı eğitimler ekte belirtilmektedir (EK-5). Araştırmacı programın hazırlanması ve oturumların planlanmasında literatürden [56,360,364,427-429] ve almış olduğu BFTSAP ve MSC eğitimlerinden yararlanmıştır. Standart BFTSAP, haftalık 2-2,5 saatlik grup oturumlarını ve programın 5. veya 6. haftasında 5-6 saat süren bir sessizlik gününü içerecek şekilde 9 haftalık yapılandırılmış grup temelli bir programdır. Araştırmacı, bireylerin sorunlarına uyumunu en üst seviyeye çıkarmak için sekizinci oturumdan sonra oturumları şekillendirmeye karar verebilir. Bu kapsamda dokuzuncu ve onuncu oturum bakım verenlerin gereksinimleri dikkate alınarak kendi bakımına özen gösterme oturumları öz şefkat odaklı ve iki hafta olarak planlanmıştır. Bu doğrultuda çalışma grubuna uygulanan program on bir hafta ve grup oturumları 2-2.5 saat sürecek şekilde oluşturulmuştur. Program, interaktif bir program olup, içerisinde grup etkileşimleri, grup içerisinde yapılan uygulamalara ilişkin deneyim paylaşımları yer almaktadır. Program içeriğinde; kuru üzüm egzersizi, beden taraması, oturma meditasyonu, yürüme

meditasyonu, görme meditasyonu, dağ meditasyonu ve sevgi dolu nezaket meditasyonu gibi uygulamalara yer verilmiştir (EK-3) Ayrıca katılımcıların program süresince formal ve informal uygulamalara ilişkin deneyimlerini yazacakları, içerisinde ev uygulamaları, farkındalıkla ilgili hikaye ve şiirlerin yer aldığı katılımcı kitapçığı oluşturulmuştur. Bu kitapçıkta yer alan uygulama formları ekte yer almaktadır (EK-4). Katılımcıların evde her gün 45 dakika farkındalık meditasyonu yapmaya teşvik edilmiş ve ev uygulamalarında yapacakları meditasyonlara ait ses kayıtları araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Program içeriğine ilişkin ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliğinde uzman beş öğretim üyesinden uzman görüşü alınmıştır.

3.6.2. Ön Uygulama

BFTSAP çalışma grubuna uygulanmadan önce, programın psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde işlerliğini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından beş kişilik bir grup ile Ocak 2022-Şubat 2022 tarihleri arasında haftada iki oturum yapılarak zoom platformu üzerinden çevrimiçi ön uygulama yapılmıştır. Veri toplama araçları uygulama öncesinde ve sonrasında uygulanmıştır. Ön uygulama sonucunda elde edilen sonuçlar doğrultusunda programın içeriğinde herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Ön uygulamaya alınan aileler araştırma kapsamına alınmamıştır.

3.6.3. Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Uygulanması

Araştırmanın yürütülebilmesi için gerekli izinlerin alınmasından sonra; dahil etme kriterlerine uyan ilgili toplum ruh sağlığı merkezine kayıtlı danışanların aileleri ile kurumda görüşülmüş veya aileler telefon ile aranmış, araştırmayla ilgili bilgi verilmiş ve araştırmaya katılmayı kabul eden ailelerin iletişim bilgileri alınmıştır. Randomizasyon sonrasında araştırmacı, grup dinamiklerini sağlayabilmek, grup üyeleriyle iletişimde kalabilmek, araştırmacının üyelere hatırlatmalar yapabilmesi ve oturum gün ve saatlerinin belirlenebilmesi amacıyla, çalışma grubunda yer alan ailelerle WhatsApp uygulamasında grup kurulmuştur.

3.6.4. Çalışma Grubunda Uygulama Basamakları

Oluşturulan BFTSAP Şubat-Mayıs 2022 tarihleri arasında ailelere, 2-2.30 saat, online olarak uygulanmıştır. Program bittikten sonra (son test), 1. ve 3. aylarda izlem ölçümleri alınmıştır. Tüm oturumlar her bir katılımcıdan izin alınarak kayıt edilmiştir. Programa katılmada sorun yaşayan ya da oturum saatinde uygun olmayan ailelere oturumun kaydı gönderilmiş ve oturumları izleme durumlarına ilişkin ailelerden geri bildirim alınmıştır. Her bir oturumun teması olup, bu tema doğrultusunda teorik anlatım, psikoeğitim verilmiş, kısa hikayeler ve şiirler okunmuş bu doğrultuda duygu ve düşünceleri alınmış ve formal uygulamalar yapılmıştır. Uygulamalar sonrası katılımcıların deneyimlerinin daha ayrıntılı incelenmesi ve deneyime ilişkin farkındalığı derinleştirmek amacıyla keşfedici sorular sorulmuştur. Her bir oturum

tamamlanmadan önce katılımcılara bir sonraki haftaya kadar yapmaları istenen ev ödevleri ve katılımcı kitapçığında doldurmaları gereken alanlar hatırlatılmıştır. Her hafta o güne ilişkin oturuma başlamadan önce, araştırmacı katılımcıları deneyimlerini paylaşmaya davet ederek haftalık ev uygulamalarını gözden geçirmiştir. Bu sayede, araştırmacı ailelerin BFTSAP'na uyumu, karşılaştıkları zorluklar ve çözüm yollarını takip etmiştir.

3.6.5. Kontrol Grubunda Uygulama Basamakları

Kontrol grubunda yer alan aileler Şubat-Mayıs 2022 tarihleri arasında BFTSAP'na katılmayıp, günlük yaşamlarına devam etmiştir. Veriler, çalışma grubu ile aynı zamanlarda (ön-test, son test, 1. ay ve 3. ay) yüz yüze görüşme yöntemi kullanılarak toplanmıştır.

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırma verileri, SPSS 27 (IBM SPSS Statistics 27) paket programı kullanılarak uygun istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı verilerin analizinde frekans, yüzde, ortalama ve standart sapma, medyan kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun ölçüm değerleri için iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) kullanılmıştır. Normal dağılıma uygun olmayan ölçüm değerleri için iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2 -tablo değeri) yöntemi kullanılmıştır. İki kategorik değişkenin karşılaştırılmasında "Pearson- χ^2 " testi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olan iki sürekli değişkenin ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson" korelasyon katsayısı; en az birinin normal dağılım göstermediği durumlarda ise "Spearman" korelasyon katsayısı kullanılmıştır. Etki büyüklüğü ise Cohen's d değeri ile belirlenmiştir. Genel olarak; d değerinin 0.2'den küçük olması zayıf, 0.5 olması orta ve 0.8'den büyük olması ise kuvvetli etki büyüklüğü olarak tanımlanmaktadır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak alınmıştır. Çift yönlü ve tek yönlü varyans analizinin değerlendirilmesinde etki değeri olarak kısmi eta kare (partial eta square (η^2)) kullanılmıştır. Genel olarak; kısmi eta kare değerinin 0.01'den küçük olması etki büyüklüğünün zayıf, 0.06 olması orta ve 0.14'den büyük olması ise kuvvetli olduğunu göstermektedir.

3.8. Araştırmanın Güçlü Yönleri ve Sınırlılıkları

Araştırmanın güçlü yönleri arasında program içeriğinin bakım verenlerin gereksinimlere özgü eklettik bir biçimde hazırlanması, aile üyeleriyle iletişimin devamlılığın sağlanması ve bu doğrultuda araştırmadan ayrılan bireylerin olmaması yer almaktadır. Aynı zamanda araştırmanın birkaç sınırlılığı da bulunmaktadır. Veri toplama araçlarında yer alan soruların fazla olması, formu doldurma sırasında ailelerin sıkılmasına ve dikkatlerinin dağılmasına neden

olmuştur. Araştırmanın diğer sınırlılıkları, “hasta bireyle birlikte yaşanan yıl” açısından çalışma ve kontrol grubunun homojen olmaması, primer bakım verenlerin çoğunluğunun kadın olması, yaş ortalamalarının ellinin üzerinde olması ve programın online uygulanmasıdır. Ayrıca ailelerin ev uygulamalarını yapması herhangi bir form aracılığıyla değerlendirilmemiş ve oturumlara katılamayan ailelerin oturumları izlemeleri telefon aracılığıyla aranarak veya mesaj yoluyla sorularak takip edilmiştir. Beş aile bireyi üç oturuma özel durumlarından dolayı katılamamıştır. Ailelerden alınan geribildirimler doğrultusunda oturumların izlenmiş olduğu varsayılmıştır.

3.9. Araştırmanın Etik Boyutu

Araştırmaya başlamadan önce araştırmada kullanılan ölçekleri geliştiren yazarlardan e-mail aracılığıyla izin alınmıştır (EK-6). Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan (17.02.2021/04/135) etik kurul onayı (EK-7) ve Mersin İl Sağlık Müdürlüğü’nden kurum izni alınmıştır (EK-8). Örneklem kapsamına alınan ailelere araştırmacı tarafından araştırmaya katılımın tamamen gönüllülük esasına dayandığı açıklanmış ve araştırmanın amacı, yöntemi ile ilgili bilgilendirme yapılmış ve yazılı onamları alınmıştır (EK-9). Araştırma Helsinki Bildirgesi kuralları çerçevesinde gerçekleştirilmiştir [430].



4. BULGULAR

Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizleri yapılarak bulgular beş başlık altında verilmiştir.

4.1. Bakım Veren Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1.1’de, çalışma ve kontrol gruplarında yer alan ailelerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması yer almaktadır. Gruplara göre yaş (yıl), cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sosyal güvence, gelir düzeyi, aile tipi ve hasta ile yakınlık derecesi ve bakım süresi (yıl) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Gruplara göre hasta bireyle birlikte yaşama süresi (yıl) açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($t=2.676$; $p=0.010$). Çalışma grubunda yer alan ailelerin hasta bireyle birlikte yaşama süresinin (yıl), kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.1.2’de çalışma ve kontrol grubundaki ailelerin bakım verdiği hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması bulunmaktadır. Gruplar ile hastanın cinsiyeti, yaşı (yıl), hastalık süresi (yıl), eğitim düzeyi, medeni durumu, çalışma durumu ve belirtilerin görülme sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki yoktur ($p>0.05$). Gruplar belirtilen özellikler açısından bağımsız ve homojendir.

Tablo 4.1.1. Gruplara göre ailelerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	Çalışma grubu (n=25)		Kontrol grubu (n=25)		İstatistiksel analiz*	p
	$\bar{X} \pm SS$	Alt ve Üst Değerler	$\bar{X} \pm SS$	Alt ve Üst Değerler		
Yaş (yıl)	54.36±11.78	35-70	47.80±12.99	22-71	Z=-1.739	0.082
Birlikte yaşama süresi (yıl)	33.96±9.58	6-49	26.00±11.37	6-48	t=2.676	0.010
Bakım süresi (yıl)	16.48±8.56	4-37	13.88±6.39	4-30	t=1.216	0.230
	n	%	n	%		
Cinsiyet						
Kadın	18	72	12	48	$\chi^2=3.000$	0.083
Erkek	7	28	13	52		
Medeni durum						
Evli	17	68	19	76	$\chi^2=0.397$	0.529
Bekar	8	32	6	24		
Eğitim düzeyi						
İlköğretim	10	40	15	60	$\chi^2=2.104$	0.349
Lise	8	32	6	24		
Üniversite	7	28	4	16		
Çalışma durumu						
Evet	4	16	11	44	$\chi^2=5.706$	0.058
Hayır	13	52	11	44		
Emekli	8	32	3	12		
Sosyal güvence						
Var	22	88	25	100	$\chi^2=3.191$	0.074
Yok	3	12	-	-		
Gelir düzeyi						
Gelir giderden az	14	56	14	56	$\chi^2=0.386$	0.824
Gelir gidere denk	10	40	9	36		
Gelir giderden fazla	1	4	2	8		
Aile tipi						
Çekirdek aile	25	100	21	84	$\chi^2=2.446$	0.118
Geniş aile	-	-	4	16		

Tablo 4.1.1. (devamı) Gruplara göre ailelerin tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	Çalışma grubu (n=25)		Kontrol grubu (n=25)		İstatistiksel analiz*	p
	n	%	n	%		
Hasta ile yakınlık derecesi						
Annesi	10	40	4	16	$\chi^2=7.746$	0.171
Babası	4	16	2	8		
Kardeşi	8	32	10	40		
Eşi	2	8	5	20		
Çocuğu	-	-	3	12		
Diğer	1	4	1	4		

* İki kategorik değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " testi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" testi (t-tablo değeri) kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" testi (Z-tablo değeri) kullanılmıştır.

Tablo 4.1.2. Gruplara göre ailelerin bakım verdiği hastaların tanıtıcı özelliklerinin karşılaştırılması

Değişken	Çalışma grubu (n=25)		Kontrol grubu (n=25)		İstatistiksel analiz*	p
	$\bar{X} \pm SS$	Alt ve Üst Değerler	$\bar{X} \pm SS$	Alt ve Üst Değerler		
Hastanın yaşı (yıl)	42.36±11.42	24-67	44.48±11.11	25-62	t=-0.665	0.509
Hastanın hastalık süresi (yıl)	18.96±10.33	4-40	16.64±8.23	5-38	t=0.879	0.384
	n	%	n	%		
Hastanın cinsiyeti						
Kadın	8	32,0	10	40	$\chi^2=0.347$	0.556
Erkek	17	68,0	15	60		
Hastanın eğitimi						
Okuryazar değil	3	12	1	4	$\chi^2=6.943$	0.139
Okuryazar	2	8	4	16		
İlköğretim	7	28	14	56		
Lise	9	36	5	20		
Üniversite	4	16	1	4		
Hastanın medeni hali						
Evli	2	8	6	24	$\chi^2=2.381$	0.123
Bekar	23	92	19	76		
Hastanın çalışma durumu						
Evet	3	12	2	8	$\chi^2=0.224$	0.894
Hayır	20	80	21	84		
Emekli	2	8	2	8		
Belirtilerin görülme sıklığı						
Çok sık	5	20	5	20	$\chi^2=1.556$	0.817
Sık	9	36	9	36		
Bazen	8	32	10	40		
Nadiren	2	8	1	4		
Çok nadir	1	4	-	-		

* İki kategorik değişkenin birbiriyle ilişkilerinin incelenmesinde "Pearson- χ^2 " testi kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerlerinin karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" testi (t-tablo değeri) kullanılmıştır.

4.2. BFTSAP'nın Bakım Veren Ailelerin Durumluk-Sürekli Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi

Çalışma ve kontrol grubundaki ailelerin DKÖ puanlarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.2.1./ Şekil 4.2.1.'de yer almaktadır. Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; DKÖ puanları açısından ön testte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip DKÖ puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Bu bulgu doğrultusunda "BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında durumluk kaygı puanları açısından fark vardır." hipotezi kabul edilmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda DKÖ puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=49.759$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip DKÖ puanlarının, ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda DKÖ puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=10.584$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1. ay takip ve 3. ay takip DKÖ puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, son test ile 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3. ay takip DKÖ puanlarının son teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 3. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=2.945$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün ($d=0.732$), kontrol grubundakine ($d=0.306$) göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

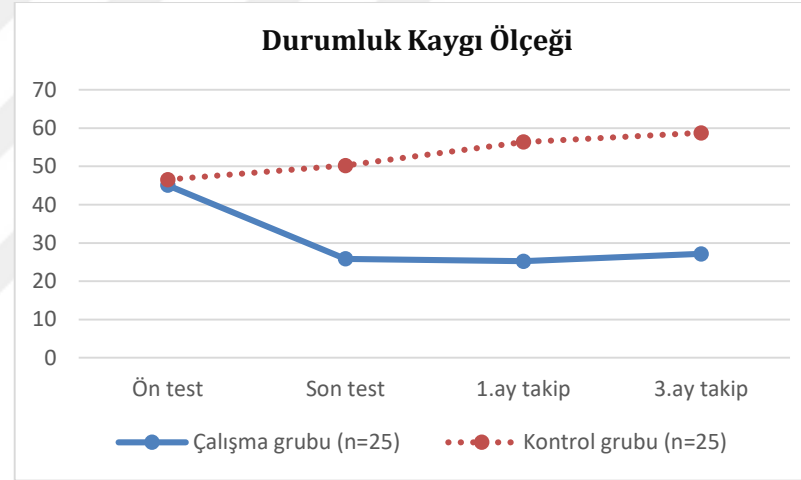
Çalışma ve kontrol grubundaki ailelerin SKÖ puanlarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.2.1./Şekil 4.2.2.'de yer almaktadır. Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; SKÖ puanları açısından ön teste istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$). Çalışma grubundakilerin son test ve 1. ay takip SKÖ puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin 3. ay takip SKÖ puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir ($p<0.001$). Bu bulgu doğrultusunda "BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında sürekli kaygı puanları açısından fark vardır." hipotezi kabul edilmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda SKÖ puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=55.718$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili

karşılaştırmalar sonucunda; son test, 1. ay takip ve 3. ay takip SKÖ puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda SKÖ puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=14.807$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1. ay takip ve 3. ay takip SKÖ puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, son test ile 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1. ay takip ve 3. ay takip SKÖ puanlarının son teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 1. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=4.155$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

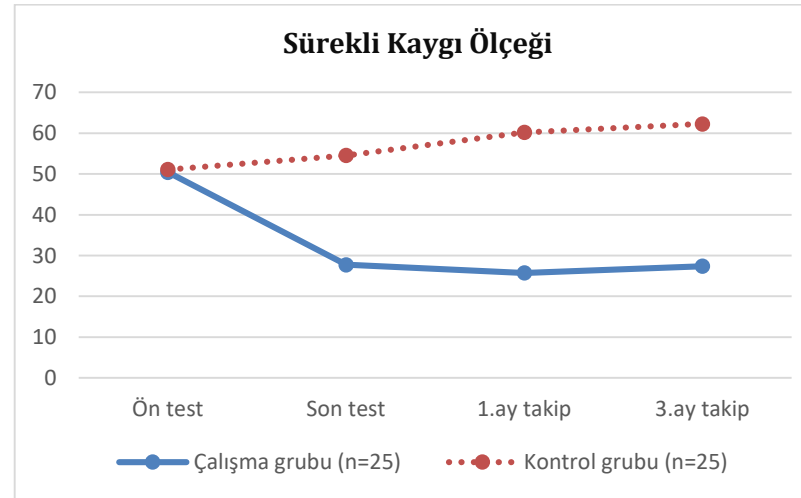
Tablo 4.2.1. Gruplara göre DKÖ ve SKÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Çalışma grubu (n=25)		Kontrol grubu (n=25)		İstatistiksel analiz*	Etki büyüklüğü (<i>d</i>)	Olasılık (<i>p</i>)
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]			
DKÖ							
Ön test ⁽¹⁾	45.08±13.21	50.0 [24.0]	46.56±13.84	45.0 [22.5]	t=-0.387	0.109	0.701
Son test ⁽²⁾	25.84±4.34	25.0 [8.0]	50.20±13.15	53.0 [17.0]	Z=-5.584	2.567	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	25.24±4.01	24.0 [6.0]	56,36±13,31	58.0 [24.5]	Z=-5.983	2.864	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	27.16±5.76	26.0 [7.0]	58,76±12,57	63.0 [14.0]	Z=-5.859	2.945	<0.001
Analiz*	$\chi^2=49.759$		F=10.584				
p	p<0.001		p<0.001				
Fark	[1-2,3,4]		[1-3,4] [2-4]				
Etki büyüklüğü (η^2)	0.732		0.306				
SKÖ							
Ön test ⁽¹⁾	50.44±12.11	49.0 [18.0]	51.08±12.61	49.0 [47.0]	t=-0.183	0.052	0.856
Son test ⁽²⁾	27.76±5.33	27.0 [8.0]	54.56±12.10	56.0 [19.0]	t=-10.131	2.865	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	25.76±3.33	25.0 [5.0]	60.20±11.24	62.0 [15.0]	t=-14.688	4.155	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	27.40±5.59	26.0 [7.0]	62.28±11.12	66.0 [41.0]	Z=-5.973	3.156	<0.001
Analiz*	$\chi^2=55.718$		F=14.807				
p	p<0.001		p<0.001				
Fark	[1-2,3,4]		[1-3,4] [2-3,4]				
Etki büyüklüğü (η^2)	0.818		0.382				

* Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Independent Sample-t” test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Repeated Measures” test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Mann-Whitney U” test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında “Friedman” test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.



Şekil 4.2.1. Grup ve süreçlere göre DKÖ puanlarının dağılımı



Şekil 4.2.2. Grup ve süreçlere göre SKÖ puanlarının dağılımı

4.3. BFTSAP'nın Bakım Veren Ailelerin Umutsuzluk Düzeyleri Üzerine Etkisi

Çalışma ve kontrol grubundaki ailelerin BUÖ ve alt boyut puanlarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.3.1./Şekil 4.3.1.'de yer almaktadır. Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; BUÖ puanları açısından ön teste istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son testte, 1. ay takip ve 3. ay takip testlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip BUÖ puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda “BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında umutsuzluk puanları açısından fark vardır.” hipotezi kabul edilmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda BUÖ puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=55.840$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip BUÖ puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda BUÖ puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=17.977$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3. ay takip BUÖ puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 1. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=3.736$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; BUÖ gelecekle ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu puanları açısından ön testte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son testte, 1. ay takip ve 3. ay takip testlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip gelecekle ilgili duygular ve beklentiler alt boyutu puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda gelecekle ilgili duygular ve beklentiler puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=41.410$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip gelecekle ilgili duygular ve beklentiler puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda gelecekle ilgili duygular ve beklentiler puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=18.870$;

$p<0.001$). Anlamli farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3. ay takip gelecekle ilgili duygular ve beklentiler puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 3. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=2.431$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; BUÖ motivasyon kaybı alt boyutu puanları açısından ön testte istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son testte, 1. ay takip ve 3. ay takip testlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip motivasyon kaybı puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda motivasyon kaybı puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=56.855$; $p<0.001$). Anlamli farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip motivasyon kaybı alt boyutu puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda motivasyon kaybı puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=18.141$; $p<0.001$). Anlamli farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3. ay takip motivasyon kaybı puanlarının, ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 1. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=4.189$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; BUÖ umut alt boyutu puanları açısından ön teste istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son testte, 1. ay takip ve 3. ay takip testlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip umut alt boyutu puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda umut puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=41.050$; $p<0.001$). Anlamli farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip umut

puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda umut puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=13.568$; $p<0.01$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltilmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3. ay takip umut puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 1. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=2.669$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



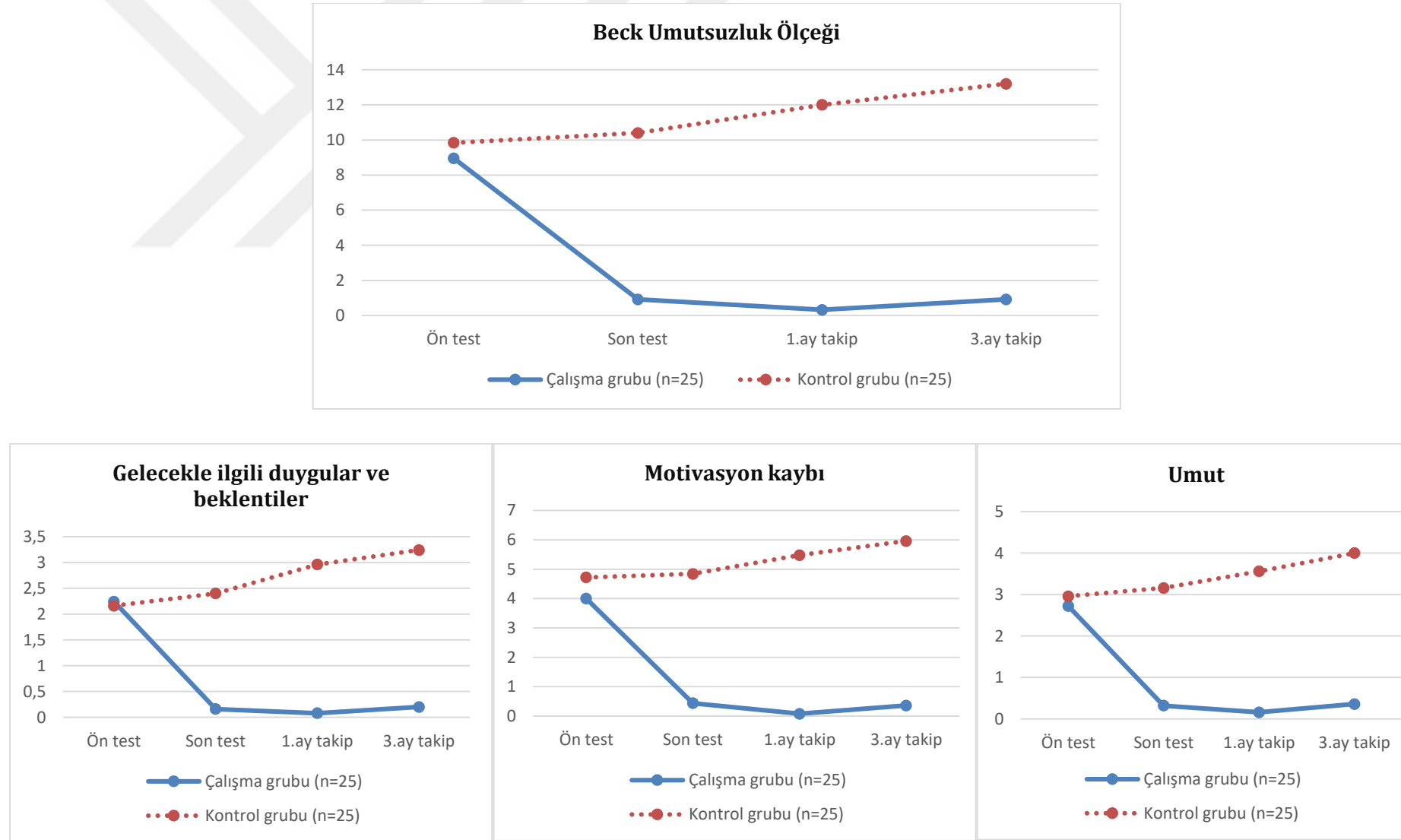
Tablo 4.3.1. Gruplara göre BUÖ ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Çalışma grubu (n=25)		Kontrol grubu (n=25)		İstatistiksel analiz*	Etki büyüklüğü (d)	Olasılık (p)
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]			
BUÖ Toplam							
Ön test ⁽¹⁾	8.96±5.67	10.0 [9.5]	9.84±6.16	7.0 [11.5]	Z=-0.515	0.146	0.606
Son test ⁽²⁾	0.92±1.07	1.0 [1.5]	10.40±6.33	10.0 [12.5]	Z=-5.816	2.892	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	0.32±0.75	0.0 [0.0]	12.00±5.74	13.0 [11.0]	Z=-6.234	3.736	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	0.92±4.01	0.0 [0.0]	13.20±5.32	14.0 [9.0]	Z=-5.876	2.988	<0.001
Analiz*	$\chi^2=55.840$		$\chi^2=17.977$				
p	p<0.001		p<0.001				
Fark	[1-2,3,4]		[1-4]				
Etki büyüklüğü (η^2)	0.617		0.258				
Gelecekle ilgili duygular ve beklentiler							
Ön test ⁽¹⁾	2.24±1.92	3.0 [3.5]	2.16±1.93	2.0 [4.0]	Z=-0.069	0.020	0.945
Son test ⁽²⁾	0.16±0.37	0.0 [0.0]	2.40±2.10	2.0 [4.0]	Z=-3.956	1.350	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	0.08±0.27	0.0 [0.0]	2.96±1.94	3.0 [3.5]	Z=-5.233	2.201	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	0.20±1.00	0.0 [0.0]	3.24±1.85	4.0 [3.0]	Z=-5.461	2.431	<0.001
Analiz*	$\chi^2=41.410$		$\chi^2=18.870$				
p	p<0.001		p<0.001				
Fark	[1-2,3,4]		[1-4]				
Etki büyüklüğü (η^2)	0.508		0.192				
Motivasyon kaybı							
Ön test ⁽¹⁾	4.00±2.38	4.0 [4.0]	4.72±2.26	4.0 [3.5]	t=-1.096	0.310	0.279
Son test ⁽²⁾	0.44±0.65	0.0 [1.0]	4.84±2.48	5.0 [4.0]	Z=-5.637	2.641	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	0.08±0.27	0.0 [0.0]	5.48±2.20	5.0 [5.0]	Z=-6.381	4.189	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	0.36±1.60	0.0 [0.0]	5.96±2.21	7.0 [1.0]	Z=-5.985	3.179	<0.001
Analiz*	$\chi^2=56.855$		$\chi^2=18.141$				
Olasılık	p<0.001		p<0.001				
Fark	[1-2,3,4]		[1-4]				
Etki büyüklüğü (η^2)	0.634		0.241				

Tablo 4.1.1. (devamı) Gruplara göre BUÖ ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Çalışma grubu (n=25)		Kontrol grubu (n=25)		İstatistiksel analiz*	Etki büyüklüğü (d)	Olasılık (p)
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]			
Umut							
Ön test ⁽¹⁾	2.72±2.37	3.0 [5.0]	2.96±2.34	2.0 [4.0]	Z=-0.442	0.125	0,658
Son test ⁽²⁾	0.32±0.56	0.0 [1.0]	3.16±2.41	3.0 [4.0]	Z=-4.914	1.933	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	0.16±0.47	0.0 [0.0]	3.56±2.27	3.0 [4.0]	Z=-5.659	2.669	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	0.36±1.43	0.0 [0.0]	4.00±2.02	4.0 [3.5]	Z=-5.618	2.617	<0.001
Analiz*	$\chi^2=41.050$		$\chi^2=13.568$				
Olasılık	p<0.001		p=0.004				
Fark	[1-2,3,4]		[1-4]				
Etki büyüklüğü (η^2)	0.488		0.145				

* Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri) kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.



Şekil 4.3.1. Grup ve süreçlere göre BUÖ ve alt boyutları puanlarının dağılımı

4.4. BFTSAP'nın Bakım Veren Ailelerin Öz Şefkat Düzeyleri Üzerine Etkisi

Çalışma ve kontrol grubundaki ailelerin ÖŞÖ puanlarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.4.1./ Şekil 4.4.1.'de yer almaktadır. Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; ÖŞÖ puanları açısından ön teste istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son testte, 1. ay takip ve 3. ay takip testlerinde istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip ÖŞÖ puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, "BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında öz şefkat puanları açısından fark vardır." hipotezi kabul edilmiştir.

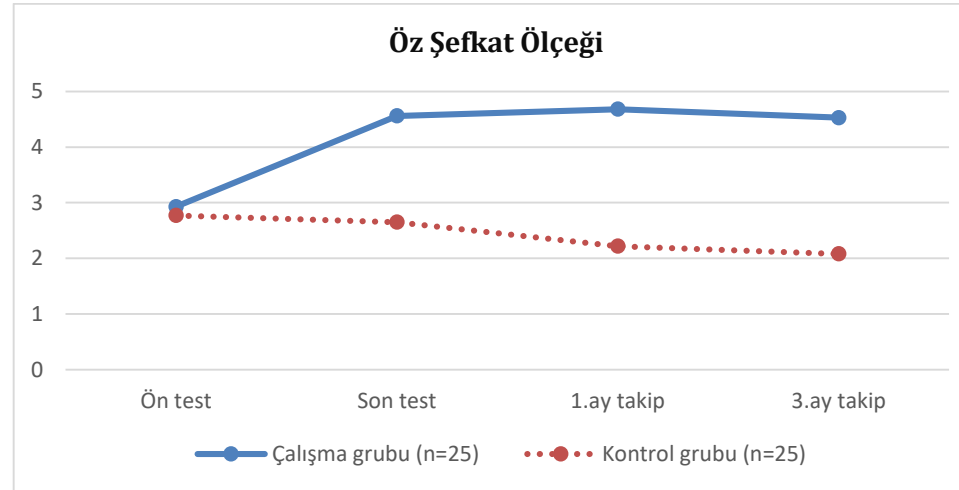
Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda ÖŞÖ puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=54.259$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip ÖŞÖ puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. ÖŞÖ puanlarının zamana göre değişimi kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=12.425$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1. ay takip ve 3. ay takip ÖŞÖ puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Aynı şekilde, son test ile 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 1. ay takip ve 3. ay takip ÖŞÖ puanlarının son teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 1. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=3.360$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.4.1. Gruplara göre ÖŞÖ puanlarının karşılaştırılması

Ölçek	Çalışma grubu (n=25)		Kontrol grubu (n=25)		İstatistiksel analiz*	Etki büyüklüğü (d)	Olasılık (p)
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]			
ÖŞÖ							
Ön test ⁽¹⁾	2.93±0.79	2.8 [1.5]	2.77±0.84	2.8 [1.5]	t=0.681	0.193	0.499
Son test ⁽²⁾	4.56±0.34	4.6 [0.7]	2.65±1.17	2.8 [1.2]	t=11.811	3.341	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	4.68±0.24	4.7 [0.4]	2.22±0.56	2.2 [0.5]	Z=-6.076	3.360	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	4.53±0.40	4.5 [0.6]	2.08±0.55	2.2 [0.7]	Z=-6.040	3.286	<0.001
Analiz*	$\chi^2=54.259$		F=12.425				
Olasılık	p<0.001		p<0.001				
Fark	[1-2,3,4]		[1-3,4] [2-3,4]				
Etki büyüklüğü (η^2)	0.824		0.453				

* Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.

**Şekil 4.4.1.** Grup ve süreçlere göre ÖŞÖ puanlarının dağılımı

4.5. BFTSAP'nın Ailelerin Bakım Yükü Düzeyleri Üzerine Etkisi

Çalışma ve kontrol grubundaki ailelerin ZBYÖ ve alt boyut puanlarının ölçüm zamanlarına göre grup içi ve gruplar arası karşılaştırılması Tablo 4.5.1./Şekil 4.5.1.'de gösterilmiştir. Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; ZBYÖ puanları açısından çalışma ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son test, 1. ay takip ve 3. ay takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip ZBYÖ puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu doğrultusunda, "BFTSAP uygulanan çalışma grubu ile kontrol grubu arasında bakım yükü puanları açısından fark vardır." hipotezi kabul edilmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda ZBYÖ puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=51.081$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip ZBYÖ puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ZBYÖ puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=5.226$; $p<0.01$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3. ay takip ZBYÖ puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 3. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=2.696$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; ZBYÖ ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutu puanları açısından çalışma ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son test, 1. ay takip ve 3. ay takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması alt boyutu puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=44.803$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($F=5.612$; $p<0.01$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek

için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3. ay takip ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 1. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=2.598$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; ZBYÖ sinirlilik ve kısıtlanmışlık alt boyutu puanları açısından ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son test, 1. ay takip ve 3. ay takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip sinirlilik ve kısıtlanmışlık puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda sinirlilik ve kısıtlanmışlık puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=48.121$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip sinirlilik ve kısıtlanmışlık puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda sinirlilik ve kısıtlanmışlık puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($\chi^2=16.242$; $p=0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. 3. ay takip sinirlilik ve kısıtlanmışlık puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 1. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=3.055$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; ZBYÖ toplumsal ilişkilerde bozulma alt boyutu puanları açısından çalışma ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son test, 1. ay takip ve 3. ay takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip toplumsal ilişkilerde bozulma puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda toplumsal ilişkilerde bozulma puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=28.947$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve

3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip toplumsal ilişkilerde bozulma puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubundakilerin toplumsal ilişkilerde bozulma puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 1. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=1.566$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; ZBYÖ'nün ekonomik yük alt boyutu puanları açısından ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son test, 1. ay takip ve 3. ay takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip ekonomik yük puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda ekonomik yük puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=52.716$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip ekonomik yük puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ekonomik yük puanlarının zaman göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 3. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=1.921$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki büyüklükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gruplar birbiri ile karşılaştırıldığında; ZBYÖ'nün bağımlılık alt boyutu puanları açısından çalışma ve kontrol grupları arasında ön testte anlamlı bir farklılık saptanmazken ($p>0.05$), son test, 1. ay takip ve 3. ay takip testlerinde anlamlı farklılık olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Çalışma grubundakilerin son test, 1. ay takip ve 3. ay takip bağımlılık puanlarının kontrol grubundakilere göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Gruplar kendi içinde karşılaştırıldığında; çalışma grubunda bağımlılık puanlarının zamana göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir ($\chi^2=45.066$; $p<0.001$). Anlamlı farkın hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek için yapılan Bonferroni düzeltmeli ikili karşılaştırmalar sonucunda; ön test ile son test, 1. ay takip ve 3. ay takip arasında anlamlı farklılık tespit edilmiştir. Son test, 1. ay takip ve 3. ay takip bağımlılık puanlarının ön teste göre anlamlı düzeyde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda bağımlılık puanlarının zaman göre değişiminde istatistiksel olarak anlamlı farklılık yoktur ($p>0.05$). Gruplar arası etki büyüklükleri incelendiğinde; en yüksek etkinin 3. ay takipte olduğu belirlenmiştir ($d=2.902$). Grupların kendi içerisinde süreçlere göre etki

büyükükleri incelendiğinde; çalışma grubundakilerin etki büyüklüğünün, kontrol grubundakine göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir.



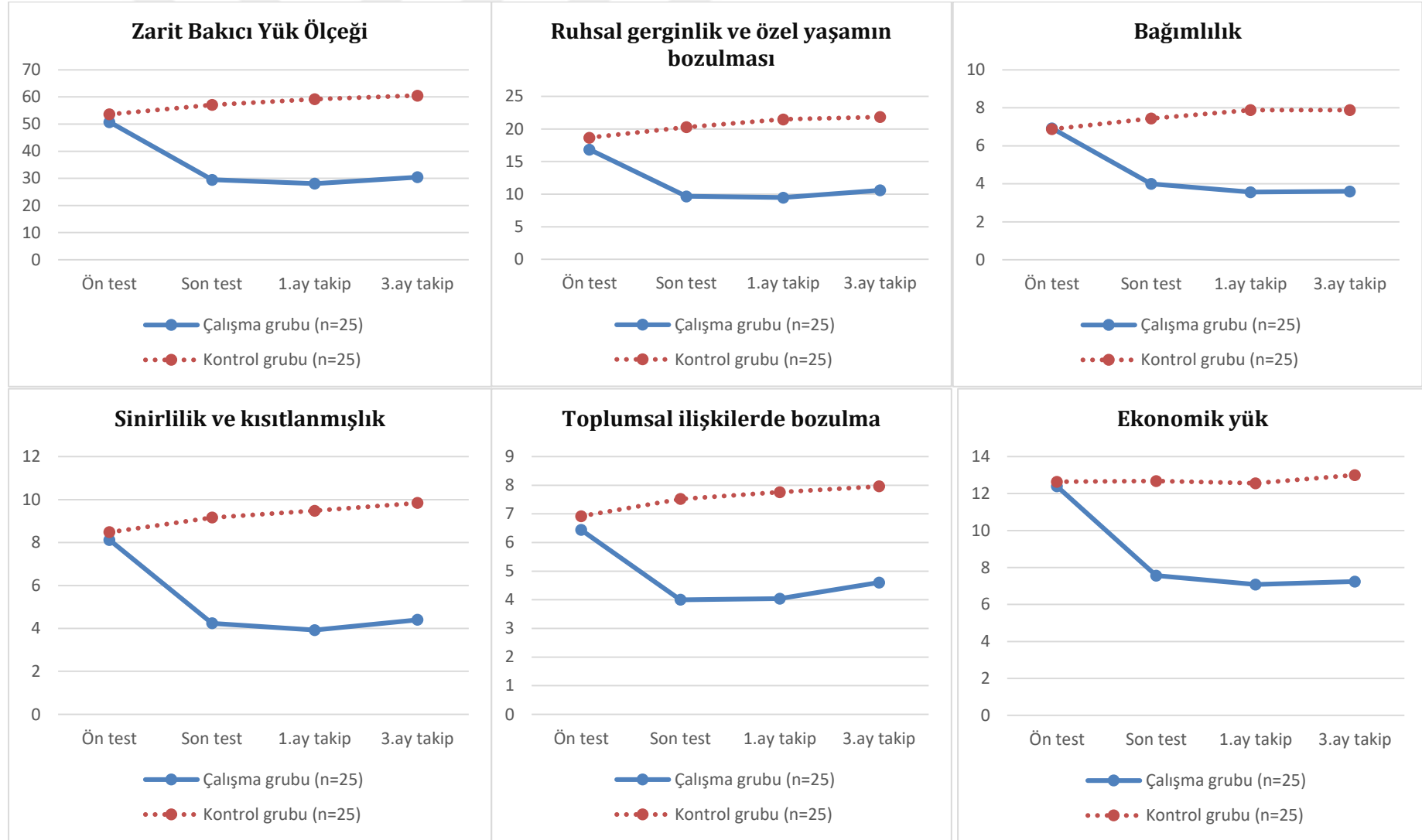
Tablo 4.5.1. Gruplara göre ZBYÖ ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Çalışma grubu (n=25)		Kontrol grubu (n=25)		İstatistiksel analiz*	Etki büyüklüğü (d)	Olasılık (p)
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]			
ZBYÖ Toplam							
Ön test ⁽¹⁾	50.72±14.96	50.0 [21.0]	53.60±17.14	54.0 [36.5]	t=-0.633	0.179	0.530
Son test ⁽²⁾	29.48±5.92	29.0 [9.0]	57.08±5.61	57.0 [19.0]	t=-8.265	2.338	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	28.08±5.07	28.0 [9.5]	59.16±12.59	57.0 [17.5]	t=-11.450	1.768	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	30.44±9.05	28.0 [8.0]	60.52±12.13	59.0 [16.0]	Z=-5.679	2.696	<0.001
Analiz*	$\chi^2=51.081$		F=5.226				
Olasılık	p<0.001		p=0.003				
Fark	[1-2,3,4]		[1-4]				
Etki büyüklüğü (η^2)	0.725		0.179				
Ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması							
Ön test ⁽¹⁾	16.84±6.08	18.0 [10.0]	18.68±7.91	19.0 [14.0]	t=-0.922	0.261	0.361
Son test ⁽²⁾	9.68±2.34	9.0 [3.5]	20.28±7.02	20.0 [9.5]	Z=-5.078	2.064	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	9.48±2.01	9.0 [3.0]	21.48±6.02	20.0 [6.5]	Z=-5.603	2.598	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	10.60±3.52	10.0 [4.0]	21.84±5.87	21.0 [5.5]	Z=-5.385	2.350	<0.001
Analiz*	$\chi^2=44.803$		F=5.612				
Olasılık	p<0.001		p=0.002				
Fark	[1-2,3,4]		[1-4]				
Etki büyüklüğü (η^2)	0.628		0.190				
Sinirlilik ve kısıtlanmışlık							
Ön test ⁽¹⁾	8.12±2.91	8.0 [4.5]	8.48±3.45	9.0 [7.0]	Z=-0.547	0.155	0.585
Son test ⁽²⁾	4.24±1.20	4.0 [2.0]	9.16±2.70	9.0 [5.0]	Z=-5.503	2.479	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	3.92±1.37	4.0 [1.5]	9.48±2.51	9.0 [5.0]	Z=-5.916	3.055	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	4.40±1.55	4.0 [2.0]	9.84±2.43	10.0 [4.0]	Z=-5.674	2.689	<0.001
Analiz*	$\chi^2=48.121$		$\chi^2=16.242$				
Olasılık	p<0.001		p=0.001				
Fark	[1-2,3,4]		[1-4]				
Etki büyüklüğü (η^2)	0.668		0.112				

Tablo 4.5.1. (devamı) Gruplara göre ZBYÖ ve alt boyutları puanlarının karşılaştırılması

Ölçek ve alt boyutları	Çalışma grubu (n=25)		Kontrol grubu (n=25)		İstatistiksel analiz*	Etki büyüklüğü (d)	Olasılık (p)
	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]	$\bar{X} \pm SS$	Medyan [IQR]			
Toplumsal ilişkilerde bozulma							
Ön test ⁽¹⁾	6.44±2.84	6.0 [4.0]	6.92±3.61	6.0 [7.0]	Z=-0.294	0.083	0.769
Son test ⁽²⁾	4.00±1.52	4.0 [1.5]	7.52±3.58	8.0 [6.5]	Z=-3.482	1.132	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	4.04±0.93	4.0 [2.0]	7.76±3.34	8.0 [5.5]	Z=-4.360	1.566	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	4.60±1.73	4.0 [2.0]	7.96±3.20	8.0 [5.5]	Z=-3.959	1.351	<0.001
Analiz*	$\chi^2=28.947$		$\chi^2=6.991$				
Olasılık	p<0.001		p=0.072				
Fark	[1-2,3,4]						
Etki büyüklüğü (η^2)	0.356		0.094				
Ekonomik yük							
Ön test ⁽¹⁾	12.40±4.12	13.0 [5.0]	12.64±4.20	12.0 [6.5]	t=-0.204	0.085	0.839
Son test ⁽²⁾	7.56±2.20	8.0 [3.0]	12.68±3.77	13.0 [5.0]	t=-5.863	1.658	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	7.08±2.02	7.0 [2.0]	12.56±3.86	13.0 [6.0]	t=-6.286	1.778	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	7.24±2.55	7.0 [3.0]	13.00±3.59	13.0 [5.0]	Z=-4.898	1.921	<0.001
Analiz*	$\chi^2=52.716$		F=0.398				
Olasılık	p<0.001		p=0.755				
Fark	[1-2,3,4]						
Etki büyüklüğü (η^2)	0.689		0.016				
Bağımlılık							
Ön test ⁽¹⁾	6.92±2.73	8.0 [4.5]	6.88±1.86	7.0 [3.0]	Z=-0.548	0.155	0.584
Son test ⁽²⁾	4.00±1.50	4.0 [2.5]	7.44±2.32	8.0 [4.0]	Z=-4.594	1.709	<0.001
1.ay takip ⁽³⁾	3.56±1.23	4.0 [1.5]	7.88±1.81	8.0 [3.5]	Z=-5.790	2.853	<0.001
3.ay takip ⁽⁴⁾	3.60±1.19	4.0 [1.0]	7.88±1.74	8.0 [2.5]	Z=-5.822	2.902	<0.001
Analiz*	$\chi^2=45.066$		$\chi^2=3.808$				
Olasılık	p<0.001		p=0.283				
Fark	[1-2,3,4]						
Etki büyüklüğü (η^2)	0.614		0.128				

* Normal dağılıma sahip olan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Independent Sample-t" test (t-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Repeated Measures" test (F-tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmayan verilerde iki bağımsız grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Mann-Whitney U" test (Z-tablo değeri); üç veya daha fazla bağımlı grubun ölçüm değerleriyle karşılaştırılmasında "Friedman" test (χ^2 -tablo değeri) istatistikleri kullanılmıştır.



Şekil 4.5.1. Grup ve süreçlere göre ZBYÖ ve alt boyutları puanlarının dağılımı

4.6. BFTSAP Sonrası Çalışma Grubunda Yer Alan Ailelerin Kazanımları

Çalışma grubunda yer alan ailelerin öznel deneyimlerini daha ayrıntılı değerlendirmek amacıyla 3. ayda yapılan takip ölçümünde veri toplama formuna açık uçlu bir soru eklenerek katılımcıların kazanımlarını aktarmaları sağlanmıştır. Açık uçlu soruya verilen yanıtlar (“Bu program süresince veya sonrasında eğer varsa kendinizde veya hayatınızda fark ettiğiniz en önemli değişiklikler nelerdir?”) Tablo 4.6.1’de listelenmiştir. Ailelerin BFTSAP sonrası fark ettiği en önemli değişikliğin %72 “rahatlama ve gevşeme”, %60 “farkındalık”, %48 “sakinlik”, %40 “sosyal destek”, %28 “uyku kalitesinde artma” ve “stres ve kaygıyla baş etmek için nefesi kullanma” olduğu bulunmuştur.

Tablo 4.6.1. BFTSAP sonrası çalışma grubunda yer alan ailelerin kazanımları

Yazılan ifadeler	n	%
Yaşadığını hissetme	2	8
Minnettarlık	5	20
Bakım veren olarak kendi ihtiyaçlarına duyarlılığın artması	4	16
Uyku kalitesinde artma	7	28
Farkındalık	15	60
Rahatlama ve gevşeme	18	72
Sakinlik	12	48
Bakım verilen hastaya empati hissetme	6	24
Somatik ağrılarda azalma	5	20
İletişimde tarzına ilişkin farkındalığın artması	5	20
Değişim için motivasyon ve güç kazanma	4	16
Stres ve kaygıyla baş etmek için nefesi kullanma	7	28
Kendini takdir etme becerisi kazanma	4	16
Sosyal destek	10	40

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

5.1. Tartışma

Bu araştırmada BFTSAP'nın psikotik hastalığı olan bireylere bakım veren ailelerin durumluk sürekli kaygı, umut, öz şefkat ve bakım yükü düzeyleri üzerine etkisi incelenmiştir. Yapılan literatür taramasında psikotik hastalığı olan bireylere bakım veren ailelere yönelik BFTSAP kullanıldığı sınırlı sayıda çalışmaya ulaşılmıştır. Etkinliği değerlendirilen bazı parametreler (öz şefkat, umut) üzerinde ise herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bakımdan araştırma bulguları literatürde ilk olma özelliği taşımaktadır. Bundan dolayı araştırmadan elde edilen bulgular benzer literatürle, araştırmanın hipotezleri doğrultusunda aşağıdaki başlıklar altında tartışılmıştır.

5.1.1. Bakım Veren Ailelerin Tanıtıcı Özelliklerine İlişkin Bulguların Tartışılması

Bu araştırmada bakım verenlerin çoğunluğunun kadın cinsiyette, evli ve ilköğretim mezunu olduğu, çalışmadığı, sosyoekonomik düzeyin düşük ve çekirdek aile yapısına sahip olduğu bulunmuştur. Şizofreni hastalığı olan bireylere bakım verenlerin özellikleri yapılan çalışmalarda ve ülkeler arasında bir miktar farklılık göstermektedir. Yapılan çalışmalarda psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin tutarlı olarak çoğunluğunun kadın olduğu bildirilmektedir [42,181,182,242,256,259,431-436]. Sruamsiri ve ark. (2018) yaptığı çalışmada ise bakım verenlerin çoğunlukla erkek olduğu belirtilmektedir [437]. Bakım rolünü genellikle kadınların benimsemesi geleneksel cinsiyet rolleri kapsamında toplumsal ve kültürel beklentilerle, kadının ev dışında istihdam edilme durumunun düşük olması ile bağlantılı olabilir. Ayrıca kadınların bakım verme konusundaki yaklaşımlarında hastalara karşı duygusal ve sosyal bağlılıkları, aile yükümlülükleri, hastaya karşı artan sorumluluk duygusu, fedakarlık ve özverinin de etkili olabileceği düşünülmektedir. Değişen demografik özellikler ve sosyal yapılar ve normlardaki değişikliklerle birlikte, erkeklerin giderek artan bir şekilde bakım rolünü üstlenmesine rağmen, bakım hala ağırlıklı olarak kadının bir rolü olmaya devam etmektedir.

Bu araştırmada katılımcıların yaş ortalamalarının 51 olduğu ve bakım rolünü sırasıyla ebeveynlerin, kardeş, eş ve çocukların üstlendiği saptanmıştır. Bu durum hastalığa bağlı sosyal işlevselliğin düşüşü ile karşı cinsle sağlıklı bağ kuramama veya evliliği devam ettirememe ile bağlantılı olabilir. Ayrıca kültür, toplumumuzda aile bağlarının güçlü olması ve dini tutumların da bu durumu etkilediği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda da bakım rolünü sıklıkla ebeveynler [9,110,142,181,234,242,256,259,339,432,433,436,437], hastaların eşleri [9,110,181,242,256,259] ve kardeşlerinin [9,256,436] üstlendiği görülmektedir. Şizofreni hastalarına bakım veren bireylerin bakım yükünü ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada bakım verenlerin %53.4'ünün hastanın ebeveyni, %25'inin hastanın

kardeşi, %6.8'inin hastanın çocuğu, %8'inin hastanın eşi, geri kalanını hastanın ikinci derecede akrabası olduğu belirtilmektedir [435]. Ayrıca literatürde bakım verenlerin ortalama yaşının 50'den yüksek olduğu [110,142,181,182,234,242,256,434,436], %35'inin 65 yaş ve üzerinde olduğu bildirilmektedir [434]. Bakım verenlerin çoğunluğunun evli olduğu [181,431,434,436-438], çalışmadığı [259], sosyo-ekonomik durumlarının düşük olduğu ve mali kriz yaşadığı belirtilmektedir [110,142,259]. Yu ve ark. (2020) yaptığı çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun evli ve ilkökul mezunu olduğu, bakım verme süresinin ortalama 15 yıl olduğu belirtilmektedir [182].

5.1.2. BFTSAP'nın Bakım Veren Ailelerin Durumluk- Sürekli Kaygı Düzeyleri Üzerine Etkisi

Bu araştırmada çalışma grubunda yer alan ailelerin durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin kontrol grubundakilere göre son-test, 1. ve 3. ay takip testlerinde anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Ayrıca aileler müdahale sonrası sakinlik hissettiklerini, rahatladıklarını ve gevşediklerini, kaygıyla baş etmek için nefesi bir araç olarak kullandıklarını ifade etmişlerdir. Müdahale sonrası ve izlem ölçümlerinde durumluk-sürekli kaygının azalması uygulamanın etkili olduğunu göstermektedir. Meditasyon, literatürde kaygı yönetiminde etkili olan üç öz düzenleme stratejisinden biri olarak kabul edilmektedir [350]. Ayrıca BF temelli müdahalelerin anksiyeteyi önlemede ve tedavi etmede etkili bir yaklaşım olduğu vurgulanmaktadır [439]. Yapılan sistematik derleme ve meta analiz çalışmalarında BF temelli müdahalelerin fiziksel ve ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerde stres, kaygı [440,441], farkındalık [440], depresyon [441] gibi psikolojik belirtilerde iyileşmeler sağladığı, klinik olmayan örnekleme kaygıyı azalttığı [341,442], anksiyete ve stresle ilgili psikolojik veya fizyolojik sonuçlarda olumlu değişiklikler sağladığı [443] vurgulanmaktadır. Gu ve ark. (2015) yaptığı bir sistematik derleme ve meta analizde BFTSAP ve MBCT'nin bilişsel ve duygusal tepkisellik için güçlü, tutarlı kanıtlar, ruminasyon ve kaygı üzerinde orta düzeyde ve tutarlı kanıtlar sağladığı belirtilmektedir [59]. Goyal ve ark. (2014)'nin 47 araştırmayı dahil ettikleri bir sistematik derleme ve meta analizde BF temelli meditasyon programları sonrası (etki büyüklüğü 0.38), 3 ve 6. aylarda (etki büyüklüğü 0.22) kaygı belirtilerini orta düzeyde iyileştirdiği görülmektedir [444]. Khoury ve ark. (2013) 209 çalışmayı dahil ettikleri bir meta analizde BF temelli müdahalelerin psikoeğitimsel müdahaleler, destekleyici terapiler, gevşeme prosedürleri, imgeleme/bastırma teknikleri ve tedavilerden (diğer psikolojik tedaviler, BDT veya davranış terapileri, farmakolojik tedaviler) den farklı olmadığı, özellikle kaygı, depresyon ve stresi azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir [445]. Yapılan bir çalışmada ilk psikotik atak sonrası tedavi gören gençlerin ebeveynlerine uygulanan BFTSAP sonrası katılımcılar daha sakin ve daha kabul edici olduklarını ifade etmektedirler. Metaforik olarak farkındalığı zor bir durumla karşılaşıldığında kullanılabilecek bir araç ve bilinçsiz ve otomatik tepki vermemek için nefes almayı ve durmayı sağlayan bir araç olarak

tanımladıkları görülmektedir. Aynı çalışmada rahatlık hissinin niteliksel olarak farkındalık artışı ve daha az duygusal tepkisellikle bağlantılı olduğu belirtilmektedir [63]. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde stres düzeylerini azaltmada BFTSAP'nın etkinliğini değerlendirmeyi amaçlayan bir çalışmada Algılanan Stres Ölçeği puan ortalamalarının %8,6 ve Sübjektif Sıkıntı puan ortalamalarının %33,95 azaldığı bildirilmektedir. Ayrıca müdahaleden sonra daha sakin ve rahat hissettikleri, anksiyeteye yol açan duygu ve düşünceler konusunda kendilerini tanıyabildikleri ve anlayabildiklerini ifade etmektedirler [64]. BF temelli bir aile psikoeğitim programının (MBFPE) bakım yükü ve bakım verme deneyimi üzerine etkisini araştıran bir çalışmada Fotoses (bireylerin ifade etmek istedikleri şeyi fotoğrafla anlatmaları) yöntemiyle elde edilen veriler doğrultusunda katılımcıların şimdiki ana odaklandıkları, kaygı ve suçluluk duygularını gözlemledikleri ve tepkisel olmamayı öğrendikleri bildirilmektedir [446]. Ruhsal, fiziksel hastalığı veya öğrenme güçlüğü olan yetişkin veya çocuklara bakım verenlere uygulanan BFTSAP programı sonrası ve iki ay sonra yapılan izlem ölçümlerinde, katılımcıların farkındalık becerilerini kullanmada önemli bir artış olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada ruh sağlığı ve yaşam kalitesi ölçümlerinde de olumlu bir eğilim olduğu, ancak bunun istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirtilmektedir. İki yıl sonra yapılan görüşmelerde katılımcılar stresli durumlara karşı daha sakin tepki verebildiklerini, baş etme becerilerine ilişkin farkındalıklarının geliştiğini, kaygı durumunda dikkatlerini yeniden yönlendirebildiklerini ve yaşadıkları zor duruma farklı açıdan bakabildiklerini ifade etmektedirler [410]. Kronik hastalığı olan birinci derece yakınlarına uzun süreli bakım verenlerde BFTSAP'nın etkinliğinin incelendiği bir araştırmada kendi kendine yardım kitapçığı verilen kontrol grubundaki katılımcılarla karşılaştırıldığında, çalışma grubundaki katılımcılarda, müdahale sonrasında durumluk kaygı belirtilerindeki azalmanın anlamlı olarak daha fazla olduğu, ancak 3. ayda yapılan izlem ölçümlerinde bu farkın anlamlı olmadığı belirtilmektedir. Ayrıca 3. ayda yapılan takip ölçümlerinde kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla çalışma grubunda olumsuz düşünceleri kontrol etme ve farkındalıkta istatistiksel olarak anlamlı bir artış olduğu bildirilmektedir [61]. Şimdiki anda gerçekleşen deneyimlerin aksine gelecekteki olaylara yönelik dar bir dikkat odağı ile karakterize bilişsel stil ve zihinsel veya fiziksel fenomenleri yıkıcı bir şekilde değerlendirme veya yanlış yorumlama eğilimi kaygıya yol açabilmektedir [162]. BF meditasyonu ve uygulamaları yoluyla, bireyler daha önce kaçınmış olabilecekleri olumsuz deneyimlere yönelmeye ve onları gözlemlemeye teşvik edilir. Kaygı deneyimi yaşandığında buna izin vermek, açıklık, merak ve kabulle onunla yüzleşmek, gözlemlemek ve kaygının neden olduğu her bir bileşeni (duygu, düşünce ve davranış) fark etmek yani zorlanılan duruma maruz kalma ile birey kişisel tetikleyicilere ve tepkilere ilişkin anlayış ve içgörü kazanabilir. Kaygıyı gözlemlerken yoğunluğunun değiştiğini, diğer her şey gibi gelip geçtiğini fark edebilir ve bunların sonucunda kaygı birey için daha tolere edilebilir hale gelebilir. Sonuçta deneyimlere verilen otomatik tepkileri azaltır ve deneyimsel kaçınma ve

patolojide azalmaya, duygu ve düşünceleri etkili bir şekilde düzenlemeye ve zorlanılan duruma başa çıkmayı sağlayabilir [161,211,280,349,362]. Literatürde BFTSAP'nın farkındalık becerilerini ve yargısız kabul davranışını geliştirerek, bireyin rahatsız edici düşünce ve duygularından kaçınma, bastırma veya bunlarla aşırı meşgul olma yönündeki uyumsuz eğilimlerini (ruminasyonu) azaltarak ve gelecek hakkında endişelenmek yerine şimdiki ana odaklanmayı sağlayarak kaygıya yol açan yaşam stresleriyle daha etkili başa çıkabilmeyi sağladığı vurgulanmaktadır [90,162,211,272,354,428]. Ayrıca BFTSAP'na katılan bireylerin daha az sıklıkla olumsuz otomatik düşünceler bildirdikleri ve bu düşüncelerle karşılaştıklarında bu düşünceleri daha iyi bırakabileceklerine inandıkları belirtilmektedir. BFTSAP rahatsız edici düşünceler de dahil olmak üzere düşünceleri gerçekler yerine zihinsel olaylar olarak görme yeteneği olan üstbilişsel farkındalığı ve güvende olmayı sağlamak için zihnin olumsuzu görmeye yatkın olması hakkında bireyin içgörüsünü arttırarak psikolojik sağlığı geliştirmede önemli bir rol oynayabilir [162,272,345,439]. Ayrıca belirsizliğin kaygı üzerinde önemli bir etkisi bulunmaktadır [206]. BFTSAP'nın yaşanılan deneyime ilişkin tepkileri seçebilme özgürlüğünü ve belirsizliğe toleransı arttırarak kontrol kaybı hissini azalttığı düşünülmektedir [90,349,]. Anksiyete düzeyinin azalması ayrıca bakım verenlerde bilinçli farkındalık ve öz şefkat düzeyinin artması ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Yapılan müdahale sonrası izlemde ailelerden alınan geribildirimler doğrultusunda aileler farkındalık ve öz şefkat düzeylerinin arttığını belirtmişlerdir. Literatürde öz-şefkatin kendini yatıştırma kaygı ve izolasyon duygularını azaltmaya yardımcı olabileceği vurgulanmaktadır [277,278]. Keng ve ark. (2012) yaptığı bir çalışmada öz-şefkatteki artışların BFTSAP'nın kaygı üzerindeki etkilerine aracılık ettiğini, öz şefkat ve farkındalığın BFTSAP'nın duygu korkusu üzerindeki etkilerine aracılık ettiği belirtilmektedir [368]. Meditasyonun ruhsal sağlık üzerindeki etkilerini daha iyi anlamak için yaygın olarak ölçülen farkındalık ve öz-şefkat yapılarının birçok psikiyatrik durumda yaygın olan bir kişilik özelliği olan sürekli kaygı üzerindeki potansiyel aracı etkilerini incelemek amacıyla yapılan bir çalışmada hem öz-şefkat hem de farkındalıktaki artışın kaygıyı azalttığı, sürekli kaygıdaki azalma üzerinde en güçlü arabulucu etkiye farkındalıkta artışın sahip olduğu vurgulanmaktadır [447]. Öz-şefkatin en önemli faydalarından birinin ruminasyonun azalması olduğu belirtilmektedir [278]. Kontrol grubunda ise durumluk ve sürekli kaygı düzeyindeki değişimin pandemi sürecine bağlı kısıtlamalar, hastalığın belirsiz doğası, hasta bireyin sosyal kısıtlamalar ve kişisel koruyucu ekipman kullanımında yaşanan sorunlar, bulaş korkusu ve bunun bakım rollerini olumsuz etkilemesi, kısıtlamalara bağlı sosyal desteğin azalması, ekonomik durum, sağlık sistemindeki aksaklıklarla ilgili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu anlamlı farklılık umutsuzluk ve bakım yükünün artması ile ilişkili olabilir. Beach ve ark. (2021) yaptığı bir çalışmada COVID sürecinde bakım verenlerin bakım veremeyen grupla karşılaştırıldığında daha fazla kaygı, depresyon yaşadıkları, sosyal aktivitelere daha az katılım gösterdikleri

bildirilmektedir [448]. Bu doğrultuda, toplum ruh sağlığı hemşireleri literatürde görünmez gizli hasta olarak tanımlanan bakım verenlerde birçok psikiyatrik hastalığa neden olabilecek yüksek kaygı semptomlarının farkında olmalı ve ailelerin iyilik halinin sürdürülmesini sağlamak amacıyla kaygıyı azaltmaya yönelik BF temelli müdahalelerden yararlanabilir.

5.1.3. BFTSAP'nın Bakım Veren Ailelerin Umutsuzluk Düzeyleri Üzerine Etkisi

Bu araştırmada son test, 1. ve 3. aylarda yapılan takip testlerinde çalışma grubunda umutsuzluğun kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak azaldığı belirlenmiştir. Müdahale sonrası ve izlem ölçümlerinde umutsuzluğun azalması uygulamanın etkili olduğunu göstermektedir. Her şeyin zamanla değiştiği, hiçbir şeyin sonsuza kadar aynı kalmayacağı gerçeği ve en zorlayıcı durumlarda dahil olmak üzere dış koşullar bireyin kontrolü dışında olsa bile, koşullara içsel olarak nasıl tepki vereceğini seçme özgürlüğüne dair gelişen iç görünüm umutsuzluğun azalmasını sağlayabileceği düşünülmektedir. Ayrıca bakım verenlerde umutsuzluğun azalması umut düzeyinin artması, başa çıkma yeteğinin artması, şimdiki zamana odaklanma, olumlu duygularının daha çok hissedilmesi ile de bağlantılı olabilir. Psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin umutsuzluk düzeylerini azaltmaya yönelik literatürde BFTSAP'nın kullanıldığı bir çalışmaya ulaşılammıştır. Bu nedenle farklı hastalık gruplarına bakım verenlerde BF temelli müdahalelerim umutsuzluk üzerine etkisi örneklendirilmiştir. Hoppes ve ark. (2012) yaptığı çalışmada kısa bilinçli farkındalık eğitiminin demans hastalarına bakım verenlerde uygulama sonrası ve 1 aylık takipte umut puanlarını arttırdığını ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirtilmektedir [449]. Literatürde umutsuzluğun geleceğe ilişkin olumsuz beklentiler, çaresizlikle ilişkili olduğu belirtilmektedir [187-190]. Umutsuzluğun önemli diğer nedenleri arasında olumsuz duyguların aşırı ve olumlu duyguların az yaşanma eğilimi [192] ve bireyin başa çıkma yeteneğini yetersiz algılaması ile de ilişkilidir [187]. BF şimdiki zamana odaklanmanın önemini vurgulamakta ve bu, umutsuzluğa karşı koruyucu bir faktör olan geleceğe yönelik yönelimi engelleyebilmektedir [187]. Olumlu yeniden değerlendirme, umutsuzluğun en önemli nedeni arasında gösterilen bilişsel çarpıtmaları bastırmaya veya manipüle etmeye çalışmak yerine bireyin deneyimlerini yeni bilişsel değerlendirmelerle anlamlandırmasına izin veren aktif bir başa çıkma stratejisi olarak tanımlanmaktadır. Bilinçli farkındalık aracılığıyla deneyimlerle kurulan ilişkinin otomatik tepkiler vermeyi azalttığı ve stresli olaylara yeni anlamlar vermeye yardımcı olabilecek daha uyumlu değerlendirmeler seçmeleri için bilişsel esneklik sağladığı iddia edilmektedir. Bu tür yeniden değerlendirmeler, olumsuz koşullarda bile umudu ve dayanıklılığı artırabilir, olumlu duygularla sonuçlanabilir [211]. Bilinçli farkındalık zorlayıcı durumlar dahil deneyimi merak, soğukkanlılık ve şefkatle karşılama yeteneğinin gelişmesi, acının insan olmanın doğal bir parçası olduğu ve sürekli değiştiği konusunda deneyimsel bir anlayış geliştirerek umutsuzluğu azaltabilir. Ayrıca, BF tüm uyaranlara ilişkin

farkındalığı artırarak birey daha önce önemsenmediği ve dikkate almadığı büyük miktardaki olumlu uyarıyı daha iyi fark edebilir. Böylece zihnin olumlu bilgilerden çok olumsuz bilgileri fark etme eğiliminde olduğu "olumsuzluk önyargısına" karşı koruyabilmekte, kişisel olumlu niteliklerin, besleyici ve hoş deneyimlerin farkına varmayı sağlamakta ve hayattaki olumlu şeyleri fark etme ve takdir etme eğilimi olarak görülen minnettarlık duygusunun artmasını sağlamaktadır [211,362]. Şizofreni hastalarına bakım verenlerle yapılan bir çalışmada BFTSAP sonrası katılımcıların yaşamdan daha minnettar oldukları bildirilmektedir [64]. Bir birey kendini mutlu hissettiğinde, olumlu düşünceler düşünme, olumlu sonuçlar tahmin etme ve geçmişe de olumlu bir ışıkla bakma olasılığı daha yüksektir [349]. Dikkatin odağının yaşamakla ilgili düşüncelerden yürümenin, ayakta durmanın, yemeğin tadına bakmanın, oturmanın veya nefes almanın gerçekte nasıl hissettirdiğini fark etmeye doğru değişmesi, sanki ilk kez deneyimliymiş gibi bir şeyleri görebilme, duyabilme, dokunabilme, koklayabilme ve tadabilme yani duyuyla tekrar temas halinde olma, daha zengin ve daha canlı bir yaşam duygusu sağlamakta ve can sıkıntısını azaltmaktadır [57,348]. Yapılan bir çalışmada BFTSAP içeriğinde yer alan kendine ve başkalarına karşı sevgi dolu nezaket meditasyonunun olumlu duyguları artırdığı ve bunun da çok çeşitli kişisel kaynaklarda (artan farkındalık, yaşam amacı, yaşam sevinci, sosyal destek, azalan hastalık semptomları, daha az yalnızlık ve yabancılaşma duygusu) artış sağladığı gösterilmektedir. Kişisel kaynaklardaki bu artışların yaşam doyumunu arttırdığı ve depresif belirtileri azalttığı belirtilmektedir [450]. Bu noktada yaşam amacını arttırdığı için sevgi dolu nezaket meditasyonunun içsel motivasyonu arttırdığı düşünülmektedir. Literatürde olumlu ruh hali ve refahtaki artışların, rutin günlük aktivitelerin daha fazla farkına varmak, hayatın sıradan deneyimlerini gözlemlemek ve bunlara dahil olmak ve daha az otomatik hareket etmekle doğrudan ilişkili olduğu belirtilmektedir [358]. Ayrıca bilinçli farkındalık temelli müdahalelerin iyimserlikte önemli artışlar sağladığı belirtilmektedir [211]. Kontrol grubunda ise umutsuzluk düzeyinin artması kaygı düzeyinin ve bakım kaynaklı yaşanan sorunların artması ile ilişkili olabilir. Yapılan bir çalışmada pandemi süreciyle birlikte bakım zorluklarının daha da kötüleştiğini ve bunun sonucunda bakım verenlerin olumsuz sağlık sonuçları ve psikososyal etkiler bildirdiklerini göstermektedir [448]. Bu bulgular doğrultusunda, toplum ruh sağlığı hemşireleri bakım verenlerde depresyon ve intihar davranışının en önemli nedeni arasında gösterilen umutsuzluğa ilişkin belirtilerin farkında olmalı ve umutsuzluğu azaltmak için BFTSAP gibi girişimlerden yararlanabilir.

5.1.4. BFTSAP'nın Bakım Veren Ailelerin Öz Şefkat Düzeyleri Üzerine Etkisi

Bu araştırmada son test, 1. ve 3. aylarda yapılan izlem ölçümlerinde çalışma grubunda öz şefkat düzeyinin kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak arttığı saptanmıştır. Ayrıca aileler minnettarlık ve kendini takdir etme becerisi kazandıklarını, kendi ihtiyaçlarına duyarlılıklarının

arttığını, sosyal destek sistemlerinin geliştiğini ifade etmişlerdir. Müdahale sonrası ve izlem ölçümlerinde öz şefkatin artması uygulamanın etkili olduğunu göstermektedir. Bu kapsamda BFTSAP sonrası çalışma grubunda öz şefkat düzeyinin artması katılımcılar arasında oluşan bağ, ortak sorunlar yaşayan diğer bakım verenlerle birlikte olma ve katılımcıların kendilerini güvende hissettiği bir grup ortamında olmasının sosyal desteği arttırması ve bakım vermeye bağlı gelişen sorunların evrensel olduğuna ilişkin iç görünümün artması sonucu izolasyon ve yalnızlık, yabancılaşma hissinin azalması ile ilişkili olabilir. Ayrıca uygulamanın yaşanan acı verici deneyimle daha dengeli bir ilişki kurmayı sağlayarak yani öz şefkatin bir bileşeni olan farkındalığı artırarak öz şefkati arttırmış olabileceği düşünülmektedir. Psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin öz şefkat düzeylerini arttırmaya yönelik literatürde BFTSAP'nın kullanıldığı bir çalışmaya ulaşılamamıştır. Bu nedenle farklı hastalık gruplarına bakım verenlerde BF temelli müdahalelerin öz şefkat üzerine etkisi örneklendirilmiştir. Literatürde hem öz-şefkat hem de genel olarak şefkatin, bilinçli farkındalık uygulamaları sonucu geliştiği vurgulanmaktadır [162,272]. Farkındalık ve öz-şefkat yakından bağlantılı yapılardır, çünkü her biri, yargılamadan veya özeleştiri yapmadan duyguların farkında olmayı ve onlara açık olmayı içermektedir [280]. BF kabullenmeyi teşvik ederken aynı zamanda bireyleri kendilerine karşı şefkatli ve nazik olmaya teşvik eder, bu da öz-şefkatin artmasına yol açmaktadır [211]. Ayrıca BFTSAP'nda öz şefkat bir tutum olarak uygulamalar aracılığıyla geliştirilmeye çalışılır. Aynı zamanda BFTSAP'nın içeriğinde yer alan sevgi dolu nezaket meditasyonunu bireyin kendisine ve başkalarına karşı sevgi dolu bir kabul ve nezaket tutumu geliştirmeye odaklanmaktadır [451]. Ruhsal hastalığı olan bireyle yaşayan aileler için web tabanlı bir farkındalık müdahalesinin sonuçlarının araştırıldığı bir çalışmada müdahale sonrası ve 3 aylık takipte öz şefkat düzeylerinde önemli gelişmelerin olduğu ancak etki büyüklüklerinin küçük olduğu belirtilmektedir [406]. Gelişimsel yetersizliği olan çocukların ebeveynlerine veya bakım verenlerine uygulanan BFTSAP sonrasında farkındalık (%20), öz-şefkat (%20) ve psikolojik iyi oluşun (%9) önemli ölçüde arttığı, iki ay sonra yapılan izlem ölçümünde farkındalık, öz şefkat ve psikolojik iyi oluştaki artışların devam ettiği bildirilmektedir [452]. Zarei ve ark. (2022) yaptığı çalışmada demans hastalarına bakım verenlerde tele mindfulness müdahalesinin kontrol grubuna kıyasla çalışma grubundaki bireylerde öz şefkat ve başa çıkma stratejilerini arttırdığı vurgulanmaktadır [453]. Bakıcı Zorlanma İndeksi'nde 7 ve üzeri puan alan kronik hastalığı olan kişilerin bakım verenlerine uygulanan BFTSAP sonrasında ve 3 aylık takipte kontrol grubu ve çalışma grubu arasında algılanan stres ve öz-şefkat düzeylerinde gruplar arasında anlamlı fark bulunmadığı bildirilmektedir [61]. Madde bağımlılığı olan bireylere bakım veren kadınlarla yapılan bir çalışmada BFTSAP sonrası katılımcılarda stresin azaldığı, öz şefkatin arttığı vurgulanmaktadır. BFTSAP hakkındaki algılarını ve deneyimlerini keşfetmek için müdahale sonrası yapılan görüşmelerde katılımcılar kendilerine karşı nazik olma konusunda giderek daha yetenekli hale

geldiklerini ve eleştirel öz değerlendirmeleri konusunda daha fazla farkındalık geliştirdiklerini, stresi yönetme ve stresli durumlarda daha az reaktif olma kapasitelerinin arttığını ifade etmektedirler. Ayrıca madde bağımlılığı olan bir çocuğa sahip olma konusundaki ortak deneyimlerin BFTSAP'ı uygulamak için güvenli bir ortam oluşturduğunu, programın kendilerine benzer deneyimler yaşayan diğer bakım verenlerle bağ kurma fırsatı sunduğunu, BFTSAP'nın içeriğini güvenilir, bilgilendirici, anlaşılması kolay ve iyi yapılandırılmış olarak değerlendirdikleri, çoğu katılımcının programın uzunluğundan memnun olduğunu, eşlerinin veya çocuklarının da BFTSAP'na katılmasının fayda sağlayacağını da bildirmektedirler [399]. Evans ve ark. (2018) yaptığı bir çalışmada BFTSAP sonrası katılımcıların Duygudurum Profili Ölçeği puan ortalamalarının azaldığı, Bilinçli Farkındalık Ölçeği ve Öz Şefkat Ölçeği puan ortalamalarının arttığı bildirilmektedir. Arabuluculuk analizleri, öz-şefkatteki değişikliklerin BFTSAP eğitimini takiben farkındalık ve esenlik arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir. Bu sonuçlar, farkındalığın BFTSAP'nda öz-şefkat geliştirmek için bir yol sağlayabileceğini ve bunun gelişmiş refah ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir [451]. MBCT ve MBSR'nin psikolojik işlevsellik ve refah üzerindeki etkisinin altında yatan potansiyel psikolojik mekanizmaları belirlemeyi ve her bir mekanizma için kanıtların gücünü ve tutarlılığını değerlendirmeyi amaçlayan bir meta analizde öz-şefkat ve psikolojik esneklik için ön ancak yetersiz kanıtlar olduğu vurgulanmaktadır [59]. Bergen-Cico ve ark. (2014) yaptığı çalışmada meditasyonlar ile gelişen bilinçli farkındalığın öz şefkati arttırdığı ve farkındalığın özünde yer alan meta-bilişsel becerilerin öz-şefkat için gerekli olduğu vurgulanmaktadır [447]. Wakelin ve ark. (2022) yaptığı bir sistematik derleme ve meta analizde öz-şefkatle ilgili müdahalelerin, öz-eleştiriye önemli ve orta düzeyde bir azalma sağladığı, öz-şefkatle ilgili müdahalelerin daha uzun olması ve aktif yerine pasif kontrollerle karşılaştırıldığında özeleştiriye daha büyük azalmalar olduğu belirtilmektedir [283]. Psikiyatri hastalarının ailelerine uygulanan bir grup müdahalesinin etkinliğinin değerlendirildiği çalışmada grup katılımının faydaları arasında izolasyon, damgalama ve utancın azalması, kolektif deneyim duygusu, duyulduğunu hissetme fırsatı ve hasta bireyi desteklemede becerilerin gelişmesi gösterilmektedir. En çok vurgulanan faydalar, diğer bakım verenlerle sosyal bağlantıda olma ve bakım verenin hikayesini güvenli ve güven verici bir ortamda paylaşması olarak bildirilmektedir [454]. Hudson ve ark. (2020) yaşlı bireylere bakım verenlerle yaptığı bir çalışmada BF müdahalesinin benzersiz etkileşimli özelliğinin algılanan bir sosyal destek biçimi olarak özellikle faydalı olduğunu bildirilmektedir [455]. Tahsin ve ark. (2021) demans hastalığı olan bireylere bakım verenlerle yaptığı bir çalışmada tek oturumluk BF uygulaması sonucu tüm katılımcıların deneyimlerini hem öğrenme hem de sosyal ağ oluşturma fırsatları olarak gördükleri belirtilmektedir [456]. Daha yüksek öz-şefkat düzeyine sahip bireylerin, sorunları hakkında daha fazla perspektife sahip olduğu ve kendilerini izole edilmiş hissetme olasılıklarının daha düşük olduğu belirtilmektedir [273,278,348]. Kontrol grubunda yer alan ailelerde öz şefkat düzeyinin

azalması anksiyete ve bakım yükün artması ile ilişkili olabilir. Yapılan bir çalışmada öz şefkat ile bakım yükü arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmektedir [307]. Bakım veren bireylerde öz şefkat düzeyinin artması psikotik hastalığı olan bir bireye yakın olmakla ilişkili suçluluk, utanç, öfke, keder, kayıp gibi birçok olumsuz duyguyla başa çıkmak için yararlı olabilir. Bu doğrultuda, toplum ruh sağlığı hemşireleri hasta bireyin yaşadığı zorlanmalara maruz kalma sonucu gelişen empatik sıkıntı, tükenmişlik, merhamet yorgunluğunu önlemek ve bakım verenin içsel kaynaklarını geliştirmek amacıyla öz şefkati arttıran müdahalelerden yararlanabilir.

5.1.5. BFTSAP'nın Ailelerin Bakım Yükü Düzeyleri Üzerine Etkisi

Bu araştırmada çalışma grubunda yer alan ailelerin bakım yükü düzeyinin kontrol grubundakilere göre son-test, 1. ve 3. ay takip testlerinde anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Alınan geri bildirimler doğrultusunda, aileler uyku kalitelerinin ve bakım verilen hastaya karşı empati düzeylerinin geliştiğini, iletişim tarzlarına ilişkin farkındalıklarının arttığını ve somatik ağrılarının azaldığını belirtmişlerdir. Müdahale sonrası ve izlem ölçümlerinde bakım yükünün azalması uygulamanın etkili olduğunu göstermektedir. BFSAP'nın bilişsel, duygusal ve davranışsal esneklik sağlayarak etkili baş etmeyi kolaylaştırdığı, bakım verenin fiziksel ve duygusal ihtiyaçlarına ilişkin duyarlılığını artırarak bakım verme-özel yaşam arasında denge sağladığı, hasta bireye karşı empati ve şefkatiyi geliştirerek bakım yükünü azalttığı düşünülmektedir. Pagnini ve ark (2016) yaptığı bir çalışmada bilinçli farkındalığın bakım vermenin olumsuz etkilerine karşı önleyici bir faktörü temsil edebileceği vurgulanmaktadır [395]. Lo ve ark. (2022) yaptığı çalışmada BF temelli bir aile psikoeğitim programı (MBFPE) sonrası katılımcıların ailelerini önemsedikleri, psikotik hastalığı olan hasta bireye güvendikleri, doğa ve evrenle daha bağlantılı hissettikleri, bakım verme ve kişisel öz bakım arasında bir denge sağladıkları bildirilmektedir [446]. Ruhsal hastalığı olan bireylere bakım verenlerle yapılan bir çalışmada web tabanlı bir BF müdahalesi sonrasında ve 3 aylık takipte bakım yükünün azaldığı vurgulanmaktadır [406]. Whitehorn ve ark. (2017) psikotik hastalığı olan bireylerin aileleri ile yaptığı bir çalışmada BF müdahalesi sonrası katılımcılar bakış açılarının geliştiğini, olayları bağlam içinde daha fazla görebildiklerini, kendilerinin ve diğerlerinin daha fazla farkında olduklarını, rahatlık duygularının arttığını, duygusal tepkiselliğin azalmasıyla iletişimlerinin ve kişilerarası ilişkilerinin geliştiğini ifade etmektedirler. Buna bağlı olarak farkındalık müdahalesinin bakım veren ailelere başa çıkma ve iletişim konusunda destek sağlayabileceği belirtilmektedir [63]. Putri ve ark. (2020) şizofreni hastalarına bakım verenlerle yaptığı bir çalışmada BFTSAP sonrasında yapılan görüşmelerde katılımcılar hasta bireyle daha fazla empati kurabildiklerini, öfkelerini kontrol edebildiklerini ve daha fazla sabır gösterdiklerini ifade etmektedir [64]. Appleton ve ark. (2020) yaptığı bir çalışmada ruhsal, fiziksel hastalığı veya öğrenme güçlüğü olan yetişkin veya çocuklara bakım verenlere uygulanan BFTSAP programı

sonrası iki yıl sonra yapılan görüşmelerde katılımcılar hasta bireye karşı daha sabırlı olduklarını, uyku güçlükleri ve fiziksel sağlık sorunlarının azaldığını ifade etmektedirler [410]. Stjernswärd ve ark. (2017) ruhsal hastalığı olan bireylerin aileleri ile yaptığı bir çalışmada web tabanlı bir farkındalık müdahalesinin uygulama sonrası ve 3 aylık takipte bakım yükünü azalttığı belirtilmektedir. Müdahale öncesi ve sonrası yapılan karşılaştırmalar, tatmin, ilişki sorunları, günlük aktivitelerle ilgili sorunlar, destek ve fiziksel sorun boyutlarında önemli değişiklikler olduğu, ancak mali ve ruhsal sağlık boyutlarında anlamlı bir değişiklik olmadığını göstermektedir. Ancak tatmin, destek ve fiziksel sağlık boyutları için takipte anlamlı değişikliklerin korunmadığı ve ruh sağlığı boyutunun müdahale öncesine göre gelişme gösterdiği belirtilmektedir. Ayrıca müdahale öncesi ve sonrası bakım verme deneyimleriyle ilişkili mutluluk düzeylerinin pozitif ve anlamlı olarak arttığı vurgulanmaktadır [406]. Yapılan bir meta analizde demans hastalarına bakım verenlerde BF temelli müdahalelerin öncesi-sonrası etkisinin depresyon için yüksek ve bakım yükü için orta düzeyde olduğu bildirilmektedir [457]. Cheung ve ark. (2020) modifiye edilmiş BFTSAP ve MBCT'nin demans hastalarına bakım verenlerde stres, depresif belirtiler ve öznel bakım yükünü azaltmak için fizibilitesini ve ön etkinliğini araştırmak amacıyla yaptıkları çalışmada bir gruba BFTSAP ve diğer gruba MBCT uygulanmıştır. Araştırma sonucunda her iki müdahalenin de uygulanabilir olduğu, algılanan stres, depresif belirtiler ve subjektif bakım yükünün müdahale sonrasında azaldığı ve 3 aylık takipte bu azalmanın korunduğu belirtilmektedir [396]. Whitebird ve ark. (2013) demans hastalığı olan bireylere bakım verenlere uygulanan BFTSAP ve standart eğitim- destek müdahalesini karşılaştırdıkları bir çalışmada her iki müdahalenin de müdahale sonrası ve altı aylık takipte bakım yükünü iyileştirmede etkili olduğu bildirilmektedir [416]. Le ve ark. (2021) demanslı hastaların bakım verenlerine bir BF uygulaması olan nefes meditasyonunu uyguladıkları ve bir ay boyunca haftalık ev ziyaretleri yoluyla sürekli destek ve bakım kaynakları sağladıkları bir çalışmada olumlu duyguların ve mutluluğun artış gösterdiği, olumsuz duyguların azaldığı ve hastaya bağlılık duygusunun değişmediği bildirilmektedir [458]. Demans hastalarına bakım verenlerde 4 haftalık kısa süreli BF eğitiminin bakım yükünü müdahale sonrası azalttığı ve bir aylık takipte az miktarda arttığı, ancak yine de ön test seviyesinden düşük olduğu vurgulanmaktadır. Bakım yükünün bir aylık takipte farkındalık, iyimserlik, umut ile güçlü negatif bir ilişkisi olduğu vurgulanmaktadır. Yapılan görüşmelerde katılımcılar hasta bireyi ve hastalığı daha fazla kabullendiklerini, hem hasta bireyi hem de kendilerine karşı daha az yargılayıcı olduklarını, bakış açılarının değiştiğini böylece zorlayıcı durumu kabullenebildiklerini, sakin kalabildiklerini, hasta bireyin zorlayıcı davranışlarına karşı tepkisel davranışlarının azaldığını ifade etmektedirler [449]. Demans hastalarına bakım verenlere uygulanan tek bir seanslık BF uygulamasının etkinliğinin araştırıldığı bir çalışmada katılımcılar ruhsal sağlıkları ve stres yönetimi için faydalı olarak algıladıklarını, uyku düzenlerini iyileştirdiğini, kaygılarını yönetmeye ve stres düzeylerini

düşürmeye yardımcı olacağını düşündükleri bildirilmektedir. Ayrıca bakım verme nedeniyle kendilerini stresli hissettikleri ve uygulamanın daha rahat olmalarına yardımcı olabileceğini ifade etmektedirler [456]. Alzheimer hastalığı olan bireylere bakım verenlerle yapılan bir çalışmada müdahale grubuna 6 hafta boyunca bir farkındalık programı uygulanmıştır. Müdahale grubunda bakım yükü puan ortalamaları düşerken, kontrol grubunda anlamlı bir değişiklik olmadığı belirtilmektedir [459]. Çevrimiçi bir BF müdahalesinin yaşlı bireylere bakım verenlerde artan sakinlik ve enerji, rahatlama ve stresle baş etme gibi kısa vadeli sonuçlarının olduğu bildirilmektedir. Aynı çalışmada katılımcılar günün zorluklarıyla yüzleşmeye daha iyi hazırlayan ve daha fazla minnettarlık duymalarına yardımcı olan bir tutum değişikliğine yol açtığını, potansiyel olarak stresli anlarda farkındalık ve meditasyon ilkelerini uyguladıklarını, sessiz zamanlar bularak veya dinlenerek kendilerine bakmak için kasıtlı çabalar gösterdiklerini ifade etmektedirler. Ayrıca koşulları değişmemiş olsa da, stres ve kaygıyı önemli ölçüde azaltan yeni araçlar ve başa çıkma mekanizmaları kazandıkları, günlük görevlere daha iyi odaklanabildikleri bildirilmektedir. Bu durum potansiyel olarak öznel bakım yükünü azaltabilir [455]. Madde bağımlılığı olan bireylere bakım veren kadınlarla yapılan bir çalışmada BFTSAP sonrası katılımcılar daha iyi bir iş-yaşam dengesi oluşturduklarını, anda daha fazla mevcut olma ve daha etkili dinleme becerileri sergileme nedeniyle kişilerarası etkililiğin arttığını, uyku kalitelerinin arttığını, ağrı algılarında ve vücut gerginliğinde azalma olduğunu ifade etmektedirler [399]. Literatürde BF temelli müdahalelerin bakım verenlerde memnuniyeti arttırdığı, aşırı rol stresini azaltmaya yardımcı olduğu vurgulanmaktadır [358]. Ebeveyn odaklı farkındalık temelli beceri eğitimi (P-MBST) programı OKB hastalığı olan çocukların ebeveynlerinde hasta bireyin sıkıntısına toleransı arttırdığı belirtilmektedir [460]. Ruhsal hastalığı olan çocukların ve ergenlerin anneleri ile yapılan bir çalışmada BFTSAP sonrasında müdahale grubunda algılanan stres ve depresyonun anlamlı olarak azaldığı belirtilmektedir [409]. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri olan çocukların iyileştirilmesinde aile temelli bilinçli farkındalık müdahalesinin uygulanabilirliğini araştırmak amacıyla yapılan bir çalışmada müdahale grubunda ebeveynlik stresinin ve psikolojik iyi oluşun arttığı görülmektedir [461]. Bazzano ve ark. (2015) yaptığı bir çalışmada BFTSAP sonrasında ebeveynlerde ve bakım verenlerde algılanan stresin (%33) ve ebeveynlik stresinin azaldığı (%22), iki aylık takipte bu azalmanın düşüş gösterdiği belirtilmektedir. Ayrıca katılımcılar stresi daha iyi yönetmek, şimdiye daha fazla odaklanmak ve çocuklarıyla ilişkilerini geliştirmek için stratejiler öğrendiklerini ifade etmektedirler [452]. Roberts ve ark. (2015) gelişimsel yetersizliği olan çocukların ebeveynleri ile yaptığı bir çalışmada BFTSAP sonrasında katılımcılar stres düzeylerinde genel olarak azalma olduğunu, strese verilen otomatik tepkileri azalttığını, stresli durumları değerlendirme yeteneğinin arttığını, daha sakin tepki verdiklerini, fiziksel stres tepkisinin azaldığını, stres belirtierini daha erken fark ettiklerini belirtmektedirler [462]. Otizmlili bir çocuğu olan annelerle

yapılan bir çalışmada BFTSAP'nın müdahale grubunda bakım yükü ve zihinsel yorgunluk ortalama puanlarının önemli ölçüde azaldığı gösterilmektedir [463]. BF temelli müdahalelerin bakım verenlerde yaşamı takdir etme, empati, güç kazanma, başkalarına karşı şefkat ve empatiyi arttırdığı belirtilmektedir. Bu bulgulara dayanarak çalışma sonucunda BF temelli müdahalelerin mevcut baş etme stratejilerini geliştirdiği ve uyumlu olmayan baş etme stratejilerini değiştirmeyi sağladığı vurgulanmaktadır [402]. BFTSAP fiziksel ve duygusal öz bakım tekniklerini uygulama ve sağlığın geliştirilmesi için araçlar sağlayarak bakım verenlerde rahatlama sağlayabilir ve yaşam kalitesini arttırabilir [90,464]. Ek olarak BF uygulamaları bakım verenlerde hasta bireyin acı çekmesine tepki olarak ortaya çıkan durumdan veya duygulardan kaçınma olarak tanımlanan ve bakım verenlerde sıkıntı, stres ve olumsuz duygulanımla ilişkili deneyimsel kaçınmayı azalttığı söylenebilir. Ayrıca bakım verenlerde umutsuzluğun azalmasının bakım yükünü azalmasını sağlamış olabileceği düşünülmektedir. García-Castro ve ark. (2020) demans hastası bireylere bakım verenlerde yaptığı bir çalışmada umudun yükü en iyi tahmin eden karakter gücü olduğunu ve umudun algılanan stres ile yük arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini göstermektedir [227]. Şizofreni hastalarına bakım verenlerde algılanan sosyal desteğin ödül algısını anlamlı olarak yordadığı görülmüştür [230]. Bu bulgu sosyal desteğin bakım yükünü azalttığını göstermektedir. Ayrıca olayların nasıl yorumladığı ve algılandığı bireyin yaşadığı bakım yükü üzerinde muazzam bir etkiye sahiptir. BFTSAP bireylerin üzücü olaylarla ilgili algılarını değiştirerek yaşamları üzerinde kontrol hissini arttırmaktadır [90]. Jansen ve ark. (2014) ilk epizod psikoz sonrası ailelerle yaptığı bir çalışmada daha yüksek seviyelerde sıkıntı ve aşırı ilginin daha olumsuz bakım verme deneyimleriyle ilişkili olduğu, daha yüksek üstbilişsel kapasitenin daha olumlu bakım verme deneyimleriyle ilişkili olduğu bildirilmektedir. Kişinin kendi düşünme süreçlerinin farkında olması ve bu süreçleri kontrol edebilmesi anlamına gelen daha yüksek üstbilişsel kapasitenin hem olumsuz hem de olumlu deneyimlere izin vererek bakış açısını değiştirmeye yardımcı olduğu bildirilmektedir [465]. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerde yüksek duygu dışavurumunun psikotik hastalıkların nüksetmesinde güçlü ve değerli bir belirleyicisi olduğu vurgulanmaktadır [466,467]. Bakım verenlerde yüksek duygu dışı vurumunun bakım yükü arasında doğrudan bir ilişki olduğu belirtilmektedir [431]. Şizofreni hastalarına bakım verenlerin merhamet yorgunluğu ile başa çıkmak için kullandıkları başa çıkma süreçlerini keşfetmek amacıyla yapılan bir çalışmada iradeyi artırmak için bakım alan kişiyle olan bağın güçlendirilmesi, hastalıkla nasıl başa çıkılacağına öğrenilmesi ve fiziksel-zihinsel yorgunlukla mücadele için kendi kendini güçlendirme olmak üzere üç tema elde edilmiştir [468]. Ayrıca çalışma grubunda yer alan ailelerde öz şefkatin artması bakım yükünü azaltmış olabilir. Öz şefkati yüksek insanların kişisel sıkıntı yaşama olasılığının daha düşük olduğu ve başkalarının acılarıyla bunalmadan yüzleşebildikleri belirtilmektedir [278]. Kontrol grubunda bakım yükünün artması COVID-19'un mevcut kronik hastalığı olan bireyleri daha olumsuz etkilemesi, bakım verilen

bireyi enfekte etme korkusuyla yaşanan duygusal stres, pandemi sürecinde hasta bireyle geçirilen zamanın artması, rutin sağlık hizmetlerine erişimde yaşanan sorunlar ile ilişkili olabilir. Mart 2022 tarihinde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan raporda aşılanmanın yagınlaşması, salgının etkisinin azalması ile birlikte açık havada maske kullanımı ile normalleşme sürecine geçilse de yaşlı bireyler, kronik hastalığı olanlar açısından riskin devam ettiği vurgulanmaktadır. Normalleşme sürecine geçilse bile pandemi kaynaklı sorunların etkisinin aile bireyleri açısından devam ettiği söylenebilir [469]. Bulgular pandemik sonuçlardan en fazla etkilenen gruplar içerisinde ruhsal hastalık öyküsü olanların yer aldığı [470], pandeminin psikotik hastalığın semptomlarını olumsuz etkilediği [471] ve ruhsal hastalığı olanlarda semptom şiddetini ve psikososyal stresi arttırdığı belirtilmektedir [472]. Yapılan bir çalışmada bakım verenlerin daha fazla yorgunluk, uyku bozukluğu ve ekonomik zorluk yaşadıkları belirtilmektedir [448]. İngiltere’de yayınlanan bir raporda bakım verenlerin pandemi sürecinde bakım sürelerinin arttığı, tüm bakım verenlerin hasta bireye duygusal destek, motivasyon konularında daha fazla yardım sağladıkları bildirilmektedir [473]. Özellikle kadın bakım verenlerde bakım yükünün arttığı ve algılanan sağlığın olumsuz etkilendiğini gösterilmektedir [474]. Ayrıca kontrol grubunda bakım yükünün artması psikoz hastalığının mevsimsel doğası ile ilişkili olabilir [475-477]. Genellikle psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenler birden fazla rol üstlenmekte ve bakım vermenin bir sonucu olarak kendi ihtiyaçlarını görmezden gelme, kendi öz bakım davranışlarını ihmal etme eğilimindedir. Bu da bakım yükünü artırabilir. Bakım yükü bakım verenin işlevini ve bakım hasta bireyle ilişkisini, bakım verme kapasitesini etkileyebilir. Bu kapsamda, toplum ruh sağlığı hemşireleri bakım verenleri desteklemek için basit şekilde bakım verenin görevlerini azaltmak yerine, hasta birey ve bakım veren arasındaki karmaşık duygusal ilişkiyi, bakım verenin zorlanmaya karşı tepkisini ele alan müdahaleleri de ele alarak tükenmişik olasılığını azaltabilir ve yüksek kalitede bakım olasılığını artırabilir.

5.2. Sonuç

Bu çalışma ile ülkemizde BFTSAP ilk defa psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenlerde uygulanmıştır. Yapılan diğer çalışmalardan farklı olarak psikoz hastalarına bakım verenlerde ilk defa BFTSAP’nın umutsuzluk ve öz şefkat düzeyleri üzerine etkisi de incelenmiştir. Ayrıca çalışmanın deneysel desende tasarlanmış olması bu alanda çalışan hemşirelere, psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenleri destekleyen kanıt değeri yüksek bir müdahale seçeneği sunmaktadır. Araştırmadan elde edilen sonuçların bu alanda ilk olması nedeniyle hemşirelik literatürüne de önemli katkılar sağlayacağı düşünülmektedir. Bu alanda Türkiye’de henüz yapılmış çalışmaların bulunmaması nedeniyle bu çalışmada kullanılan girişimler iyi bir rehber oluşturacaktır.

Bu bölümde psikotik hastalığı olan bireylerin ailelerine uygulanan BFTSAP'nın ruhsal sağlık parametreleri ve bakım yükü üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmanın sonuçları değerlendirilmiş ve özet olarak sunulmuştur.

- BFTSAP sonrası çalışma grubundaki ailelerin durumluk-sürekli kaygı düzeylerinin kontrol grubuna göre son-test, 1. ve 3. ay takip testlerinde anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır.
- BFTSAP sonrası çalışma grubundaki ailelerin umutsuzluk düzeylerinde kontrol grubuna göre son-test, 1. ve 3. ay takip testlerinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır. Ayrıca çalışma grubunda BUÖ'nin gelecek ile ilgili duygular ve beklentiler, umut ve motivasyon kaybı alt boyutları puanlarının son-test, 1. ve 3. ay takip testlerinde kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur.
- BFTSAP sonrası çalışma grubundaki ailelerin öz şefkat düzeylerinin kontrol grubuna göre son-test, 1. ve 3. ay takip testlerinde anlamlı olarak arttığı saptanmıştır.
- BFTSAP sonrası çalışma grubundaki ailelerin bakım yükü düzeylerinde kontrol grubuna göre son-test, 1. ve 3. ay takip testlerinde anlamlı bir azalma olduğu saptanmıştır. Ölçeğin ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük, bağımlılık alt boyutları puanlarının son-test, 1. ve 3. ay takip testlerinde kontrol grubuna göre daha düşük olduğu bulunmuştur.
- Kontrol grubunda yer alan ailelerin son-test, 1. ve 3. ay takip testlerinde durumluk-sürekli kaygı, umutsuzluk ve bakım yükü düzeylerinin anlamlı olarak arttığı, öz şefkat düzeylerinin azaldığı görülmüştür.

5.3.Öneriler

Bu bölümde bu araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda uygulamaya ve araştırmaya yönelik öneriler sunulmuştur.

- Psikotik hastalığı olan bireylere bakım verenlerin anksiyete, umutsuzluk, öz şefkat ve bakım yükü düzeylerinin ilgili ölçeklerle belirlenerek gerekli desteğin sağlanması,
- TRSH'nin hem kendi gelişimleri hem de bakım verdikleri hasta birey ve ailesine daha kaliteli bakım verebilmeleri için BFTSAP olarak kendilerini geliştirmeleri veya TRSH'ye yönelik eğitim programlarının yapılması,
- BFTSAP'nın psikotik hastalığı olan bireylerin aileleri ile çalışan TRSH tarafından kullanılması,
- BFTSAP'nın sosyoekonomik düzeyi düşük aileler de dahil olmak üzere tüm aileleri kapsayıcı olması açısından yüz yüze yapılması ve rutin olarak verilen hizmetlere entegre edilmesi,

- Psikotik hastalığı olan bireylerin bakım verenlerine yönelik uygulanan bireysel veya grup eğitimi programlarına; BFTSAP içeriğinde yer alan uygulamaların eklenmesi,
- BFTSAP'nın uzun vadeli sonuçlarını görebilmek için belirli aralıklarla programın tekrarlanması ve hem nicel hem de nitel yöntemler kullanılarak uzun vadeli ölçümlerin yapıldığı kanıt düzeyi yüksek çalışmaların yapılması,
- Gelecekteki araştırmaların daha büyük bir örneklem büyüklüğü ile yürütülmesi ve BFTSAP'nın bakım verenlerin fiziksel sağlığı üzerindeki etkilerinin araştırılması,
- Ailelere uygulanan BFTSAP'nın bakım alan birey üzerindeki etkisinin incelenmesi,
- Hasta birey ile bakım veren ailelere BFTSAP'nın eş zamanlı uygulandığı araştırmaların yapılması,
- Psikotik hastalığın erken evresinde olan bireylerin ailelerine BFTSAP'nın araştırmaların yapılması,
- Bakım verenlerin BFTSAP'na ilişkin deneyimlerinin daha ayrıntılı araştırılması için kalitatif araştırmaların planlanması,
- Veri toplama formuna ailelerin ev uygulamalarını ne kadar sıklıkla yaptığına ilişkin bir soru eklenmesi ve ev uygulamalarına ilişkin formların değerlendirilmesi,
- Hastaya ve ailesine daha etkili bakım verebilmek ve psikiyatri hemşireliğinde çok önemli kavramlar olan farkındalık ve öz şefkatin hemşirelerde geliştirilebilmesi için BFTSAP'nın lisans ve yüksek lisans hemşirelik programlarına entegre edilmesi,
- Bakım verenin özellikleri (yorgunluk, ulaşım, damgalanma vb.) de dikkate alınarak tele-sağlık uygulamalarının arttırılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- [1]. Özdemir, N., İşler, T. (2019). Psikiyatrik hastalık tanısı almış bireylerin ailelerinin bakım yükü. *EJONS International Journal On Mathematic, Engineering and Natural Sciences*, 3(9), 107-112.
- [2]. Bademli, K., Duman, Z. Ç. (2013). Şizofreni hastalarının bakım verenleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(4), 461-478.
- [3]. Arslantaş, H. (2018). Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve baş etme stratejileri. *Türkiye Klinikleri Psychiatric Nursing-Special Topics*, 4(1), 39-47.
- [4]. Lohrasbi, F., Alavi, M., Akbari, M., Maghsoudi, J. (2023). Promoting psychosocial health of family caregivers of patients with chronic mental disorders: a review of challenges and strategies. *Chonnam Medical Journal*, 59(1), 31-47. doi:10.4068/cmj.2023.59.1.31
- [5]. Dijkxhoorn, M. A., Padmakar, A., Bunders, J. F., & Regeer, B. J. (2023). Stigma, lost opportunities, and growth: understanding experiences of caregivers of persons with mental illness in Tamil Nadu, India. *Transcultural Psychiatry*, 60(2), 255-271. doi:10.1177/13634615211059692
- [6]. Liu, N., Zhang, J. (2020). Experiences of caregivers of family member with schizophrenia in China: a qualitative study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 201-212. doi:10.1111/ppc.12412
- [7]. Iseselo, M. K., Kajula, L., Yahya-Malima, K. I. (2016). The psychosocial problems of families caring for relatives with mental illnesses and their coping strategies: a qualitative urban based study in Dar es Salaam, Tanzania. *BMC Psychiatry*, 16(1), 146-157. doi:10.1186/s12888-016-0857-y
- [8]. American Psychiatric Association (2014). *Understanding mental disorders: Your guide to DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- [9]. Caqueo-Úrizar, A., Miranda-Castillo, C., Giráldez, S. L., Maturana, S. L. L., Pérez, M. R., Tapia, F. M. (2014). An updated review on burden on caregivers of schizophrenia patients. *Psicothema*, 26 (2), 235-243. doi:10.7334/psicothema2013.86
- [10]. Ntsayagae, E. I., Poggenpoel, M., Myburgh, C. (2019). Experiences of family caregivers of persons living with mental illness: a meta-synthesis. *Curationis*. 42(1), e1-e9. doi: 10.4102/curationis.v42i1.1900
- [11]. Luitel, N. P., Jordans, M. J. D., Subba, P., Komproe, I. H. (2020). Perception of service users and their caregivers on primary care-based mental health services: a qualitative study in Nepal. *BMC Family Practice*, 21(1), 1-11. doi:10.1186/s12875-020-01266-y
- [12]. Basheer, S., Anurag, K., Garg, R., Kumar, R., Vashisht, S. (2015). Quality of life of caregivers of mentally ill patients in a tertiary care hospital. *Industrial Psychiatry Journal*, 24(2), 144-149. doi: 10.4103/0972-6748.181721
- [13]. Wan, K. F., Wong, M. M. (2019). Stress and burden faced by family caregivers of people with schizophrenia and early psychosis in Hong Kong. *Internal Medicine Journal*, 49 (Suppl. 1), 9-15. doi:10.1111/imj.14166
- [14]. Lahera, G., Cid, J., Gonzalez-Pinto, A., Cabrera, A., Mariner, C., Vieta, E. et al. (2020). Needs of people with psychosis and their caregivers: "In their own voice". *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 13(2), 80-89. doi:10.1016/j.rpsmen.2019.03.003
- [15]. Son, J., Erno, A., Shea, D. G., Femia, E. E., Zarit, S. H., Stephens, M. A. P. (2007). The caregiver stress process and health outcomes. *Journal of Aging and Health*, 19(6), 871-887. doi:10.1177/0898264307308568
- [16]. Millier, A., Schmidt, U., Angermeyer, M. C., Chauhan, D., Murthy, V., Toumi, M. et al. (2014). Humanistic burden in schizophrenia: a literature review. *Journal of Psychiatric Research*, 54, 85-93. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.03.021
- [17]. Mantri, S., Klawson, E., Albert, S., Rapoport, R., Precht, C., Glancey, S. et al. (2021). The experience of care partners of patients with Parkinson's disease psychosis. *Plos one*, 16(3), e0248968. doi:10.1371/journal.pone.0248968

- [18]. Bailey, J. M., Regan, T. W., Bartlem, K. M., Wiggers, J. H., Wye, P. M., Bowman, J. A. (2019). A survey of the prevalence of modifiable health risk behaviours among carers of people with a mental illness. *BMC Public Health*, 19(1), 1-10. doi:10.1186/s12889-019-7577-4
- [19]. Corchón, S., Sánchez-Martínez, V., Cauli, O. (2022). Perceived mental health and emotional trajectories of long-term family caregivers of persons with mental conditions: a mixed-methods study. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 105-113. doi:10.1016/j.apnu.2022.07.015
- [20]. Hegde, A., Chakrabarti, S., Grover, S. (2019). Caregiver distress in schizophrenia and mood disorders: the role of illness-related stressors and caregiver-related factors. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(1), 64-72. doi:10.1080/08039488.2018.1561945
- [21]. Poon, A. W. C., Joubert, L., Harvey, C. (2018). Perceived needs of carers of people with psychosis: an Australian longitudinal population-based study of caregivers of people with psychotic disorders. *Health & Social Care in the Community*, 26(3), 412-422. doi:10.1111/hsc.12530
- [22]. Ebrahimi, H., Seyedfatemi, N., Namdar Areshtanab, H., Ranjbar, F., Thornicroft, G., Whitehead, B., Rahmani, F. (2018). Barriers to family caregivers' coping with patients with severe mental illness in Iran. *Qualitative Health Research*, 28(6), 987- 1001. doi:10.1177/1049732318758644
- [23]. Alyafei, A. H., Alqunaibet, T., Mansour, H., Ali, A., Billings, J. (2021). The experiences of family caregivers of people with severe mental illness in the Middle East: a systematic review and meta-synthesis of qualitative data. *PLoS One*. 16(7), e0254351. doi:10.1371/journal.pone.0254351
- [24]. Toljamo, M., Perälä, M. L., Laukkala, H. (2012). Impact of caregiving on Finnish family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 211-218. doi:10.1111/j.1471-6712.2011.00919.x
- [25]. Chen, L., Zhao, Y., Tang, J., Jin, G., Liu, Y., Zhao, X. et al. (2019). The burden, support and needs of primary family caregivers of people experiencing schizophrenia in Beijing communities: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 19, 1-10. doi:10.1186/s12888-019-2052-4
- [26]. Cheng, W. L., Chang, C. C., Griffiths, M. D., Yen, C. F., Liu, J. H., Su, J. A. et al. (2022). Quality of life and care burden among family caregivers of people with severe mental illness: mediating effects of self-esteem and psychological distress. *BMC Psychiatry*, 22(1), 672. doi:10.1186/s12888-022-04289-0
- [27]. Cheng, S. C., Backonja, U., Buck, B., Monroe-DeVita, M., Walsh, E. (2020). Facilitating pathways to care: a qualitative study of the self-reported needs and coping skills of caregivers of young adults diagnosed with early psychosis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(4), 368-379. doi:10.1111/jpm.12591
- [28]. Coker, F., Williams, A., Hayes, L., Hamann, J., & Harvey, C. (2016). Exploring the needs of diverse consumers experiencing mental illness and their families through family psychoeducation. *Journal of Mental Health*, 25(3), 197-203. doi:10.3109/09638237.2015.1057323
- [29]. Onwumere, J., Kuipers, E., Wildman, E., Mason, A., Stahl, D. (2021). Caregiver wellbeing during Covid-19: does being hopeful play a role?. *Journal of Affective Disorders Reports*, 6, 100239. doi:10.1016/j.jadr.2021.100239
- [30]. Onwumere, J. (2021). Informal carers in severe mental health conditions: Issues raised by the United Kingdom SARS-CoV-2 (COVID-19) Pandemic. *International Journal of Social Psychiatry*, 67(2), 107-109. doi:10.1177/0020764020927046
- [31]. Hercelinskyj, G. J., Alexander, L. (2022). *Mental health nursing: Applying theory to practice*. China: International Limited.
- [32]. Onwumere, J., Shiers, D., Chew-Graham, C. (2016). Understanding the needs of carers of people with psychosis in primary care. *British Journal of General Practice*, 66(649), 400-401. doi:10.3399/bjgp16X686209
- [33]. Evans, K., Nizette, D., O'Brien, A. (Ed.). (2017). *Psychiatric and mental health nursing*. Australia: Elsevier.

- [34]. Ae-Ngibise, K. A., Doku, V. C. K., Asante, K. P., OwusuAgyei, S. (2015). The experience of caregivers of people living with serious mental disorders: a study from rural Ghana. *Global Health Section*, 8(1), 26957. doi:10.3402/gha.v8.26957
- [35]. Navidian, A., Kermansaravi, F., Rigi, S. N. (2012). The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Research Notes*, 5, 399–405. doi:10.1186/1756-0500-5-399
- [36]. Onwumere, J., Learmonth, S., Kuipers, E. (2016). Caring for a relative with delusional beliefs: A qualitative exploration. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 145–155. doi:10.1111/jpm.12291
- [37]. Rahmani, F., Ebrahimi, H., Ranjbar, F., Razavi, S. S., Asghari, E. (2016). The effect of group psychoeducation program on medication adherence in patients with bipolar mood disorders: a randomized controlled trial. *Journal of Caring Sciences*, 5(4), 287–297. doi:10.15171/jcs.2016.030
- [38]. Wainwright, L. D., Glentworth, D., Haddock, G., Bentley, R., Lobban, F. (2015). What do relatives experience when supporting someone in early psychosis? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 88(1), 105–119. doi:10.1111/papt.12024
- [39]. Gater, A., Rofail, D., Tolley, C., Marshall, C., Abetz-Webb, L., Zarit, S. H. et al. (2014). "Sometimes it's difficult to have a normal life": results from a qualitative study exploring caregiver burden in schizophrenia. *Schizophrenia Research and Treatment*, 2014, 1-13. doi:10.1155/2014/368215
- [40]. Poon, A. W. C., Harvey, C., Mackinnon, A., Joubert, L. (2017). A longitudinal population-based study of carers of people with psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 26(3), 265-275. doi:10.1017/S2045796015001195
- [41]. Shah, A. J., Wadoo, O., Latoo, J. (2010). Psychological distress in carers of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), 1-9.
- [42]. Kamil, S. H., Velligan, D. I. (2019). Caregivers of individuals with schizophrenia: who are they and what are their challenges?. *Current Opinion in Psychiatry*, 32(3), 157-163. Doi:10.1097/YCO.0000000000000492
- [43]. Halter, M. J. (Ed.). (2017). *Varcarolis' foundations of psychiatric-mental health nursing: a clinical approach*. Canada: Elsevier.
- [44]. Brown, K. W., Coogle, C. L., Wegelin, J. (2016). A pilot randomized controlled trial of mindfulness-based stress reduction for caregivers of family members with dementia. *Aging & mental health*, 20(11), 1157-1166. 10.1080/13607863.2015.1065790
- [45]. Jansen, J. E., Haahr, U. H., Harder, S., Trauelsen, A. M., Lyse, H. G., Pedersen, M. B. et al. (2015). Caregiver distress in first episode psychosis: the role of subjective appraisal, overinvolvement and symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 371–378. doi:10.1007/s00127-014-0935-8
- [46]. Wang, X., Chen, Q., Yang, M. (2017). Effect of caregivers' expressed emotion on the care burden and rehospitalization rate of schizophrenia. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1505–1511. doi:10.2147/PPA.S143873
- [47]. Özden, S. A., Tuncay, T. (2018). The experiences of Turkish families caring for individuals with schizophrenia: a qualitative inquiry. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(5), 497-505. doi:10.1177/0020764018779090
- [48]. Molavi, P., Sadeghieh-Ahary, S., Rezaeian, M., Taghizadeh, E., Nasiri, E., Karimollahi, M. (2021). "Living in hell": experiences of Iranian families living with patients with schizophrenia. *Research Square*, 1-11. doi:10.21203/rs.3.rs-644478/v1
- [49]. Çetinkaya-Duman, Z., Bademli, K. (2013). Kronik psikiyatri hastalarının aileleri: sistematik bir inceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5, 78-94.
- [50]. Chien, W.T., Chan, S.W., (2013). The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia: a randomised controlled trial with 24- month follow-up. *International Journal of Nursing Studies*, 50(10), 1326-1340. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.01.004

- [51]. Baysan-Arabacı, L., Büyükbayram, A., Aktaş, Y., Taşkın, N. (2018). Kronik ruhsal bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerine verilen psikoeğitimin yaşadıkları güçlük ve psikososyal uyumlarına etkisi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 9(3), 175-185.
- [52]. Durmaz, H. (2015). Kişilerarası ilişkiler terapi teknikleri ve psikoeğitimin şizofreni hasta ailelerinde öz-etkililik ve bakım yüküne etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- [53]. Özkan, B.(2011). Şizofreni hastası ve bakım vericisine verilen psikoeğitim ve telepsikiyatrik izlemin hasta işlevselliği ve ilaç uyumu ile aile yükü, depresyon ve duygu dışavurumuna etkisi. Yayınlanmamış doktora tezi, Erciyes Üniversitesi, Kayseri.
- [54]. Yıldırım, A., Buzlu, S., Hacıhasanoğlu Aşlar, R., Camcıoğlu, T. H., Erdiman, S., Ekinci, M. (2013). Şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programının hastalık hakkında bilgi, aile yükü ve öz yeterlilik üzerine etkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24, 1- 7.
- [55]. Delibaş, D. H., Erdoğan, E. (2022). Effects of a psychoeducation program on disease burden, depression, and anxiety levels in relatives of psychotic patients in a community mental health center. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(3), 940-945. doi:10.1111/ppc.12880
- [56]. Atalay, Z. (2019). Mindfulness. İstanbul: İnkılap Kitapevi Yayın Sanayi ve Ticaret AŞ.
- [57]. Hooda, D., Sharma, N. (Ed.). (2013). Mental health risk and resources. Delhi: Global Vision Publishing House.
- [58]. Williams, H., Simmons, L.A., Tanabe, P. (2015). Mindfulness-based stress reduction in advanced nursing practice: a nonpharmacologic approach to health promotion, chronic disease management, and symptom control. *Journal of Holistic Nursing*, 33(3), 247-259. doi: doi:10.1177/0898010115569349
- [59]. Gu, J., Strauss, C., Bond, R., Cavanagh, K. (2015). How do mindfulness-based cognitive therapy and mindfulness-based stress reduction improve mental health and wellbeing? a systematic review and meta-analysis of mediation studies. *Clinical Psychology Review*, 37, 1-12. doi:10.1016/j.cpr.2015.01.006
- [60]. Waelde, L. C., Meyer, H., Thompson, J. M., Thompson, L., Gallagher-Thompson, D. (2017). Randomized controlled trial of inner resources meditation for family dementia caregivers. *Journal of Clinical Psychology*, 73(12), 1629-1641. doi:10.1002/jclp.22470
- [61]. Hou, R. J., Wong, S. Y. S., Yip, B. H. K., Hung, A. T., Lo, H. H. M., Chan, P. H. et al. (2014). The effects of mindfulness-based stress reduction program on the mental health of family caregivers: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 45-53. doi: 10.1159/000353278
- [62]. Epstein-Lubow, G., McBee, L., Darling, E., Armey, M., Miller, I. (2011). A pilot investigation of mindfulness-based stress reduction for caregivers of frail elderly. *Mindfulness*, 22, 95-102. doi:10.1007/s12671-011-0047-4
- [63]. Whitehorn, D., Campbell, M. E., Cosgrove, P., Abidi, S., Tibbo, P. (2017). A mindfulness based support group for families in early psychosis: a pilot qualitative study. *Journal of Mental Health and Addiction Nursing*, 1(1), e30-e34. doi:10.22374/jmhan.v1i1.11
- [64]. Putri, U. N., Bintari, D. R. (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) for reducing stress among informal caregivers of schizophrenia. In 1st International Conference on Intervention and Applied Psychology (pp. 451-462). Indonesia: Atlantis Press.
- [65]. Lo, H. H. M., Ho, W. C., Lau, E. N. S., Lo, C. W., Mak, W. W., Ng, S. M. et al. (2019). A brief mindfulness-based family psychoeducation intervention for Chinese young adults with first episode psychosis: a study protocol. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-13. doi:10.3389/fpsyg.2019.00516
- [66]. T. C. Sağlık Bakanlığı (2011). Hemşirelik yönetmeliğinde değişiklik yapılmasına dair yönetmelik. 21 Haziran 2023 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110419-5.htm> adresinden erişildi.
- [67]. Gorman, L. M., Anwar, R. F. (2014). Neeb's Fundamentals of Mental Health Nursing. Philadelphia: F. A. Davis Company
- [68]. The Schizophrenia Commission (2012). The abandoned illness - a report by the schizophrenia commission. London: Rethink Mental Illness.

- [69]. National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2014). Psychosis and schizophrenia in adults: treatment and management. London: National Collaboration Centre for Mental Health.
- [70]. Sweeney, K., Shui, H., Calder, R., Duggan, M. (2016). The economic cost of serious mental illness and comorbidities in Australia and New Zealand. Melbourne, VIC: Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists
- [71]. National Institute of Mental Health. (2023). Mental Illness. 16 Haziran 2023 tarihinde <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness> adresinden erişildi.
- [72]. Townsend, M. C., Morgan, K. I. (2018). Psychiatric mental health nursing: concepts of care in evidence-based practice. USA: F. A. Davis Company.
- [73]. Dua, T., Barbui, C., Thornicroft, G. (2018). WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evidence-Based Mental Health*, 21(1), 30-34. doi:10.1136/eb2017-102750
- [74]. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington: American Psychiatric Publishing.
- [75]. WHO (2023). Schizophrenia. 19 Haziran 2023 tarihinde <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia> adresinden erişildi.
- [76]. Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G. et al. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195-1203. doi:10.1093/schbul/sby058
- [77]. James, S. L., Abate, D., Abate, K. H., Abay, S. M., Abbafati, C., Abbasi, N. et al. (2018). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, 392(10159), 1789-1858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7
- [78]. Chang, W. C., Wong, C. S. M., Chen, E. Y. H., Lam, L. C. W., Chan, W. C., Ng, R. M. K., et al. (2017). Lifetime prevalence and correlates of schizophrenia-spectrum, affective, and other non-affective psychotic disorders in the Chinese adult population. *Schizophrenia Bulletin*, 43(6), 1280-1290. doi:10.1093/schbul/sbx056
- [79]. Szöke, A., Baudin, G., Saba, G., Pignon, B., Richard, J. R., Leboyer, M., Schürhoff, F. (2015). Prevalence of psychotic disorders in an urban area of France. *BMC psychiatry*, 6(1), 1-10. doi:10.1038/srep26190
- [80]. Binbay, T., Ulaş, H., Elbi, H., Alptekin, K. (2011). Türkiye’de psikoz epidemiyolojisi: yaygınlık tahminleri ve başvuru oranları üzerine sistematik bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(1), 40-52.
- [81]. Binbay, İ., Arik Binbay, D., Ulas, H., Alptekin, K. (2016). Admission-based prevalence of schizophrenia, schizoaffective disorder and bipolar ı disorder in a catchment area in Sinop, Turkey. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 27(3). doi:10.5080/u13743
- [82]. Andrew, A., Knapp, M., McCrone, P., Parsonage, M., Trachtenberg, M. (2012). Effective interventions in schizophrenia: the economic case. London: Rethink Mental Illness.
- [83]. World Health Organization & World Bank. (2011). World report on disability 2011. World Health Organization. 19 Haziran 2023 tarihinde <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44575> adresinden erişildi.
- [84]. Vos, T., Barber, R. M., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I. et al. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*, 386(9995), 743-800. doi:10.1016/S0140-6736(15)60692-4
- [85]. Murray, C., Vos, T., Lozano, R., Naghavi, M., Flaxman, A., Michaud, C. et al. (2013). Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the global burden of disease study 2010. *The Lancet*, 380(9859), 2197-2223. doi:10.1016/S0140-6736(12)61689-4.
- [86]. Cloutier, M., Aigbogun, M. S., Guerin, A., Nitulescu, R., Ramanakumar, A. V., Kamat, S. A. et al. (2016). The economic burden of schizophrenia in the United States in 2013. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(6), 764-71. doi:10.4088/JCP.15m10278.

- [87]. Chong, H. Y., Teoh, S. L., Wu, D. B. C., Kotirum, S., Chiou, C. F., Chaiyakunapruk, N. (2016). Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 28, 357-373. doi:10.2147/NDT.S96649
- [88]. Stuart, G. W. (2013). *Principles and practice of psychiatric nursing*. Missouri: Mosby.
- [89]. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P. (2017). *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry*. China: Wolters Kluwer.
- [90]. Yadava, A., Hooda, D., Sharma, N. (Ed.). (2012). *Biopsychosocial issues in positive health*. Delhi: Global Vision Publishing House.
- [91]. Crespo-Facorro, B., Such, P., Nylander, A. G., Madera, J., Resemann, H. K., Worthington, E. et al. (2021). The burden of disease in early schizophrenia—a systematic literature review. *Current Medical Research and Opinion*, 37(1), 109-121. doi:10.1080/03007995.2020.1841618.
- [92]. Caqueo-Úrizar, A., Rus-Calafell, M., Urzúa, A., Escudero, J., Gutiérrez-Maldonado, J. (2015). The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 145-151. doi:10.2147/NDT.S51331
- [93]. Caqueo-Úrizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T. K., Irarrazaval, M., Urzúa, A., Boyer, L., Williams, D. R. (2017). Schizophrenia: impact on family dynamics. *Current Psychiatry Reports*, 19(1), 1-8. doi:10.1007/s11920-017-0756-z
- [94]. Alexander, G., Bebee, C. E., Chen, K. M., Vignes, R. M. D., Dixon, B., Escoffery, R. et al. (2016). Burden of caregivers of adult patients with schizophrenia in a predominantly African ancestry population. *Quality of Life Research*, 25(2), 393-400. doi:10.1007/s11136-015-1077-5
- [95]. Beyhan, B. A. G. (2012). Toplum ruh sağlığı merkezlerinde hemşirenin rolü: İngiltere örneği. *Psikiyatri Güncel Yaklaşımlar*, 4(4), 465-485. doi:10.5455/cap.20120428
- [96]. WHO (2021). *Comprehensive mental health action plan 2013–2030*. Geneva: World Health Organization.
- [97]. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2020-2023). 19 Haziran 2023 tarihinde https://www.sosyalicermeprojesi.org/_files/ugd/beae95_d132869cccd2462fa7ba3afbec6fdb58.pdf adresinden erişildi.
- [98]. T.C. Sağlık Bakanlığı (2011). Ulusal ruh sağlığı eylem planı (2011-2023). 28 Haziran 2023 tarihinde http://ahmetsaltik.net/arsiv/2014/07/ULUSAL_RUH_SAGLIGI_EYLEM_PLANI_2011-2023.pdf adresinden erişildi.
- [99]. Evans, K., Nizette, D., O'Brien, Johnson, C. (Ed.). (2020). *Psychiatric and Mental Health Nursing in the UK*. Radarweg : Elsevier
- [100]. Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric–mental health nursing*. China: Wolters Kluwer.
- [101]. Sullivan, A. B., Miller, D. (2015). Who is taking care of the caregiver?. *Journal of Patient Experience*, 2(1), 7-12. doi:10.1177/237437431500200103
- [102]. Kohrt, B. A., Asher, L., Bhardwaj, A., Fazel, M., Jordans, M. J., Mutamba, B. B. et al. (2018). The role of communities in mental health care in low-and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(6), 1279-1309. doi:10.3390/ijerph15061279
- [103]. Ko, M., Newcomer, R., Bindman, A. B., Kang, T., Hulett, D., Spetz, J. (2015). California's medicaid personal care assistants: characteristics and turnover among family and non-family caregivers. San Francisco, CA: UCSF Health Workforce Research Center on Long-Term Care. 16 haziran 2023 tarihinde https://healthforce.ucsf.edu/sites/healthforce.ucsf.edu/files/publication-pdf/Report-Characteristics_and_Turnover_among_Family_and_Non-Family_Caregivers.pdf adresinden erişildi.
- [104]. Janardhana, N., Raghunandan, S., Naidu, D. M., Saraswathi, L., Seshan, V. (2015). Care giving of people with severe mental illness: An Indian experience. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 37(2), 184-194. doi:10.4103/0253-7176.155619.
- [105]. Revenson, T., Griva, K., Luszczynska, A., Morrison, V., Panagopoulou, E., Vilchinsky, N., Hagedoorn, M. (2016). *Caregiving in the illness context*. UK: Palgrave Macmillan
- [106]. Moudatsou, M., Koukouli, S., Palioka, E., Pattakou, G., Teleme, P., Fasoi, G. et al. (2021). Caring for patients with psychosis: mental health professionals' views on informal caregivers'

- needs. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(6), 2964. doi:10.3390/ijerph18062964
- [107]. Chadda, R. K. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian journal of psychiatry*, 56(3), 221-227. doi:10.4103/0019-5545.140616
- [108]. Austin W., Peternej-Taylor, C. A., Kunyk, D., Boyd, M. A. (Ed.). (2018). *Psychiatric mental health nursing for Canadian practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer.
- [109]. Eikemo, T. A. (2018). Hidden health care in European health systems. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(4), 433-435. doi:10.1177/1403494818779885
- [110]. Yu, Y., Tang, B. W., Liu, Z. W., Chen, Y. M., Zhang, X. Y., Xiao, S. (2018). Who cares for the schizophrenia individuals in rural China—a profile of primary family caregivers. *Comprehensive Psychiatry*, 84, 47-53. doi:10.1016/j.comppsy.2018.04.002
- [111]. Citrome, L., Belcher, E., Stacy, S., Suett, M., Mychaskiw, M., Salinas, G. D. (2022). Perceived burdens and educational needs of caregivers of people with schizophrenia: results of a national survey study. *Patient Preference and Adherence*, 16, 159-168.
- [112]. Onwumere, J., Kuipers, E. (2017). Caregiving roles: when will they be routinely recognized and supported?. *Journal of Mental Health*, 26(2), 95-97. doi:10.1080/09638237.2017.1301649
- [113]. Chan, K. K. S., Yip, C. C. H., Tsui, J. K. C. (2023). Self-compassion mediates the impact of family support on clinical and personal recovery among people with mental illness. *Mindfulness*, 14(3), 720-731. doi:10.1007/s12671-023-02088-6
- [114]. Buckner, L., Yeandle, S. (2015). *Valuing carers 2015: The rising value of carers support*. Carers UK, London. 16 Haziran 2023 tarihinde https://www.sheffield.ac.uk/news/polopoly_fs/1.546409!/file/Valuing-Carers-2015.pdf adresinden erişildi.
- [115]. Fox, A., Sparrow, N., Webber, J. (2010). Carers and the NHS. *British Journal of General Practice*, 60(575), 462-463. doi:10.3399/bjgp10X509757
- [116]. Rahmani, F., Ebrahimi, H., Seyedfatemi, N., Namdar Areshtanab, H., Ranjbar, F., & Whitehead, B. (2018). Trapped like a butterfly in a spider's web: experiences of female spousal caregivers in the care of husbands with severe mental illness. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1507-1518. doi:10.1111/jocn.14286
- [117]. Tamizi, Z., Fallahi, M., Shahboulaghi, F. M., Mohammadi, E., Bakhshi, E., Dalvandi, A. (2020). Impacts of informal caregiving among the family caregivers of patients with schizophrenia: a qualitative study. *Nursing and Midwifery Studies*, 9(4), 237-243.
- [118]. Gupta, S., Isherwood, G., Jones, K., Van Impe, K. (2015). Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions. *BMC Psychiatry*, 15(1), 1-11. doi:10.1186/s12888-015-0547-1
- [119]. Masa'Deh, R. (2017). Perceived stress in family caregivers of individuals with mental illness. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 55(6), 30-35. doi:10.3928/02793695-20170519-04
- [120]. Lima-Rodríguez, J. S., de Medina-Moragas, A. J., Fernández-Fernández, M. J., Lima-Serrano, M. (2022). Factors associated with quality of life in relatives of adults with serious mental illness: A systematic review. *Community Mental Health Journal*. 58(7), 1361-1380. doi:10.1007/s10597-022-00948-4
- [121]. Kulhara, P., Kate, N., Grover, S., Nehra, R. (2012). Positive aspects of caregiving in schizophrenia: a review. *World Journal of Psychiatry*, 2(3), 43-48. doi:10.5498/wjp.v2.i3.43.
- [122]. Shiraishi, N., Reilly, J. (2022). Content analysis of the emotions affecting caregivers of relatives with schizophrenia. *Current Psychology*, 41(10), 6755-6765. doi:10.1007/s12144-020-01185-2
- [123]. Fekadu, W., Mihiretu, A., Craig, T. K., Fekadu, A. (2019). Multidimensional impact of severe mental illness on family members: systematic review. *BMJ Open*, 9(12), e032391. doi:10.1136/bmjopen-2019-032391
- [124]. Cleary, M., West, S., Hunt, G. E., McLean, L., Kornhaber, R. (2020). A qualitative systematic review of caregivers' experiences of caring for family diagnosed with schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(8), 667-683. doi:10.1080/01612840.2019.1710012

- [125]. Singh, G., Dubey, A. (2016). Mental health and well-being of caregivers: a review of the literature. *The International Journal of Indian Psychology*, 3(57), 98-105.
- [126]. Hsiao, C. Y., Lu, H. L., Tsai, Y. F. (2020). Psychiatric morbidity and its correlates among primary family caregivers of individuals diagnosed with schizophrenia in Taiwan. *Journal of Mental Health*, 31(4), 487-495. doi:10.1080/09638237.2020.1818703
- [127]. Hayes, L., Hawthorne, G., Farhall, J., O'Hanlon, B., Harvey, C. (2015). Quality of life and social isolation among caregivers of adults with schizophrenia: policy and outcomes. *Community Mental Health Journal*, 51, 591-597. doi:10.1007/s10597-015-9848-6
- [128]. Mittendorfer-Rutz, E., Rahman, S., Tanskanen, A., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F. et al. (2019). Burden for parents of patients with schizophrenia—a nationwide comparative study of parents of offspring with rheumatoid arthritis, multiple sclerosis, epilepsy, and healthy controls. *Schizophrenia Bulletin*, 45(4), 794-803. doi:10.1093/schbul/sby130
- [129]. Kingston, C., Onwumere, J., Keen, N., Ruffell, T., Kuipers, E. (2016). Posttraumatic stress symptoms (PTSS) in caregivers of people with psychosis and associations with caregiving experiences. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(3), 307-321. doi:10.1080/15299732.2015.1089969
- [130]. Rachamim, L., Nacasch, N., Sinay, I. (2022). Complicated grief, depression, health and attachment style in first degree relatives of individuals with a chronic psychotic disorders. *Community Mental Health Journal*, 58(3), 526-535. doi:10.1007/s10597-021-00848-z
- [131]. Sohail, N., Hussain, S., Kakar, S., Khan, S., Alimudin, M., Kamran, M., Ali, S. (2021). Depression and its associated factors: a study on caregivers of psychiatric patients. *Pakistan Armed Forces Medical Journal*, 71(6), 1933-36. doi:10.51253/pafmj.v6i6.2971
- [132]. Derajew, H., Tolessa, D., Feyissa, G. T., Addisu, F., Soboka, M. (2017). Prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of patients with severe mental illness in southwest, Ethiopia. *BMC psychiatry*, 17(1), 1-8. doi:10.1186/s12888-017-1249-7
- [133]. Koyanagi, A., Oh, H., DeVlyder, J., Shin, J. I., Kostev, K., Smith, L. et al. (2022). Psychotic experiences among informal caregivers: findings from 48 low-and middle-income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(9), 1771-1780. doi:10.1007/s00127-022-02312-z
- [134]. Lespine, L. F., Bohec, A. L., Dorey, J. M., Berbey, C. D., Lourioux, C., D'amato, T. et al. (2022). Caregiving-related experiences associated with depression severity and its symptomatology among caregivers of individuals with a severe mental disorder: an online cross-sectional study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273, 887-900, doi:10.1007/s00406-022-01451-3
- [135]. Peng, M. M., Ma, Z., & Ran, M. S. (2022). Family caregiving and chronic illness management in schizophrenia: positive and negative aspects of caregiving. *BMC Psychology*, 10(1), 83. doi:10.1186/s40359-022-00794-9
- [136]. Chen, X., Mao, Y., Kong, L., Li, G., Xin, M., Lou, F., Li, P. (2016). Resilience moderates the association between stigma and psychological distress among family caregivers of patients with schizophrenia. *Personality and Individual Differences*, 96, 78-82. doi:10.1016/j.paid.2016.02.062
- [137]. Jansen, J. E., Haahr, U. H., Harder, S., Trauelsen, A. M., Lyse, H. G., Buch Pedersen, M., & Simonsen, E. (2015). Caregiver distress in first-episode psychosis: the role of subjective appraisal, over-involvement and symptomatology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(3), 371-378. doi:10.1007/s00127-014-0935-8
- [138]. Lerner, D., Chang, H., Rogers, W. H., Benson, C., Lyson, M. C., & Dixon, L. B. (2018). Psychological distress among caregivers of individuals with a diagnosis of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatric Services*, 69(2), 169-178. doi:10.1176/appi.ps.201600422
- [139]. Ong, H. C., Ibrahim, N., & Wahab, S. (2016). Psychological distress, perceived stigma and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychol Res Behav Manag*, 9, 211-218. doi:10.2147/PRBM.S112129

- [140]. Udoh, E.E.; Omorere, D.E.; Sunday, O.; Osasu, O.S.; Amoo, B.A. Psychological Distress and Burden of Care among Family Caregivers of Patients with Mental Illness in a Neuropsychiatric Outpatient Clinic in Nigeria. *PLoS ONE* 2021, 16, e0250309. doi:10.1371/journal.pone.0250309
- [141]. Young, L., Murata, L., McPherson, C., Jacob, J. D., & Vandyk, A. D. (2019). Exploring the experiences of parent caregivers of adult children with schizophrenia: A systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 93-103. doi:10.1016/j.apnu.2018.08.005
- [142]. Deshpande, S. S., Dewani, S., Sirkhot, S. N., & Veerkar, D. (2018). Insights into psychosocial problems of primary caretakers of patients with schizophrenia in India. *Annals of Indian Psychiatry*, 2(2), 130-134. doi:10.4103/aip.aip_25_18
- [143]. Shiraishi, N., Reilly, J. (2019). Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: a systematic review and qualitative meta-summary. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54, 277-290. doi:10.1007/s00127-018-1617-8
- [144]. Vasconcelos e Sa, D., Barrowclough, C., Hartley, S., & Wearden, A. (2017). Self-blame attributions in relatives of people with recent-onset psychosis: Associations with relatives' distress and behavioural control. *British Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 172-188. doi:10.1111/bjc.12132
- [145]. Davis, D. J., Schultz, C. L. (1998). Grief, parenting, and schizophrenia. *Social Science & Medicine*, 46(3), 369-379. doi:10.1016/s0277-9536(97)00167-6
- [146]. Miller, F., Dworkin, J., Ward, M., & Barone, D. (1990). A preliminary study of unresolved grief in families of seriously mentally ill patients. *Psychiatric Services*, 41(12), 1321-1325. doi:10.1176/ps.41.12.1321
- [147]. Osborne, J., Coyle, A. (2002). Can parental responses to adult children with schizophrenia be conceptualized in terms of loss and grief? A case study analysis. *Counselling Psychology Quarterly*, 15(4), 307-323. doi:10.1080/09515070210151779
- [148]. MacGregor, P. (1994). Grief: the unrecognized parental response to mental illness in a child. *Social Work*, 39(2), 160-166.
- [149]. Miller, F. E. (1996). Grief therapy for relatives of persons with serious mental illness. *Psychiatric Services*, 47(6), 633-637. doi:10.1176/ps.47.6.633
- [150]. Parker, B. A. (1993). Living with mental illness: the family as caregiver. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 31(3), 19-21.
- [151]. Young, J., Bailey, G., & Rycroft, P. (2004). Family grief and mental health: a systemic, contextual and compassionate analysis. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 25(4), 188-197.
- [152]. Dijkxhoorn, M. A., Padmakar, A., Jude, N., Bunders, J., Regeer, B. (2019). Understanding caregiver burden from a long-term perspective: The Banyan model of caregiver experiences. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 61-71. doi:10.1111/ppc.12299
- [153]. Geraghty, K., McCann, K., King, R., Eichmann, K. (2011). Sharing the load: parents and carers talk to consumer consultants at a child and youth mental health inpatient unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20(4), 253-262. doi:10.1111/j.1447-0349.2011.00730.x
- [154]. Richardson, M., Cobham, V., McDermott, B., Murray, J. (2013). Youth mental illness and the family: parents' loss and grief. *Journal of Child and Family Studies*, 22, 719-736. doi:10.1007/s10826-012-9625-x
- [155]. Akbari, M., Alavi, M., Irajpour, A., Maghsoudi, J. (2018). Challenges of family caregivers of patients with mental disorders in Iran: a narrative review. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(5), 329. doi:10.1186/s12888-017-1368-1
- [156]. Kalayci, E., Uzunaslani, İ., & Uzunaslani, Ş. (2023). Caregiver burden experiences of caregivers of patients with schizophrenia: a qualitative inquiry. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(3), 543-550. doi:10.1177/00207640221114564
- [157]. Issac, A., Nayak, S. G., Yesodharan, R., Sequira, L. (2022). Needs, challenges, and coping strategies among primary caregivers of schizophrenia patient: a systematic review & meta-synthesis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 41, 317-332. doi:10.1016/j.apnu.2022.09.001
- [158]. Krupchanka, D., Kruk, N., Sartorius, N., Davey, S., Winkler, P., Murray, J. (2017). Experience of stigma in the public life of relatives of people diagnosed with schizophrenia in the Republic of

- Belarus. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52, 493-501. doi:10.1007/s00127-017-1365-1
- [159]. Weimand, B. M., Hall-Lord, M. L., Sällström, C., Hedelin, B. (2013). Life-sharing experiences of relatives of persons with severe mental illness—a phenomenographic study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(1), 99-107. doi:10.1111/ppc.12299
- [160]. Vermeulen, B., Lauwers, H., Spruytte, N., Van Audenhove, C. (2015). Experiences of family caregivers for persons with severe mental illness: an international exploration. Leuven: LUCAS KU Leuven/EUFAMI
- [161]. Clark, D. A., Beck, A. T. (2011). *The anxiety and worry workbook: the cognitive behavioral solution*. USA: The Guilford Press
- [162]. Didonna, F. (Ed.). (2009). *Clinical handbook of mindfulness*. New York: Springer.
- [163]. Orsillo, S. M., Roemer, L. (2011). *The mindful way through anxiety: break free from chronic worry and reclaim your life*. New York: The Guilford Press.
- [164]. Forsyth, J. P., Eifert, G. H. (2016). *The mindfulness and acceptance workbook for anxiety: a guide to breaking free from anxiety, phobias, and worry using acceptance and commitment therapy*. USA: New Harbinger Publications, Inc.
- [165]. Santos, J. C., Cutcliffe, J. R. (Ed.). (2018). *European psychiatric/ mental health nursing in the 21st century a person-centred evidence-based approach*. Switzerland: Springer International Publishing.
- [166]. Pamela L. Swearingen, P. L. () *All-in-one nursing care planning resource: medical-surgical, pediatric, maternity, and psychiatric-mental health*. Canada: Mosby.
- [167]. Mohr, W. K. (Ed.). (2013). *Psychiatric–mental health nursing: evidence- based concepts, skills, and practices*. China: Lippincott Williams & Wilkins.
- [168]. Kneisl, R. C., Trigoboff, E. (2014). *Contemporary psychiatric-mental health nursing*. China: Pearson Education Limited
- [169]. Shafran, R., Brosan, L., Cooper, P. (Ed.). (2013). *The complete CBT guide for anxiety*. London: Constable & Robinson Ltd.
- [170]. Gorman, L. M., Donna F. Sultan, D. F. (2008). *Psychosocial nursing for general patient care*. USA: F. A. Davis Company.
- [171]. Hughes, C., Herron, S., Younge, J. (2014). *CBT for mild to moderate depression and anxiety: a guide to low- intensity interventions*. New York: Open University Press.
- [172]. Norman, I., Ryrie, I. (2013). *The art and science of mental health nursing: principles and practice*. England: McGraw-Hill/Open University Press.
- [173]. Tompkins, M. A. (2013). *Anxiety and avoidance: a universal treatment for anxiety, panic, and fear*. Oakland: New Harbinger Publications, Inc.
- [174]. Orsillo, S. M., Roemer, L. (2016). *Worry less, live more: the mindful way through anxiety workbook*, New york: The Guilford Press.
- [175]. Black Dog Institute. (2023). Signs & symptoms of anxiety. 16 Haziran 2023 tarihinde <https://www.blackdoginstitute.org.au/resources-support/anxiety/signs/> adresinden erişildi.
- [176]. Gorman, L. M., Anwar, R. F. (2022). *Mental health nursing*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- [177]. Brain, C., Kymes, S., DiBenedetti, D. B., Brevig, T., Velligan, D. I. (2018). Experiences, attitudes, and perceptions of caregivers of individuals with treatment-resistant schizophrenia: a qualitative study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1-13. doi:10.1186/s12888-018-1833-5
- [178]. Izon, E., Berry, K., Law, H., Shiers, D., & French, P. (2020). "I don't think I took her fears seriously": Exploring the experiences of family members of individuals at-risk of developing psychosis over 12 months. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(6), 965-976. doi:10.1002/cpp.2483
- [179]. Kretchy, I. A., Osafo, J., Agyemang, S. A., Appiah, B., & Nonvignon, J. (2018). Psychological burden and caregiver-reported non-adherence to psychotropic medications among patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 259, 289-294. doi:10.1016/j.psychres.2017.10.034
- [180]. Leng, A., Xu, C., Nicholas, S., Nicholas, J., Wang, J. (2019). Quality of life in caregivers of a family member with serious mental illness: evidence from china. *Archives of Psychiatric Nursing*, 33(1), 23-29. doi:10.1016/j.apnu.2018.08.010

- [181]. Yu, Y., Zhou, W., Liu, Z. W., Hu, M., Tan, Z. H., Xiao, S. Y. (2018). Gender differences in caregiving among a schizophrenia population. *Psychology Research and Behavior Management*, 12: 7-13. doi:10.2147/PRBM.S187975
- [182]. Yu, Y., Li, T. X., Li, Y. L., Qiu, D., Xi, S. J., Xiao, S. Y., Tebes, J. K. (2020). A cross-sectional study on spouse and parent differences in caregiving experiences of people living with schizophrenia in rural China. *BMC Psychiatry*, 20(1), 226. doi:10.1186/s12888-020-02633-w
- [183]. Dikeç, G., Ergün, G., Gumus, F. (2018). Relation among anxiety and family burden in primary first-degree caregivers of outpatients with mental disorders in Turkey. *Issues In Mental Health Nursing*, 39(2), 142-150. doi:10.1080/01612840.2017.1373174
- [184]. Nasir, M., Uroosa, T., Farooq, N. (2022). Level of depression and anxiety among caregivers of patients with schizophrenia. *British Journal of Healthcare and Medical Research*, 9(2), 1-12. doi:10.14738/jbemi.92.11984.
- [185]. Smith, L., Shin, J. I., Oh, H., Sánchez, G. F. L., Underwood, B., Jacob, L. et al. (2022). Anxiety symptoms among informal caregivers in 47 low-and middle-income countries: A cross-sectional analysis of community-based surveys. *Journal of Affective Disorders*, 298, 532-539. doi:10.1016/j.jad.2021.11.029
- [186]. Onwumere, J., Lotey, G., Schulz, J., James, G., Afshar zadegan, R., Harvey, R., Raune, D. (2017). Burnout in early course psychosis caregivers: the role of illness beliefs and coping styles. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(3), 237-243. doi:10.1111/eip.12227
- [187]. Marchetti, I., Alloy, L. B., Koster, E. H. W. (2019). Breaking the vise of hopelessness: targeting its components, antecedents, and context. *OSF Preprints*. 19 Haziran 2023 tarihinde <https://osf.io/ryvwu/> adresinden erişildi.
- [188]. Zeigler-Hill, V., Shackelford, T. (Ed.). (2020). *Encyclopedia of personality and individual differences*. USA: Springer. doi:10.1007/978-3-319-28099-8_7-1
- [189]. Balsamo, M., Carlucci, L., Innamorati, M., Lester, D., Pompili, M. (2020). Further insights into the beck hopelessness scale (BHS): unidimensionality among psychiatric inpatients. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 1-10. doi:10.3389/fpsyt.2020.00727
- [190]. Flaskas, C., McCarthy, I. Sheehan, J. (2007). *Hope and despair in narrative and family therapy adversity, forgiveness and reconciliation*. Sussex: Routledge
- [191]. Marchetti, I. (2019). Hopelessness: a network analysis. *Cognitive Therapy and Research*, 43(3), 611-619. doi:10.1007/s10608-018-9981-y
- [192]. Rosellini, A. J., Bagge, C. L. (2014). Temperament, hopelessness, and attempted suicide: direct and indirect effects. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 44(4), 353-361. doi:10.1111/sltb.12078
- [193]. Liu, R. T., Kleiman, E. M., Nestor, B. A., & Cheek, S. M. (2015). The hopelessness theory of depression: A quarter-century in review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22(4), 345-365. doi:10.1111/cpsp.12125
- [194]. Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D., Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-865. doi:10.1037/H0037562
- [195]. Roepke, A. M., Seligman, M. E. (2016). Depression and prospection. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(1), 23-48. doi:10.1111/bjc.12087
- [196]. Perczel-Forintos, D., Rózsa, S., Pilling, J., Kopp, M. (2013). Proposal for a short version of the Beck Hopelessness Scale based on a national representative survey in Hungary. *Community Mental Health Journal*, 49, 822-830. doi:10.1007/s10597-013-9619-1
- [197]. Hawton, K., Comabella, C. C., Haw, C., Saunders, K. (2013). Risk factors for suicide in individuals with depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 147(1-3), 17-28. doi:10.1016/j.jad.2013.01.004
- [198]. Ghio, L., Gotelli, S., Cervetti, A., Respino, M., Natta, W., Marcenaro, M. et al. (2015). Duration of untreated depression influences clinical outcomes and disability. *Journal of Affective Disorders*, 175, 224-228. doi:10.1016/j.jad.2015.01.014
- [199]. Serafini, G., Lamis, D. A., Aguglia, A., Amerio, A., Nebbia, J., Geoffroy, P. A. et al. (2020). Hopelessness and its correlates with clinical outcomes in an outpatient setting. *Journal of affective disorders*, 263, 472-479. doi:10.1016/j.jad.2019.11.144

- [200]. Ribeiro, J. D., Huang, X., Fox, K. R., & Franklin, J. C. (2018). Depression and hopelessness as risk factors for suicide ideation, attempts and death: meta-analysis of longitudinal studies. *The British Journal of Psychiatry*, 212(5), 279-286. doi:10.1192/bjp.2018.27
- [201]. Laranjeira, C. A., Querido, A. I. F. (2022). The multidimensional model of hope as a recovery-focused practice in mental health nursing. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3), 1-6. doi:10.1590/0034-7167-2021-0474
- [202]. Sequeira, C., Sampaio, F. (Ed.). (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel.
- [203]. Doe, M. J. (2020). Conceptual foreknowings: an integrative review of hope. *Nursing Science Quarterly*, 33(1), 55-64. doi:10.1177/0894318419881805
- [204]. Hernandez, M., Barrio, C., Gaona, L., Helu-Brown, P., Hai, A., Lim, C. (2019). Hope and schizophrenia in the Latino family context. *Community Mental Health Journal*, 55, 42-50. doi:10.1007/s10597-018-0354-5
- [205]. O'Hara, D. J. (2011). Psychotherapy and the dialectics of hope and despair. *Counselling Psychology Quarterly*, 24(4), 323-329. doi:10.1080/09515070.2011.623542
- [206]. Bailey, W. A., Harrist, A. W. (2018). *Family caregiving: fostering resilience across the life course*. USA: Springer
- [207]. Hefferon, K., Boniwell, I. (2011). *Positive Psychology: Theory, research and applications*. England: Open University Press.
- [208]. Hirsch, J. K., Chang, E. C., Rabon J. K. (Ed.). (2018). *A positive psychological approach to suicide: theory, research, and prevention*. Switzerland: Springer International Publishing.
- [209]. Park, J., & Chen, R. K. (2016). Positive psychology and hope as means to recovery from mental illness. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 47(2), 34-42. doi:10.1891/0047-2220.47.2.34
- [210]. Schrank, B., Stanghellini, G., Slade, M. (2008). Hope in psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(6), 421-433. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01271.x
- [211]. Ivtzan, I., Lomas, T. (Ed.). (2016). *Mindfulness in positive psychology: the science of meditation and wellbeing*. New York: Routledge.
- [212]. Moore, S. L. (2005). Hope makes a difference. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(1), 100-105. doi:10.1111/j.1365-2850.2004.00802.x
- [213]. Lohne, V. (2022). 'Hope as a lighthouse' A meta-synthesis on hope and hoping in different nursing contexts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36(1), 36-48. doi:10.1111/scs.12961
- [214]. Cleary, M., Sayers, J. M., Lopez, V., Shattell, M. M., & Cleary, M. (2016). Hope and mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(9), 692-694. doi:10.1080/01612840.2016.1221676
- [215]. Berget, J. A., Løvvik, C., Davidson, L., Moltu, C., & Veseth, M. (2018). The relational context of mental health for carers: a qualitative study. *Journal of Recovery in Mental Health*, 2(1), 22-34.
- [216]. Duggleby, W., Holtslander, L., Kylma, J., Duncan, V., Hammond, C., Williams, A. (2010). Metasynthesis of the hope experience of family caregivers of persons with chronic illness. *Qualitative Health Research*, 20(2), 148-158. doi:10.1177/1049732309358329
- [217]. Marshall, S., Deane, F., Crowe, T., White, A., Kavanagh, D. (2013). Carers' hope, wellbeing and attitudes regarding recovery. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 344-353. doi:10.1007/s10597-012-9568-0
- [218]. Lippi, G. (2016). Schizophrenia in a member of the family: burden, expressed emotion and addressing the needs of the whole family. *South African Journal of Psychiatry*, 22(1), 922-928. doi:10.4102/sajpsychiatry.v22i1.922.
- [219]. Chan, S. W. C. (2011). Global perspective of burden of family caregivers for persons with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 339-349. doi:10.1016/j.apnu.2011.03.008
- [220]. Phoeun, B., Chanthorn, L., Schulhofer, L., Khann, S., Soung, T., Conroy, K., & Nguyen, A. J. (2023). 'I feel hopeless': exploring the psychosocial impacts of caring for mentally ill relatives in Cambodia. *International Journal of Social Psychiatry*, 69(2), 438-446. doi:10.1177/00207640221109171

- [221]. Casaleiro, T., Caldeira, S., Cardoso, D., Apóstolo, J. (2022). Spiritual aspects of the family caregivers' experiences when caring for a community-dwelling adult with severe mental illness: A systematic review of qualitative evidence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 29(2), 240-273. doi:10.11124/JBISRIR-2017-003882
- [222]. Koschorke, M., Padmavati, R., Kumar, S., Cohen, A., Weiss, H. A., Chatterjee, S. et al. (2017). Experiences of stigma and discrimination faced by family caregivers of people with schizophrenia in India. *Social science & medicine*, 178, 66-77. doi:10.1016/j.socscimed.2017.01.061
- [223]. 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. doi:10.1080/01612840.2018.1496208
- [224]. Hyun, M. S., Cho Chung, H. I. Kim, H. (2017). Experiences of family stigma among mothers of adult children with mental illness in South Korea. *Issues in Mental Health Nursing*, 38, 845-851. doi:10.1080/01612840.2017.1335361
- [225]. Batool, I., Malik, G., & Manzoor, I. (2021). Demographic differences on caregiver burden, psychological distress and hopelessness among caregivers of psychiatric patients. *Khyber Medical University Journal*, 14(4), 227-31. doi:10.35845/kmuj.2021.20469
- [226]. Guan, Z., Huang, C., Wiley, J. A., Sun, M., Bai, X., & Tang, S. (2020). Internalized stigma and its correlates among family caregivers of patients diagnosed with schizophrenia in Changsha, Hunan, China. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(3), 224-236. doi:10.1111/jpm.12571
- [227]. García-Castro, F. J., Alba, A., Blanca, M. J. (2020). Association between character strengths and caregiver burden: hope as a mediator. *Journal of Happiness Studies*, 21(4), 1445-1462. doi:10.1007/s10902-019-00138-2
- [228]. Francisquini, P. D., Soares, M. H., Machado, F. P., Luis, M. A. V., & Martins, J. T. (2020). Relationship between well-being, quality of life and hope in family caregivers of schizophrenic people. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(1), e20190359. doi:10.1590/0034-7167-2019-0359
- [229]. Hernandez, M., Barrio, C., & Yamada, A. M. (2013). Hope and burden among Latino families of adults with schizophrenia. *Family Process*, 52(4), 697-708. doi:10.1111/famp.12042
- [230]. Stanley, S., Balakrishnan, S. (2021). Informal caregiving in schizophrenia: correlates and predictors of perceived rewards. *Social Work In Mental Health*, 19(3), 230-247. doi:10.1080/15332985.2021.1904089
- [231]. Akbari, M., Alavi, M., Irajpour, A., Maghsoudi, J., Lopez, V., & Cleary, M. (2018). Support needs for family caregivers of clients with mental illness in Iran: A qualitative study. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(10), 896-903. doi:10.1080/01612840.2018.1445324
- [232]. WHO Centre for Health Development. (2004). A glossary of terms for community health care and services for older persons. 20 Haziran 2023 tarihinde <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68896> adresinden erişildi.
- [233]. Rahmani, F., Roshangar, F., Gholizadeh, L., & Asghari, E. (2022). Caregiver burden and the associated factors in the family caregivers of patients with schizophrenia. *Nursing Open*, 9(4), 1995-2002. doi:10.1002/nop2.1205
- [234]. Di Lorenzo, R., Girone, A., Panzera, N., Fiore, G., Pinelli, M., Venturi, G. et al. (2021). Empathy and perceived burden in caregivers of patients with schizophrenia spectrum disorders. *BMC Health Services Research*, 21, 1-13. doi:10.1186/s12913-021-06258-x
- [235]. Koç, M., Tel, H., Karakulah, K. (2021). Determining care burden and psychiatric symptom level in caregiver of schizophrenia patient. *Perspectives in Psychiatric Care*, 57(2), 642-647. doi:10.1111/ppc.12588
- [236]. Ribé, J. M., Salamero, M., Pérez-Testor, C., Mercadal, J., Aguilera, C., Cleris, M. (2018). Quality of life in family caregivers of schizophrenia patients in Spain: caregiver characteristics, caregiving burden, family functioning, and social and professional support. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 22(1), 25-33. doi:10.1080/13651501.2017.1360500
- [237]. Tamizi, Z., Fallahi-Khoshknab, M., Dalvandi, A., Mohammadi-Shahboulaghi, F., Mohammadi, E., & Bakhshi, E. (2020). Caregiving burden in family caregivers of patients with

- schizophrenia: A qualitative study. *Journal of Education and Health Promotion*, 9,12. doi:10.4103/jehp.jehp_356_19
- [238]. Nergiz, Z. (2019). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin aile içi bütünlük duygusu ve bakım verme yükünün belirlenmesi: a-kesitsel çalışma. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Ordu Üniversitesi, Ordu.
- [239]. Shamsaei, F., Cheraghi, F., & Bashirian, S. (2015). Burden on family caregivers caring for patients with schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatry*, 10(4):239-245.
- [240]. Yu, Y., Liu, Z. W., Tang, B. W., Zhao, M., Liu, X. G., Xiao, S. Y. (2017). Reported family burden of schizophrenia patients in rural China. *PloS ONE*, 12(6), e0179425. doi:10.1371/journal.pone.0179425
- [241]. Nuralita, N. S., Camellia, V., Loebis, B. (2019). Relationship between caregiver burden and expressed emotion in families of schizophrenic patients. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(16), 2583-2589. doi:10.3889/oamjms.2019.394
- [242]. Ramzani, A., Zarghami, M., Charati, J. Y., Bagheri, M., Lolaty, H. A. (2019). Relationship between self-efficacy and perceived burden among schizophrenic patients' caregivers. *Journal of Nursing and Midwifery Sciences*, 6(2), 91-97. doi:10.4103/JNMS.JNMS_13_19
- [243]. Ranjan, L. K., Gupta, P. R., Kiran, M., Singh, N. K. (2022). Family care burden and its association with psychological distress among caregivers of chronic patients with schizophrenia. *Journal of Public Health and Primary Care*, 3(3), 81-85. doi:10.4103/jphpc.jphpc_16_22
- [244]. The National Alliance for Caregiving. (2016). On pins & needles: caregivers of adults with mental illness. 20 Haziran 2023 tarihinde https://www.caregiving.org/wp-content/uploads/2020/05/NAC_Mental_Illness_Study_2016_FINAL_WEB.pdf adresinden erişildi.
- [245]. Fitryasari, R., Yusuf, A., Tristiana, R. D., Nihayati, H. E. (2018). Family members' perspective of family Resilience's risk factors in taking care of schizophrenia patients. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(3), 255-261. doi:10.1016/j.ijnss.2018.06.002
- [246]. Von Kardorff, E., Soltaninejad, A., Kamali, M., Eslami Shahrababaki, M. (2016). Family caregiver burden in mental illnesses: the case of affective disorders and schizophrenia—a qualitative exploratory study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 70(4), 248-254. doi:10.3109/08039488.2015.1084372
- [247]. Kızılırmak, B., Ertem, M., Kılıçaslan, E. E. (2023). Being a caregiver in the management of chronic mental illness: A phenomenological qualitative research. *Journal of Human Sciences*, 20(1), 16-25. doi:10.14687/jhs.v20i1.6317
- [248]. Bademli, K., Lök, N. (2020). Feelings, thoughts and experiences of caregivers of patients with schizophrenia. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(5), 452-459. doi:10.1177/0020764020916211
- [249]. Wong, Y. L. I., Kong, D., Tu, L., Frasso, R. (2018). "My bitterness is deeper than the ocean": understanding internalized stigma from the perspectives of persons with schizophrenia and their family caregivers. *International Journal of Mental Health Systems*, 12(1), 1-15. doi:10.1186/s13033-018-0192-4
- [250]. Yin, M., Li, Z., Zhou, C. (2020). Experience of stigma among family members of people with severe mental illness: A qualitative systematic review. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(2), 141-160. doi:10.1111/inm.12668
- [251]. Hou, S. Y., Ke, C. L. K., Su, Y. C., Lung, F. W., & Huang, C. J. (2008). Exploring the burden of the primary family caregivers of schizophrenia patients in Taiwan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(5), 508-514. doi:10.1111/j.1440-1819.2008.01843.x
- [252]. Cirici Amell, R., Cobo, J., Martí Castanyer, M., & Giménez Gómez, N. (2018). Gender and other factors influencing the burden of care in relatives of people diagnosed with schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *International Journal of Culture and Mental Health*, 11(4), 638-652. doi:10.1080/17542863.2018.1479764
- [253]. Shi, Y., Shao, Y., Li, H., Wang, S., Ying, J., Zhang, M. et al. (2019). Correlates of affiliate stigma among family caregivers of people with mental illness: A systematic review and meta-

- analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26(1-2), 49-61. doi:10.1111/jpm.12505
- [254]. Stanley, S., Bhuvanewari, G. M., & Bhakyalakshmi, S. (2016). Mental health status and perceived burden in caregiving spouses of persons with psychotic illness (a study from India). *Social Work in Mental Health*, 14(5), 530-544. doi:10.1080/15332985.2015.1064508
- [255]. Guan, Z., Wiley, J. A., Tang, S., & Sun, M. (2022). Internalised stigma, social support, coping and care-giving burden among Chinese family caregivers of adults diagnosed with schizophrenia: A parallel mediation analysis. *Health & Social Care in the Community*, 30, 2300-2310. doi:10.1111/hsc.13780
- [256]. Sin, J., Elkes, J., Batchelor, R., Henderson, C., Gillard, S., Woodham, L. A. et al. (2021). Mental health and caregiving experiences of family carers supporting people with psychosis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 30, e3. doi:10.1017/S2045796020001067
- [257]. El Sayed, N. N. F., Khalil, E. A. W., Osman, Z. A. H., & Abdelsalam, Z. A. M. (2018). Stigma and quality of life among caregivers of mentally ill patients: family and nursing staff. *Journal of Nursing and Health Science*, 7(3), 57-66. doi:10.9790/1959-0703045766
- [258]. Abbaslou, T., Farsham, A., Bidaki, R., & Bozorg, B. (2023). The relationship between coping styles and family burden in chronic schizophrenic and bipolar type I patients' caregivers. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*, 59(1), 1-6. doi:10.1186/s41983-023-00609-7
- [259]. Sagut, P., & Duman, Z. Ç. (2016). Comparison of caregiver burden in first episode versus chronic psychosis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(6), 768-773. doi:10.1016/j.apnu.2016.07.011
- [260]. Marimbe, B. D., Kajawu, L., Muchirahondo, F., Cowan, F., & Lund, C. (2016). Perceived burden of care and reported coping strategies and needs for family caregivers of people with mental disorders in Zimbabwe. *African Journal of Disability*, 5(1), 1-9. doi:10.4102/ajod.v5i1.209
- [261]. Mohammed, S. F. M., & Ghaith, R. F. A. H. (2018). Relationship between burden, psychological well-being, and social support among caregivers of mentally ill patients. *Egyptian Nursing Journal*, 15(3), 268-280. doi:10.4103/ENJ.ENJ_17_18
- [262]. Fekih-Romdhane, F., Ben Ali, S., Ghazouani, N., Tira, S., & Cheour, M. (2020). Burden in Tunisian family caregivers of older patients with schizophrenia spectrum and bipolar disorders; associations with depression, anxiety, stress, and quality of life. *Clinical Gerontologist*, 43(5), 545-557. doi:10.1080/07317115.2020.1728600
- [263]. Vadher, S., Desai, R., Panchal, B., Vala, A., Ratnani, I. J., Rupani, M. P., & Vasava, K. (2020). Burden of care in caregivers of patients with alcohol use disorder and schizophrenia and its association with anxiety, depression and quality of life. *General Psychiatry*, 33(4), e100215. doi:10.1136/gpsych-2020-100215
- [264]. Stanley, S., Balakrishnan, S., & Ilangovan, S. (2017). Psychological distress, perceived burden and quality of life in caregivers of persons with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 26(2), 134-141. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(3), 307-321. doi:10.1080/09638237.2016.1276537
- [265]. Kumar, R., & Varghese, A. (2019). Depression and quality of life in family caregivers of individuals with psychiatric illness. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 6(2), 715-720. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20190196
- [266]. Sustrami, D., Yusuf, A., Fitryasari, R., Suhardiningsih, A. S., & Arifin, H. (2023). Determinants of burden in family caregivers of individuals with schizophrenia: a systematic review. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 61(2), 38-43. doi:10.3928/02793695-20220804-02
- [267]. Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: a concept analysis. *International journal of nursing sciences*, 7(4), 438-445. doi:10.1016/j.ijnss.2020.07.012
- [268]. Reyes, D. (2012). Self-compassion: a concept analysis. *Journal of holistic nursing*, 30(2), 81-89. doi:10.1177/0898010111423421
- [269]. Williams, J. M. G., Kabat-Zinn, J. (2013). *Mindfulness: Diverse Perspectives on its Meaning, Origins and Applications*. New York : Routledge.

- [270]. Kashdan, T. B., Ciarrochi, J. (Ed.). (2013). *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: the seven foundations of well-being*. Canada: Context Press.
- [271]. Jinpa, T. (2010). *Compassion cultivation training (CCT): Instructor's manual*. Unpublished, Stanford, CA.
- [272]. Barnard, L. K., Curry, J. F. (2011). Self-compassion: conceptualizations, correlates, interventions. *Review of General Psychology*, 15(4), 289-303. doi:10.1037/a0025754
- [273]. Uyanık, N., Çevik, Ö. (2020). Öz-şefkat gelişiminde bilişsel formülasyonun rolü. *International Journal Of Current Approaches in Language, Education and Social Sciences*, 2(2), 660-674. doi:10.35452/caless.2020.35
- [274]. Elices, M., Carmona, C., Pascual, J. C., Feliu-Soler, A., Martin-Blanco, A., Soler, J. (2017). Compassion and self-compassion: construct and measurement. *Mindfulness & Compassion*, 2(1), 34-40. doi:10.1016/j.mincom.2016.11.003
- [275]. Wong, C. C. Y., Knee, C. R., Neighbors, C., & Zvolensky, M. J. (2019). Hacking stigma by loving yourself: A mediated-moderation model of self-compassion and stigma. *Mindfulness*, 10(3), 415-433. doi:10.1007/s12671-018-0984-2
- [276]. Neff, K. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualisation of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi:10.1080/15298860390129863
- [277]. Neff, K. D. (2011). Self-compassion, self-esteem, and well-being. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 1-12. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x
- [278]. Ostafin, B. D., Robinson, M. D., Meier, B. P. (Ed.). (2015). *Handbook of mindfulness and self-regulation*. New York: Springer.
- [279]. Neff, K. D. (2023). Self-compassion: theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74, 193-218. doi:10.1146/annurev-psych-032420-031047
- [280]. First Psychology Scotland (2023). *Understanding & learning how to be self-compassionate: a workbook & guide*. 19 Haziran 2023 tarihinde <https://www.firstpsychology.co.uk/files/self-compassion-booklet.pdf> adresinden erişildi.
- [281]. Ferrari, M., Hunt, C., Harrysunker, A., Abbott, M. J., Beath, A. P., & Einstein, D. A. (2019). Self-compassion interventions and psychosocial outcomes: a meta-analysis of RCTs. *Mindfulness*, 10, 1455-1473. doi:10.1007/s12671-019-01134-6
- [282]. Neff, K. D., Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. doi:10.1002/jclp.21923
- [283]. Wakelin, K. E., Perman, G., Simonds, L. M. (2022). Effectiveness of self-compassion-related interventions for reducing self-criticism: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(1), 1-25. doi:10.1002/cpp.2586
- [284]. Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. doi:10.1111/bjc.12043
- [285]. Gilbert, P. (2020). Compassion: from its evolution to a psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 11, 1-31. doi:10.3389/fpsyg.2020.586161
- [286]. Seppälä, E. M., Simon-Thomas, E., Brown, S. L., Worline, M. C., Cameron, C. D., Doty, J. R. (Ed.). (2017). *The Oxford handbook of compassion science*. USA: Oxford University Press.
- [287]. Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792. doi:10.1016/j.beth.2017.06.003
- [288]. Phillips, W. J., & Hine, D. W. (2021). Self-compassion, physical health, and health behaviour: a meta-analysis. *Health Psychology Review*, 15(1), 113-139. doi:10.1080/17437199.2019.1705872
- [289]. Zessin, U., Dickhäuser, O., & Garbade, S. (2015). The relationship between self-compassion and well-being: a meta-analysis. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 7(3), 340-364. doi:10.1111/aphw.12051
- [290]. Hansen, N. H., Juul, L., Pallesen, K. J., & Fjorback, L. O. (2021). Effect of a compassion cultivation training program for caregivers of people with mental illness in Denmark: a randomized clinical trial. *JAMA Network Open*, 4(3), e211020-e211020. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.1020

- [291]. Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the mindful self-compassion program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44. doi:10.1002/jclp.21923
- [292]. Jazaieri, H., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., Goldin, P. R. (2014). A randomized controlled trial of compassion cultivation training: Effects on mindfulness, affect, and emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 38, 23-35. doi:10.1007/s11031-013-9368-z
- [293]. Jazaieri, H., McGonigal, K., Lee, I. A., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2018). Altering the trajectory of affect and affect regulation: the impact of compassion training. *Mindfulness*, 9, 283-293. doi:10.1007/s12671-017-0773-3
- [294]. Callow, T. J., Moffitt, R. L., Neumann, D. L. (2021). External shame and its association with depression and anxiety: the moderating role of self-compassion. *Australian Psychologist*, 56(1), 70-80. doi:10.1080/00050067.2021.1890984
- [295]. Anālayo, B., & Dhammadinnā, B. (2021). From compassion to self-compassion: a text-historical perspective. *Mindfulness*, 12(6), 1350-1360. doi:10.1007/s12671-020-01575-4
- [296]. Jazaieri, H., Lee, I. A., McGonigal, K., Jinpa, T., Doty, J. R., Gross, J. J., & Goldin, P. R. (2016). A wandering mind is a less caring mind: Daily experience sampling during compassion meditation training. *The Journal of Positive Psychology*, 11(1), 37-50. doi:10.1080/17439760.2015.1025418.
- [297]. Finlay-Jones, A. L. (2017). The relevance of self-compassion as an intervention target in mood and anxiety disorders: a narrative review based on an emotion regulation framework. *Clinical Psychologist*, 21(2), 90-103. doi:10.1111/cp.12131
- [298]. Gilbert, P. (2009). Introducing compassion-focused therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 15(3), 199-208. doi:10.1192/apt.bp.107.005264
- [299]. Germer, C. K., Neff, K. D. (2013). Self-compassion in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69(8), 856-867. doi:10.1002/jclp.22021
- [300]. Mouziraji, Z. E., Sanagoo, A., Jouybari, L. (2021). Lived experiences of a family with a patient with schizophrenia. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 9(5), 99-109.
- [301]. Monin, J. K., Schulz, R. (2009). Interpersonal effects of suffering in older adult caregiving relationships. *Psychology and aging*, 24(3), 681-695. doi:10.1037/a0016355
- [302]. Upasen, R., & Saengpanya, W. (2022). Compassion fatigue among family caregivers of schizophrenic patients. *Journal of Population and Social Studies*, 30, 1-17.
- [303]. Hsiao, F. H. (2023). Self-compassion for burnout and compassion fatigue in caregivers. *Journal of Nursing Research*, 31(1), e251. doi:10.1097/jnr.0000000000000544
- [304]. Alejandro, C. A., Francisca, A. C., Chiara, F., & Chiara, C. (2018). Mapping Caregivers' health assets. A self-care project using salutogenesis and mindfulness. *Acta Bio Medica: Atenei Parmensis*, 89(Suppl 7), 70-77. doi:10.23750/abm.v89i7-S.7863
- [305]. Karimirad, M. R., Seyedfatemi, N., Mirsepassi, Z., Noughani, F., & Cheraghi, M. A. (2022). Barriers to self-care planning for family caregivers of patients with severe mental illness. *Journal of Patient Experience*, 9, 1-7. doi:10.1177/23743735221092630.
- [306]. Kabat-Zinn, J. (2013). *Full catastrophe living: using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. United States: Bantam Books.
- [307]. Lloyd, J., Muers, J., Patterson, T. G., & Marczak, M. (2019). Self-compassion, coping strategies, and caregiver burden in caregivers of people with dementia. *Clinical gerontologist*, 42(1), 47-59. doi:10.1080/07317115.2018.1461162
- [308]. Noei, F. R., Atashi, V., & Ashouri, E. (2022). The effect of an online mindfulness self-compassion training program on psychological distress in caregivers of patients with cancer. *Nursing and Midwifery Studies*, 11(2), 90-95. doi:10.4103/nms.nms10121
- [309]. Wai Wa Chan, E., Liang, L., Huinan Liu, N., & Hou, W. K. (2022). The moderated associations of self-compassion with physiological and psychological stress responses: comparisons between cancer caregivers and non-caregivers. *Journal of Health Psychology*, 27(10), 2318-2329. doi:10.1177/13591053211030994
- [310]. Danucalov, M. A., Kozasa, E. H., Afonso, R. F., Galduroz, J. C., & Leite, J. R. (2017). Yoga and compassion meditation program improve quality of life and self-compassion in family caregivers

- of Alzheimer's disease patients: a randomized controlled trial. *Geriatrics & Gerontology International*, 17(1), 85-91. doi:10.1111/ggi.12675
- [311]. Wong, C. C., Mak, W. W., & Liao, K. Y. H. (2016). Self-compassion: A potential buffer against affiliate stigma experienced by parents of children with autism spectrum disorders. *Mindfulness*, 7, 1385-1395. doi:10.1007/s12671-016-0580-2
- [312]. Diggory, K., & Reeves, A. (2022). 'Permission to be kind to myself'. The experiences of informal carers of those with a life-limiting or terminal illness of a brief self-compassion-based self-care intervention. *Progress in Palliative Care*, 30(3), 149-157. doi:10.1080/09699260.2021.1972722
- [313]. Murfield, J., Moyle, W., O'Donovan, A., & Ware, R. S. (2020). The role of self-compassion, dispositional mindfulness, and emotion regulation in the psychological health of family carers of older adults. *Clinical Gerontologist*, 1-13. doi:10.1080/07317115.2020.1846650
- [314]. Pratiwi, A. C., & Mardhiyah, S. A. (2019). Resiliensi dengan self-compassion pada family caregiver orang dengan skizofrenia (Ods). *Psychology Journal of Mental Health*, 1(1), 40-51.
- [315]. Sari, E. P., Roudhotina, W., Rahmani, N. A., & Iqbal, M. M. (2020). Kebersyukuran, self-compassion, dan kesejahteraan psikologi pada caregiver skizofrenia. *Jurnal Psikologi*, 16(1), 1-10. doi:10.24014/jp.v16i1.9081
- [316]. Juwarti, J., Wuryaningsih, E. W., & Ala, M. Z. (2018). Hubungan Self Compassion dengan Stres Family Caregiver Orang Dengan Skizofrenia (ODS) di Wilayah Kerja Puskesmas Mumbulsari Kabupaten Jember. *Pustaka Kesehatan*, 6(2), 298-304. doi:10.19184/pk.v6i2.7775
- [317]. Tan, E. Y. Q., Yip, V. T., & Rolles-Abraham, K. L. (2021). Benefit-finding and self-compassion promote psychological well-being in caregivers of individuals with mental illness: a cross-sectional study. *medRxiv*, 1-31. doi:10.1101/2021.07.14.21260546
- [318]. Bucci, S., Berry, K., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2016). Family interventions in psychosis: a review of the evidence and barriers to implementation. *Australian Psychologist*, 51(1), 62-68. doi:10.1111/ap.12172
- [319]. Hahlweg, K., & Baucom, D. H. (2022). Family therapy for persons with schizophrenia: neglected yet important. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273, 819-824. doi:10.1007/s00406-022-01393-w
- [320]. Eassom, E., Giacco, D., Dirik, A., & Priebe, S. (2014). Implementing family involvement in the treatment of patients with psychosis: A systematic review of facilitating and hindering factors. *BMJ Open*, 4(10), e006108. doi:10.1136/bmjopen-2014-006108
- [321]. Semrau, M., Lempp, H., Keynejad, R., Evans-Lacko, S., Mugisha, J., Raja, S. et al. (2016). Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low-and middle-income countries: systematic review. *BMC Health Services Research*, 16(1), 1-18. doi:10.1186/s12913-016-1323-8
- [322]. MacCourt, P. (2013). Family caregivers advisory committee. Mental Health Commission of Canada. National guidelines for a comprehensive service system to support family caregivers of adults with mental health problems and illnesses. Calgary, AB, Mental Health Commission of Canada.
- [323]. Hsiao, C. Y., Lu, H. L., & Tsai, Y. F. (2020). Factors associated with family functioning among people with a diagnosis of schizophrenia and primary family caregivers. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 27(5), 572-583. doi:10.1111/jpm.12608
- [324]. Kuipers, E. (2010). Time for a separate psychosis caregiver service?. *Journal of Mental Health*, 19(5), 401-404. doi:10.3109/09638237.2010.510155
- [325]. American Nurses Association, American Psychiatric Nurses Association, International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses (2013). *Psychiatric-mental health nursing: scope and standards of practice*, Silver Spring, MD: Nursesbooks.org.
- [326]. Susanti, H., Lovell, K., & Mairs, H. (2018). What does the literature suggest about what carers need from mental health services for their own wellbeing? A Systematic Review. *Enfermeria Clinica*, 28(1), 102-111. doi:10.1016/S1130-8621(18)30047-0
- [327]. Mbadugha, C. J., Ogbonnaya, N. P., Iheanacho, P. N., Omotola, N. J., Ogbonna, P. N., & Anetekhai, C. J. (2023). Exploring perceived impact of caregiving and coping strategies adopted

- by family caregivers of people with schizophrenia: a qualitative study in Enugu, South East Nigeria. *Qualitative Research Journal*, 23(3), 338-353. doi:10.1108/QRJ-06-2022-0082
- [328]. Dillinger, R. L., & Kersun, J. M. (2020). Caring for caregivers: Understanding and meeting their needs in coping with first episode psychosis. *Early Intervention in Psychiatry*, 14(5), 528-534. doi:10.1111/eip.12870
- [329]. Durmaz, H., & Okanli, A. (2021). Effects of Interpersonal Psychotherapy (IPT) Techniques and psychoeducation on self-efficacy and care burden in families of patients with schizophrenia. *The American Journal of Family Therapy*, 49(4), 373-391. doi:10.1080/01926187.2020.1820401
- [330]. Grácio, J., Gonçalves-Pereira, M., & Leff, J. (2016). What do we know about family interventions for psychosis at the process level? A systematic review. *Family Process*, 55(1), 79-90. doi:0.1111/famp.12155
- [331]. McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: a review. *Family Process*, 55(3), 460-482. doi:10.1111/famp.12235
- [332]. Ma, C. F., Chien, W. T., & Bressington, D. T. (2018). Family intervention for caregivers of people with recent-onset psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(4), 535-560. doi:10.1111/eip.12494
- [333]. Raeisi, M., Navidian, A., & Rezaee, N. (2020). Comparison of the effect of nurses' education on stress, anxiety and depression of family caregivers of patients hospitalized with schizophrenia disorder. *Archives of Pharmacy Practice*, 11(1), 82-87.
- [334]. Chien, W. T., Bressington, D., & Chan, S. W. (2018). A randomized controlled trial on mutual support group intervention for families of people with recent-onset psychosis: a four-year follow-up. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 1-17. doi:10.3389/fpsyt.2018.00710
- [335]. Yesufu-Udechuku, A., Harrison, B., Mayo-Wilson, E., Young, N., Woodhams, P., Shiers, D. et al. (2015). Interventions to improve the experience of caring for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 206(4), 268-274. doi:10.1192/bjp.bp.114.147561
- [336]. Macleod, S. H., Elliott, L., & Brown, R. (2011). What support can community mental health nurses deliver to carers of people diagnosed with schizophrenia? Findings from a review of the literature. *International journal of nursing studies*, 48(1), 100-120. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.09.005
- [337]. Martin-Carrasco, M., Fernandez-Catalina, P., Dominguez-Panchon, A. I., Gonçalves-Pereira, M., Gonzalez-Fraile, E., Munoz-Hermoso, P., & Ballesteros, J. (2016). A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European Psychiatry*, 33(1), 9-17. doi:10.1016/j.eurpsy.2016.01.003.
- [338]. Kapse, P. P., & Kiran, M. (2018). Brief psycho-education for care givers of persons with first episode psychosis. *Indian Journal of Health and Well-being*, 9(1), 33-37.
- [339]. Sin, J., Gillard, S., Spain, D., Cornelius, V., Chen, T., & Henderson, C. (2017). Effectiveness of psychoeducational interventions for family carers of people with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 56, 13-24. doi:10.1016/j.cpr.2017.05.002.
- [340]. Verma, P. K., Walia, T. S., Chaudhury, S., & Srivastava, S. (2019). Family psychoeducation with caregivers of schizophrenia patients: Impact on perceived quality of life. *Industrial Psychiatry Journal*, 28(1), 19-23. doi:10.4103/ipj.ipj_2_19.
- [341]. Nilsen, L., Frich, J. C., Friis, S., Norheim, I., & Røssberg, J. I. (2016). Participants' perceived benefits of family intervention following a first episode of psychosis: a qualitative study. *Early Intervention in Psychiatry*, 10(2), 152-159. doi:10.1111/eip.12153.
- [342]. Ata, E. E., & Doğan, S. (2018). The effect of a brief cognitive behavioural stress management programme on mental status, coping with stress attitude and caregiver burden while caring for schizophrenic patients. *Archives of Psychiatric Nursing*, 32(1), 112-119. doi:10.1016/j.apnu.2017.10.004.
- [343]. Moyo, N., Jones, M., Kushemererwa, D., Arefadib, N., Jones, A., Pantha, S., & Gray, R. (2022). Service User and Carer Views and Expectations of Mental Health Nurses: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(17), 1-26. doi:10.3390/ijerph191711001.

- [344]. Weimand, B. M. (2012). Experiences and nursing support of relatives of persons with severe mental illness. Yayımlanmamış doktora tezi, Karlstads universitet, Sweden
- [345]. Stahl, B. Goldstein, E. (2019). A mindfulness-based stress reduction workbook. Oakland, CA: New Harbinger Publications.
- [346]. Raj, A., Kumar, P. (2018). Efficacy of mindfulness based stress reduction (MBSR): a brief overview. *Journal of Disability Management and Rehabilitation*, 4(1), 73-81.
- [347]. Chiesa, A., Serretti, A., & Jakobsen, J. C. (2013). Mindfulness: Top-down or bottom-up emotion regulation strategy?. *Clinical psychology review*, 33(1), 82-96. doi:10.1016/j.cpr.2012.10.006.
- [348]. Siegel, R. D. (2010). The mindfulness solution everyday practices for everyday problems. London: The Guilford Press.
- [349]. Alidina, S. (2020). Mindfulness for dummies. New Jersey: John Wiley & Sons, Ltd.
- [350]. Cacciatore, J., Thielemann, K., Osborn, J., & Orlowski, K. (2014). Of the soul and suffering: Mindfulness-based interventions and bereavement. *Clinical Social Work Journal*, 42(3), 269-281. doi:10.1007/s10615-013-0465-y
- [351]. Işık, R. (2023). Bilinçli farkındalık yaklaşımı ve uygulamaları eğitim kitapçığı. 19 Haziran 2023 tarihinde <https://rayp.adalet.gov.tr/resimler/581/dosya/bilincli-farkindalik20-05-20214-39-pm.pdf> adresinden erişildi.
- [352]. Körükcü, Ö., & Kukulu, K. (2015). Beden-zihin-ruh bütünlüğünü korumaya yönelik bir program: Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(1), 68-80. doi:10.5455/cap.20140504031811
- [353]. Tim LeBon, T. (2014). Achieve your potential with positive psychology. UK: Hodder & Stoughton.
- [354]. Marchand, W. R. (2012). Mindfulness-based stress reduction, mindfulness-based cognitive therapy, and Zen meditation for depression, anxiety, pain, and psychological distress. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(4), 233-252. doi:10.1097/01.pra.0000416014.53215.86.
- [355]. Kabat-Zinn, J. (2009). Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life. Hyperion e-book.
- [356]. Orsillo, S. M., Roemer, L. (Ed.). (2005). Acceptance and mindfulness-based approaches to anxiety: conceptualization and treatment. USA: Springer
- [357]. Kabat-Zinn, J., Richardson, S. (2016). Mindfulness For beginners reclaiming the present moment — and your life. Colorado: Sounds True.
- [358]. Williams, M., Penman, D. (2011). Mindfulness: a practical guide to finding peace in a frantic world. London: Hachette Digital.
- [359]. Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical psychology review*, 31(6), 1041-1056. doi:10.1016/j.cpr.2011.04.006.
- [360]. NHS (2017). Mindfulness based stress reduction 8 week programme: course handbook. 21 Haziran 2023 tarihinde <https://mindfulness.nhs.gov.uk/media/2112/ms-mbsr-manual-rebuilt-280120.pdf> adresinden erişildi.
- [361]. Mace, C. (2008). Mindfulness and mental health: therapy, theory and science. East Sussex: Routledge.
- [362]. Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G. et al. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47(6), 990-999. doi:10.1017/S0033291716003317
- [363]. Abbey, S. E. (2012). Mindfulness and psychiatry. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 61-62.
- [364]. Santorelli, S.F., Meleo-Meyer, F., Koerbel, L. (Ed.). (2017). Mindfulness-based stress reduction (MBSR) authorized curriculum guide. 21 Haziran 2023 tarihinde <https://www.tarkustekool.ee/wp-content/uploads/2021/09/CFM-Teaching-UMass-MBSR-Curriculum-Teaching-Guide-2017.pdf> adresinden erişildi.
- [365]. Kabat-Zinn, J. (2018). Meditation is not what you think: mindfulness and why it is so important. New York: Hachette Books.

- [366]. Martin, M. (2009). Living well with pain and illness: the mindful way to free yourself from suffering. *British Journal of Occupational Therapy*, 72(10), 449-450.
- [367]. Treleaven, D. A. (2018). *Trauma-sensitive mindfulness: practices for safe and transformative healing*. New York: WW Norton & Company.
- [368]. Keng, S. L., Smoski, M. J., Robins, C. J., Ekblad, A. G., Brantley, J. G. (2012). Mechanisms of change in mindfulness-based stress reduction: self-compassion and mindfulness as mediators of intervention outcomes. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26(3), 270-280. doi:10.1891/0889-8391.26.3.270
- [369]. Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. M. (2015). Standardised mindfulness-based interventions in healthcare: an overview of systematic reviews and meta-analyses of RCTs. *PloS ONE*, 10(4), 1-17. doi:10.1371/journal.pone.0124344
- [370]. McCracken, K. (2016). More present, more effective: applying the benefits of mindfulness to the adult-child relationship. 21 Haziran 2023 tarihinde <https://tcfymca.org/wp-content/uploads/sites/22/2017/05/McCracken-More-Present-More-Effective.pdf> adresinden erişildi.
- [371]. Zhang, D., Lee, E. K., Mak, E. C., Ho, C. Y., & Wong, S. Y. (2021). Mindfulness-based interventions: an overall review. *British Medical Bulletin*, 138(1), 41-57. doi:10.1093/bmb/ldab005.
- [372]. Hecht, C. L., Amin, A., Miceli, J., Olejniczak, D., Peyser, T., Geller, D. A. et al. (2021). Trait mindfulness and the mental and physical health of caregivers for individuals with cancer. *European Journal of Integrative Medicine*, 44, 1-18. doi:10.1016/j.eujim.2021.101325.
- [373]. Querstret, D., Morison, L., Dickinson, S., Cropley, M., & John, M. (2020). Mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy for psychological health and well-being in nonclinical samples: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stress Management*, 27(4), 394-411. doi:10.1037/str0000165
- [374]. Khoury, B., Sharma, M., Rush, S. E., & Fournier, C. (2015). Mindfulness-based stress reduction for healthy individuals: a metaanalysis. *Journal of Psychosomatic Research*, 78(6), 519-528. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.03.009
- [375]. De Vibe, M., Bjørndal, A., Tipton, E., Hammerstrøm, K., & Kowalski, K. (2012). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for improving health, quality of life, and social functioning in adults. *Campbell Systematic Reviews*, 8(1), 1-127. doi:10.4073/csr.2012.3
- [376]. Bonde, E. H., Fjorback, L. O., Frydenberg, M., & Juul, L. (2022). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction for school teachers: a cluster-randomized controlled trial. *European Journal of Public Health*, 32(2), 246-253. doi:10.1093/eurpub/ckab223.
- [377]. Zheng, Q., Zhao, L., Wei, W., Ren, X., Wang, C., Sun, R. et al. (2023). Mindfulness-based stress reduction can improve psychological condition in breast cancer patients: an overview of systematic reviews. *Chinese General Practice*, 26(12), 1503-1512. doi:10.12114/j.issn.1007-9572.2022.0649
- [378]. Kabataş Yıldız, M., & Orak, O. S. (2023). The effect of the Mindfulness-Based Stress Reduction program on the level of perceived stress and geriatric depression in older adults: a randomised controlled study. *Psychogeriatrics*, 23(2), 261-272. doi:10.1111/psyg.12929.
- [379]. Wexler, T. M., & Schellinger, J. (2023). Mindfulness-based stress reduction for nurses: An integrative review. *Journal of Holistic Nursing*, 41(1), 40-59. doi:10.1177/08980101221079472.
- [380]. Naganandini, R., Maheswari, K. (2021). Effectiveness of mindfulness based stress reduction programme on psychosocial wellbeing of elderly people. *Indian Journal of Natural Sciences*, 12(69), 36440-36449.
- [381]. Cary, E. L., Bergen-Cico, D., Sinagar, S., Schutt, M. K. A., Helminen, E. C., & Felter, J. C. (2023). Self-regulation mediates effects of adapted mindfulness-based stress reduction on anxiety among college students. *Journal of American College Health*, 2;1-11. doi:10.1080/07448481.2023.2201843.
- [382]. El Aoufy, K., Pezzutto, A., Pollina, A., Rasero, L., Bambi, S., Bellando-Randone, S. et al. (2023). Systemic sclerosis patients experiencing mindfulness-based stress reduction program: the beneficial effect on their psychological status and quality of life. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1-10. doi:10.3390/ijerph20032512.

- [383]. Hoge, E. A., Bui, E., Mete, M., Dutton, M. A., Baker, A. W., & Simon, N. M. (2023). Mindfulness-based stress reduction vs escitalopram for the treatment of adults with anxiety disorders: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 80(1), 13-21. doi:10.1001/jamapsychiatry.2022.3679.
- [384]. Geiger, C., Cramer, H., Dobos, G., & Kohl-Heckl, W. K. (2023). A systematic review and meta-analysis of mindfulness-based stress reduction for arterial hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 37(3), 161-169. doi:10.1038/s41371-022-00764-z
- [385]. Jiménez-Gómez, L., Yela, J. R., Crego, A., Melero-Ventola, A. R., & Gómez-Martínez, M. Á. (2022). Effectiveness of the mindfulness-based stress reduction (MBSR) vs. the mindful self-compassion (MSC) programs in clinical and health psychologist trainees. *Mindfulness*, 13(3), 584-599. doi:10.1007/s12671-021-01814-2
- [386]. Lindsay, E. K., Creswell, J. D., Stern, H. J., Greco, C. M., Walko, T. D., Dutcher, J. M. et al. (2022). Mindfulness-based stress reduction increases stimulated IL-6 production among lonely older adults: a randomized controlled trial. *Brain, Behavior, and Immunity*, 104, 6-15. doi:10.1016/j.bbi.2022.05.001.
- [387]. Chang, Y. C., Lin, G. M., Tseng, T. A., Vitale, E., Yang, C. H., & Yang, Y. L. (2023). The experience of mindfulness-based stress reduction on menopausal symptoms, sleep disturbance, and body image among patients with breast cancer—a qualitative study. *Current Oncology*, 30(1), 1255-1266. doi:10.3390/curroncol30010097.
- [388]. Özdemir, A. A., & Kavak Budak, F. (2022). The effects of mindfulness-based stress reduction training on hope, psychological well-being, and functional recovery in patients with schizophrenia. *Clinical Nursing Research*, 31(2), 183-193. doi:10.1177/10547738211039069.
- [389]. Kim, A. S., Jang, M. H., & Sun, M. J. (2021). Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on stress, heart rate variability, affect, and wellbeing among people with schizophrenia. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(22), 1-14. doi:10.3390/ijerph182211871.
- [390]. Tang, Y. Y., Holzel, B. K., & Posner, M. I. (2015). The neuroscience of mindfulness meditation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(4), 213-225. doi:10.1038/nrn3916.
- [391]. Fox, K. C., Nijeboer, S., Dixon, M. L., Floman, J. L., Ellamil, M., Rumak, S. P. et al. (2014). Is meditation associated with altered brain structure? A systematic review and meta-analysis of morphometric neuroimaging in meditation practitioners. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 43, 48-73. doi:10.1016/j.neubiorev.2014.03.016
- [392]. Gotink, R. A., Meijboom, R., Vernooij, M. W., Smits, M., & Hunink, M. M. (2016). 8-week mindfulness based stress reduction induces brain changes similar to traditional long-term meditation practice—a systematic review. *Brain and Cognition*, 108, 32-41. doi:10.1016/j.bandc.2016.07.001.
- [393]. Hoge, E. A., Chen, M. M., Orr, E., Metcalf, C. A., Fischer, L. E., Pollack, M. H. et al. (2013). Loving-Kindness Meditation practice associated with longer telomeres in women. *Brain, Behavior, and Immunity*, 32, 159-163. doi:10.1016/j.bbi.2013.04.005.
- [394]. Schutte, N. S., & Malouff, J. M. (2014). A meta-analytic review of the effects of mindfulness meditation on telomerase activity. *Psychoneuroendocrinology*, 42, 45-48. doi:10.1016/j.psyneuen.2013.12.017.
- [395]. Pagnini, F., Phillips, D., Bosma, M. C., Reece, A., Langer, E. (2016). Mindfulness as a protective factor for the burden of caregivers of amyotrophic lateral sclerosis patients. *Journal of Clinical Psychology*, 72(1), 101-111. doi:10.1002/jclp.22235
- [396]. Cheung, D. S. K., Kor, P. P. K., Jones, C., Davies, N., Moyle, W., Chien, W. T. et al. (2020). The use of modified mindfulness-based stress reduction and mindfulness-based cognitive therapy program for family caregivers of people living with dementia: a feasibility study. *Asian Nursing Research*, 14(4), 221-230. doi:10.1016/j.anr.2020.08.009
- [397]. Zarei, S., Lakhanpal, G., & Sadavoy, J. (2020). Tele-mindfulness for family caregivers of patients with dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(4), S87-S88. doi:10.1016/j.jagp.2020.01.114
- [398]. Paller, K. A., Creery, J. D., Florczak, S. M., Weintraub, S., Mesulam, M. M., Reber, P. J. et al. (2015). Benefits of mindfulness training for patients with progressive cognitive decline and their

- caregivers. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(3), 257-267. doi:10.1177/1533317514545377.
- [399]. Smith, J. M., Bright, K. S., Mader, J., Smith, J., Afzal, A. R., Patterson, C. et al. (2020). A pilot of a mindfulness based stress reduction intervention for female caregivers of youth who are experiencing substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 103, 106223. doi:10.1016/j.addbeh.2019.106223
- [400]. Van den Hurk, D. G., Schellekens, M. P., Molema, J., Speckens, A. E., & Van der Drift, M. A. (2015). Mindfulness-based stress reduction for lung cancer patients and their partners: results of a mixed methods pilot study. *Palliative Medicine*, 29(7), 652-660. doi:10.1177/0269216315572720
- [401]. Kubo, A., Kurtovich, E., McGinnis, M., Aghaee, S., Altschuler, A., Quesenberry Jr, C. et al. (2019). A randomized controlled trial of mHealth mindfulness intervention for cancer patients and informal cancer caregivers: a feasibility study within an integrated health care delivery system. *Integrative Cancer Therapies*, 18, 1-13. doi:10.1177/1534735419850634.
- [402]. Vinci, C., Reblin, M., Bulls, H., Malkhasyan, L., Jim, H., Pidala, J., Cutolo, E. (2019). Understanding coping strategies of cancer caregivers to inform mindfulness-based interventions: a qualitative study. *European Journal of Integrative Medicine*, 30, 100936. doi:10.1016/j.eujim.2019.100936
- [403]. Vinci, C., Reblin, M., Jim, H., Pidala, J., Bulls, H., & Cutolo, E. (2018). Understanding preferences for a mindfulness-based stress management program among caregivers of hematopoietic cell transplant patients. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 33, 164-169. doi:10.1016/j.ctcp.2018.10.007.
- [404]. Cash, T. V., Ekouevi, V. S., Kilbourn, C., & Lageman, S. K. (2016). Pilot study of a mindfulness-based group intervention for individuals with Parkinson's disease and their caregivers. *Mindfulness*, 7, 361-371. doi:10.1007/s12671-015-0452-1
- [405]. Cachia, R. L., Anderson, A., & Moore, D. W. (2016). Mindfulness, stress and well-being in parents of children with autism spectrum disorder: a systematic review. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1-14. doi:10.1007/s10826-015-0193-8
- [406]. Stjernswärd, S., Hansson, L. (2017). Outcome of a web-based mindfulness intervention for families living with mental illness—a feasibility study. *Informatics for Health and Social Care*, 42(1), 97-108. doi:10.1080/17538157.2016.1177533
- [407]. Jaffray, L., Bridgman, H., Stephens, M., & Skinner, T. (2016). Evaluating the effects of mindfulness-based interventions for informal palliative caregivers: a systematic literature review. *Palliative Medicine*, 30(2), 117-131. doi:10.1177/0269216315600331.
- [408]. Tkatch, R., Bazarko, D., Musich, S., Wu, L., MacLeod, S., Keown, K. et al. (2017). A pilot online mindfulness intervention to decrease caregiver burden and improve psychological well-being. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 22(4), 736-743. doi:10.1177/2156587217737204.
- [409]. Kim, H., Kim, S. (2019). The effect of Korean mindfulness-based stress reduction program on perceived stress and depression for mothers of children and adolescents with a mental disorder. *Perspectives in Nursing Science*, 16(2), 65-74. doi:10.16952/pns.2019.16.2.65
- [410]. Appleton, P., Barrasin, E., Hepworth, A., Appleton, D., Lesley, R., Melliush, S. (2022). Effects of a mindfulness-based stress reduction group programme on family carers. *Mental Health Practice*, 23(1), 17-22. doi:10.7748/mhp.2019.e1362
- [411]. Shah-Zamora, D., Allen, A. M., Rardin, L., Ivancic, M., Durham, K., Hickey, P. et al. (2021). Mindfulness based stress reduction in people with Parkinson's disease and their care partners. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 43, 101377. doi:10.1016/j.ctcp.2021.101377.
- [412]. Gonzalez-Voller, J., Wood, A. W., Marrs, F., Ephraimson-Abt, V., Sharp, J. et al. (2019). A randomized-controlled pilot study comparing a one-day and four-week mindfulness-based group intervention for family caregivers. *The Journal for Specialists in Group Work*, 44(4), 228-234. : doi:10.1080/01933922.2019.1669753

- [413]. Mehrizi, Z., Nasiri, A., Sahranavard, S., & Sebzari, A. R. (2020). The effect of mindfulness-based intervention on perceived stress in family caregivers of patients with cancer. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 7(6), 1-10. doi:10.21859/ijpn-06043
- [414]. Montgomery, P., Grant, S., Mayo-Wilson, E., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S. et al. (2018). Reporting randomised trials of social and psychological interventions: the CONSORT-SPI 2018 Extension. *Trials*, 19(1), 1-14. doi:10.1186/s13063-018-2733-1.
- [415]. Grant, S., Mayo-Wilson, E., Montgomery, P., Macdonald, G., Michie, S., Hopewell, S. et al. (2018). CONSORT-SPI 2018 explanation and elaboration: guidance for reporting social and psychological intervention trials. *Trials*, 19(1), 1-18. doi:10.1186/s13063-018-2735-z.
- [416]. Whitebird, R.R., Kreitzer, M., Crain, A. L., Lewis, B. A., Hanson, L. R., Enstad, C. J. (2013). Mindfulness-based stress reduction for family caregivers: a randomized controlled trial. *The Gerontologist*, 53(4), 676-686. doi:10.1093/geront/gns126 453. Kaynak
- [417]. Stjernswärd, S., & Hansson, L. (2017). Effectiveness and usability of a web-based mindfulness intervention for families living with mental illness. *Mindfulness*, 8(3), 751-764. doi:10.1007/s12671-016-0653-2
- [418]. Stjernswärd, S., & Hansson, L. (2018). Effectiveness and usability of a web-based mindfulness intervention for caregivers of people with mental or somatic illness. A randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 12, 46-56. doi:10.1016/j.invent.2018.03.004
- [419]. Öner, L., Le Compte, A. (1998). Durumluk ve sürekli kaygı ölçeği el kitabı. İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Yayınları.
- [420]. Durak, A., Palabıykoğlu, R. (1994). Beck umutsuzluk ölçeği geçerlilik çalışması. *Kriz*, 2(2), 311-319.
- [421]. Seber, G., Dilbaz, N., Kaptanoğlu, C., Tekin, D. (1993). Umutsuzluk ölçeği: geçerlilik ve güvenilirliği. *Kriz*, 1(3), 139-142.
- [422]. Raes, F., Pommier, E., Neff, K. D., & Van Gucht, D. (2011). Construction and factorial validation of a short form of the self-compassion scale. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(3), 250-255. doi:10.1002/cpp.702
- [423]. Kantaş, Ö. (2013). Impact of relational and individuational selforientations on the well-being of academicians: the roles of ego- or eco-system motivations, selftranscendence, selfcompassion and burnout. Yayınlanmamış master tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- [424]. Solmazer, G. (2018). Self-compassion and construal level theory: the role of self-compassion in decreasing the effect of social distance. Yayınlanmamış doktora tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi, Ankara.
- [425]. Zarit, S., Reever, K., Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist*, 20, 649-55.
- [426]. Özlü, A., Yıldız, M., Aker, T. (2009). Zarit bakıcı yük ölçeğinin şizofreni hasta yakınlarında geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Archives of Neuropsychiatry*, 46(Özel Sayı), 38-42.
- [427]. Mauricio, D. (2020). Mindfulness meditation for beginners: 50 meditations to practice awareness, acceptance, and peace. California: Rockridge Press.
- [428]. Neff, N., Germer, C. (2018). The mindful self-compassion workbook: a proven way to accept yourself, build inner strength, and thrive. New York: The Guilford Press.
- [429]. Helena M. Ahern, H. M. (2009). Mindfulness based stress reduction handbook. 21 Haziran 2023 tarihinde https://ravikollimd.com/resources/COVID/mindfulness_based_stress_reduction_handbook.pdf adresinden erişildi.
- [430]. World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310 (20), 2191-2194
- [431]. Hajebi, A., Naserbakht, M., Minoletti, A. (2019). Burden experienced by caregivers of schizophrenia patients and its related factors. *Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 54. doi:10.34171/mjiri.33.54.
- [432]. Hsiao, C. Y., Lee, C. T., Lu, H. L., & Tsai, Y. F. (2017). Living with schizophrenia: health-related quality of life among primary family caregivers. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 5151-5159. doi:10.1111/jocn.14063.

- [433]. Velligan, D. I., Brain, C., Bouérat Duvold, L., & Agid, O. (2019). Caregiver burdens associated with treatment-resistant schizophrenia: a quantitative caregiver survey of experiences, attitudes, and perceptions. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 1-12. doi:10.3389/fpsyt.2019.00584
- [434]. Flyckt, L., Fatouros-Bergman, H., & Koernig, T. (2015). Determinants of subjective and objective burden of informal caregiving of patients with psychotic disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(7), 684-692. doi:10.1177/0020764015573088.
- [435]. Yazici, E., Karabulut, Ü., Yildiz, M., Tekeş, S. B., Eda, İ. N. A. N., Çakir, U. et al. (2016). Burden on caregivers of patients with schizophrenia and related factors. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 53(2), 96. doi:10.5152/npa.2015.9963.
- [436]. Krupchanka, D., Chrtková, D., Vítková, M., Munzel, D., Čihařová, M., Růžicková, T. et al. (2018). Experience of stigma and discrimination in families of persons with schizophrenia in the Czech Republic. *Social Science & Medicine*, 212, 129-135. doi:10.1016/j.socscimed.2018.07.015
- [437]. Sruamsiri, R., Mori, Y., & Mahlich, J. (2018). Productivity loss of caregivers of schizophrenia patients: a cross-sectional survey in Japan. *Journal of Mental Health*, 27(6), 583-587. doi:10.1080/09638237.2018.1466048
- [438]. Fekadu, A. (2020). Living with high burden of care: experience of caregivers of people with severe mental illness in rural Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal*, 58(02), 115-123.
- [439]. Lima, A. G., & Sene, A. S. (2017). Mindfulness nas terapias de redução da ansiedade. *Psicologia e Saúde em Debate*, 3(Supl. 1), 40-41. doi:10.22289/V3S1A19
- [440]. Li, G., Yuan, H., & Zhang, W. (2016). The effects of mindfulness-based stress reduction for family caregivers: Systematic review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 30(2), 292-299. doi:10.1016/j.apnu.2015.08.014
- [441]. Dharmawardene, M., Givens, J., Wacholtz, A., Makowski, S., & Tjia, J. (2015). A systematic review and meta-analysis of meditative interventions for informal caregivers and health care professionals. *BMJ Supportive & Palliative Care*. 6(2), 160-169. doi:10.1136/bmjspcare-2014-000819.
- [442]. Galante, J., Friedrich, C., Dawson, A. F., Modrego-Alarcón, M., Gebbing, P., Delgado-Suárez, I. et al. (2021). Mindfulness-based programmes for mental health promotion in adults in nonclinical settings: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *PLoS Medicine*, 18(1), e1003481. doi:10.1371/journal.pmed.1003481
- [443]. Sharma, M., Rush, S. E. (2014). Mindfulness-based stress reduction as a stress management intervention for healthy individuals: a systematic review. *Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine*, 19(4), 271-286. doi:10.1177/2156587214543143
- [444]. Goyal, M., Singh, S., Sibinga, E. M., Gould, N. F., Rowland-Seymour, A., Sharma, R. et al. (2014). Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 174(3), 357-368. doi:10.1001/jamainternmed.2013.13018
- [445]. Khoury, B., Lecomte, T., Fortin, G., Masse, M., Therien, P., Bouchard, V. et al. (2013). Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 33(6), 763-771. doi:10.1016/j.cpr.2013.05.005
- [446]. Lo, H. H. M., Liu, K. H. K., Ho, W. C., Lau, E. N. S., Poon, M. F., Lo, C. S. L., Tam, H. S. W. (2022). Using Photovoice in a mindfulness-based program to understand the experiences of caregivers of young adults with psychosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15461. doi:10.3390/ijerph192315461
- [447]. Bergen-Cico, D., Cheon, S. (2014). The mediating effects of mindfulness and self-compassion on trait anxiety. *Mindfulness*, 5, 505-519. doi:10.1007/s12671-013-0205-y
- [448]. Beach, S. R., Schulz, R., Donovan, H., & Rosland, A. M. (2021). Family caregiving during the COVID-19 pandemic. *The Gerontologist*, 61(5), 650-660. doi:10.1093/geront/gnab049
- [449]. Hoppes, S., Bryce, H., Hellman, C., & Finlay, E. (2012). The effects of brief mindfulness training on caregivers' well-being. *Activities, Adaptation & Aging*, 36(2), 147-166. doi:10.1080/01924788.2012.673154
- [450]. Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J., Finkel, S. M. (2008), Open hearts build lives: positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential

- personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045–1062. doi:10.1037/a0013262
- [451]. Evans, S., Wyka, K., Blaha, K. T., Allen, E. S. (2018). Self-compassion mediates improvement in well-being in a mindfulness-based stress reduction program in a community-based sample. *Mindfulness*, 9, 1280–1287. doi:10.1007/s12671-017-0872-1
- [452]. Bazzano, A., Wolfe, C., Zylowska, L., Wang, S., Schuster, E., Barrett, C., Lehrer, D. (2015). Mindfulness based stress reduction (MBSR) for parents and caregivers of individuals with developmental disabilities: a community-based approach. *Journal of Child and Family Studies*, 24, 298–308. doi:10.1007/s10826-013-9836-9
- [453]. Zarei, S., Lakhanpal, G., Sadavoy, J. (2022). Tele-mindfulness for dementia's family caregivers: a randomized trial with a usual care control group. *Current Alzheimer Research*, 19(5), 364–372. doi:10.2174/1567205019666220514131015
- [454]. Petrakis, M., Bloom, H., Oxley, J. (2014). Family perceptions of benefits and barriers to first episode psychosis carer group participation. *Social Work in Mental Health*, 12(2), 99–116. doi:10.1080/15332985.2013.836587
- [455]. Hudson, J., Ungar, R., Albright, L., Tkatch, R., Schaeffer, J., Wicker, E. R. (2020). Older adult caregivers' experiences in an online, interactive mindfulness intervention. *Journal of Evidence-Based Integrative Medicine*, 25, 1–10. doi:10.1177/2515690X20960659
- [456]. Tahsin, F., Stanyon, W., Sun, W., Gamble, B. (2021). A single mindfulness session with informal caregivers of seniors living with dementia: a pilot qualitative descriptive study. *Aging Clinical and Experimental Research*, 33, 391–397. doi:10.1007/s40520-020-01548-6
- [457]. Collins, R. N., Kishita, N. (2019). The effectiveness of mindfulness-and acceptance-based interventions for informal caregivers of people with dementia: A meta-analysis. *The Gerontologist*, 59(4), e363–e379. doi:10.1093/geront/gny024
- [458]. Le, C. T., Lee, J. A. (2021). Home visit based mindfulness intervention for vietnamese american dementia family caregivers: a pilot feasibility study. *Asian/Pacific Island Nursing Journal*, 5(4), 207–216. doi:10.31372/20200504.1096.
- [459]. Hosseini, M. A., Mohammadzaheri, S., Fallahi Khoshkenab, M., Mohammadi Shahbolaghi, F., Reza Soltani, P., Sharif Mohseni, M. (2016). Effect of mindfulness program on caregivers' strain on alzheimer's disease caregivers. *Iranian Journal of Ageing*, 11(3), 448–455. doi:10.21859/sija-1103448
- [460]. Belschner, L., Lin, S. Y., Yamin, D. F., Best, J. R., Edalati, K., McDermid, J., Stewart, S. E. (2020). Mindfulness-based skills training group for parents of obsessive-compulsive disorder-affected children: A caregiver-focused intervention. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 39, 101098. doi:10.1016/j.ctcp.2020.101098
- [461]. Lo, H. H., Wong, S. W., Wong, J. Y., Yeung, J. W., Snel, E., Wong, S. Y. (2020). The effects of family-based mindfulness intervention on ADHD symptomology in young children and their parents: a randomized control trial. *Journal of Attention Disorders*, 24(5), 667–680. doi:10.1177/1087054717743330
- [462]. Roberts, L. R., Neece, C. L. (2015). Feasibility of mindfulness-based stress reduction intervention for parents of children with developmental delays. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(8), 592–602. doi:10.3109/01612840.2015.1017063
- [463]. Shabani, M., Jarareh, J. (2020). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on caregiver burden and mental fatigue of autistic children's mothers. *Quarterly Journal of Social Work*, 9(1), 5–12.
- [464]. Wood, A. W., Gonzalez, J., Barden, S. M. (2015). Mindful caring: using mindfulness-based cognitive therapy with caregivers of cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33(1), 66–84. doi:10.1080/07347332.2014.977418
- [465]. Jansen, J. E., Lysaker, P. H., Harder, S., Haahr, U. H., Lyse, H. G., Pedersen, M. B. et al. (2014). Positive and negative caregiver experiences in first-episode psychosis: emotional overinvolvement, wellbeing and metacognition. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 87(3), 298–310. doi:10.1111/papt.12014

- [466]. Weintraub, M. J., Hall, D. L., Carbonella, J. Y., Weisman de Mamani, A., & Hooley, J. M. (2017). Integrity of literature on expressed emotion and relapse in patients with schizophrenia verified by ap-curve analysis. *Family Process*, 56(2), 436-444. doi:10.1111/famp.12208.
- [467]. O'Driscoll, C., Sener, S. B., Angmark, A., Shaikh, M. (2019). Caregiving processes and expressed emotion in psychosis, a cross-cultural, meta-analytic review. *Schizophrenia Research*, 208, 8-15. doi:10.1016/j.schres.2019.03.020.
- [468]. Upasen, R., Saengpanya, W. (2022). Combating with compassion fatigue: the perspective of family caregivers of people with schizophrenia. *Asian Nursing Research*, 16(5), 249-255. doi:10.1016/j.anr.2022.09.001
- [469]. Türkiye Cumhuriyeti İçişleri Bakanlığı (2022). 81 İl Valiliğine Kapalı Alanlarda Maske Kullanımı Genelgesi Gönderildi. 4 Eylül 2023 tarihinde [https://www.carersuk.org/reports/caring-behind-closed-doors-forgotten-families-in-the-coronavirus-outbreak/](https://www.icisleri.gov.tr/81-il-valiligine-kapali-alanlarda-maske-kullanimi-genelgesi-gonderildi#:~:text=Bu%20%C3%A7er%C3%A7eve%2027.04.2022%20tarihinden,maske%20zorunlulu%C4%9Fu%20uygulamas%C4%B1n%C4%B1n%20sona%20erdirilmi%C5%9Ftir adresinden erişildi.</p><p>[470]. Di Fazio, N., Morena, D., Delogu, G., Volonnino, G., Manetti, F., Padovano, M. et al. (2022). Mental health consequences of COVID-19 pandemic period in the European population: an institutional challenge. <i>International Journal of Environmental Research and Public Health</i>, 19(15), 9347. doi:10.3390/ijerph19159347</p><p>[471]. Fischer, M., Coogan, A. N., Faltraco, F., & Thome, J. (2020). COVID-19 paranoia in a patient suffering from schizophrenic psychosis—a case report. <i>Psychiatry Research</i>, 288, 1-3. doi:10.1016/j.psychres.2020.113001</p><p>[472]. Quittkat, H. L., Düsing, R., Holtmann, F. J., Buhlmann, U., Svaldi, J., & Vocks, S. (2020). Perceived impact of Covid-19 across different mental disorders: a study on disorder-specific symptoms, psychosocial stress and behavior. <i>Frontiers in Psychology</i>, 11, 1-17. doi:10.3389/fpsyg.2020.586246</p><p>[473]. CarersUK (2020). Caring Behind Closed Doors: Forgotten Families in the Coronavirus Outbreak. 4 Eylül 2023 tarihinde <a href=) adresinden erişildi.
- [474]. Del Río-Lozano, M., García-Calvente, M., Elizalde-Sagardia, B., & Maroto-Navarro, G. (2022). Caregiving and caregiver health 1 year into the COVID-19 pandemic (CUIDAR-SE Study): A gender analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1-18. doi:10.3390/ijerph19031653
- [475]. Wu, Y., Yao, Z., Ma, G., Cheng, J., Xu, H., Qin, W. et al. (2022). Effects of extreme precipitation on hospitalization risk and disease burden of schizophrenia in urban and rural Lu'an, China, from 2010 to 2019. *Environmental Science and Pollution Research*, 29, 19176-19184. doi:10.1007/s11356-021-16913-9
- [476]. Gu, S., Huang, R., Yang, J., Sun, S., Xu, Y., Zhang, R. et al. (2019). Exposure-lag-response association between sunlight and schizophrenia in Ningbo, China. *Environmental Pollution*, 247, 285-292. doi:10.1016/j.envpol.2018.12.023
- [477]. Lee, S., Lee, H., Myung, W., Kim, E. J., & Kim, H. (2018). Mental disease-related emergency admissions attributable to hot temperatures. *Science of the Total Environment*, 616-617, 688-694. doi:10.1016/j.scitotenv.2017.10.260

EKLER

EK-1: Randomizasyon Tablosu

 RESEARCH
RANDOMIZER

RANDOMIZE TUTORIAL LINKS ABOUT

GENERATE NUMBERS

How many sets of numbers do you want to generate?

Help

How many numbers per set?

Help
Specify how many numbers you want Research Randomizer to generate in each set. For example, a request for 5 numbers might yield the following set of random numbers: 2, 17, 23, 42, 50.

Number range (e.g., 1-50)

Help

Do you wish each number in a set to remain unique?

Help

Do you wish to sort the numbers that are generated?

Help

How do you wish to view your random numbers?

Help

RESULTS

PRINT DOWNLOAD CLOSE

2 Sets of 25 Unique Numbers Per Set
Range: From **1** to **298**

Set #1

p1=265, p2=39, p3=224, p4=262, p5=158, p6=261, p7=121, p8=151, p9=290, p10=141, p11=201, p12=213, p13=257, p14=125, p15=23, p16=222, p17=48, p18=239, p19=2, p20=205, p21=8, p22=278, p23=152, p24=54, p25=67

Set #2

p1=41, p2=263, p3=197, p4=254, p5=40, p6=257, p7=33, p8=157, p9=191, p10=168, p11=78, p12=266, p13=27, p14=91, p15=186, p16=63, p17=132, p18=156, p19=15, p20=226, p21=217, p22=194, p23=164, p24=209, p25=104

Please note: By using this service, you agree to abide by the [SPN User Policy](#) and to hold Research Randomizer and its staff harmless in the event that you experience a problem with the program or its results. Although every effort has been made to develop a useful means of generating random numbers, Research Randomizer and its staff do not guarantee the quality or randomness of numbers generated. Any use to which these numbers are put remains the sole responsibility of the user who generated them.

EK-2: Veri Toplama Formu

Sayın katılımcı,

Bu anket/ölçek [Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Psikotik Hastaların Ailelerinin Ruhsal Durum ve Bakım Yüküne Etkisi] adlı araştırma kapsamında “psikiyatri hastalarının ailelerine uygulanan stres azaltma programının ruhsal durumları ve bakım yüklerine etkisi” hakkında bilgi toplamayı amaçlamaktadır.

Ankette/ölçekte 109 adet soru yer almaktadır. Sorulara yanıt verme süreniz 25 dakikadır. Araştırmaya katılmak gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma sürerken herhangi bir zamanda istemeniz durumunda sorumlu araştırmacıyı bilgilendirmek koşulu ile araştırmadan ayrılabilirsiniz. Sizin kimliğinizi ortaya çıkaracak her türlü kayıt gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır. Sizin dışınızda yalnızca tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilecek olan kişiler (araştırma ekibindeki kişiler dışında araştırmanın yapılmasına onay veren Etik Kurul gibi) bu çalışmaya katıldığınızı bilecektir. Ancak, çalışmanın her aşamasında olduğu gibi çalışmanın sonuçları yayınlanırken bile bütün bilgileriniz gizli tutulacaktır. Ankette bulunan sorulara vereceğiniz yanıtların doğruluğu, araştırmanın niteliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle, ankette bulunan sorulara doğru yanıt vermenizi rica eder, iş birliğiniz için teşekkür ederiz.

Sorumlu Araştırmacılar

Arş. Gör. Münevver BOĞAHAN

Doç. Dr. Serpil YILMAZ

Prof. Dr. Mualla YILMAZ

1. Kişisel Bilgi Formu
2. Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği
3. Beck Umutsuzluk Ölçeği
4. Öz Şefkat Ölçeği- Kısa Formu
5. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Bölüm 1: Kişisel Bilgi Formu

Aile Üyesine Ait Özellikler
1. Yaşınız:
2. Cinsiyetiniz () Kadın () Erkek
3. Medeni durumunuz () Evli () Bekar
4. Eğitim durumunuz () Okuryazar değil () Okuryazar () İlköğretim () Lise () Üniversite () Lisansüstü
5. Gelir getiren bir işte çalışıyor musunuz? () Çalışıyor () Çalışmıyor

☐ Emekli
6. Sosyal güvenceniz var mı? ☐ Var ☐ Yok
7. Gelir düzeyiniz nedir? ☐ Gelir giderden az ☐ Gelir gidere denk ☐ Gelir giderden fazla
8. Aile yapınız nasıldır? ☐ Çekirdek aile ☐ Geniş aile
9. Hasta ile yakınlık dereceniz nedir? ☐ Anne ☐ Baba ☐ Kardeş ☐ Eş ☐ Çocuk ☐ Diğer (Lütfen yazınız).....
10. Hasta ile kaç yıldır birlikte yaşıyorsunuz? (Lütfen yazınız).....
11. Ne kadar süredir hastanıza bakım veriyorsunuz? (Lütfen yazınız).....
Hasta Bireye Ait Özellikler
1. Hastanızın yaşı nedir? (Lütfen yazınız).....
2. Hastanızın cinsiyeti nedir? ☐ Kadın ☐ Erkek
3. Hastanızın eğitim durumu nedir? ☐ Okuryazar değil ☐ Okuryazar ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite ☐ Lisansüstü
4. Hastanızın medeni durumu nedir? ☐ Evli ☐ Bekar
5. Hasta bireyin hastalık süresi (yıl olarak belirtiniz) nedir? (Lütfen yazınız).....
6. Hastanız gelir getiren bir işte çalışıyor mu? ☐ Çalışmıyor ☐ Çalışıyor ☐ Emekli
7. Hastanızın hastalık belirtilerinin görülme sıklığı nasıldır? ☐ Çok sık ☐ Sık ☐ Bazen ☐ Nadiren ☐ Çok nadir

Bölüm 2: Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği

Yönerge: Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları birtakım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.		(1) Hiç	(2) Biraz	(3) Çok	(4) Tamamiyle
1	Şu anda sakinim	1	2	3	4
2	Kendimi emniyette hissediyorum	1	2	3	4
3	Su anda sinirlerim gergin	1	2	3	4
4	Pişmanlık duygusu içindeyim	1	2	3	4
5	Şu anda huzur içindeyim	1	2	3	4
6	Şu anda hiç keyfim yok	1	2	3	4
7	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	1	2	3	4
8	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
9	Şu anda kaygılıyım	1	2	3	4
10	Kendimi rahat hissediyorum	1	2	3	4
11	Kendime güvenim var	1	2	3	4
12	Şu anda asabım bozuk	1	2	3	4
13	Çok sinirliyim	1	2	3	4
14	Sinirlerimin çok gergin olduğunu hissediyorum	1	2	3	4
15	Kendimi rahatlamış hissediyorum	1	2	3	4
16	Şu anda halimden memnunum	1	2	3	4
17	Şu anda endişeliyim	1	2	3	4
18	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	1	2	3	4
19	Şu anda sevinçliyim	1	2	3	4
20	Şu anda keyfim yerinde.	1	2	3	4
		(1) Hemen hemen hiçbir zaman	(2) Bazen	(3) Çok zaman	(4) Hemen her zaman
21	Genellikle keyfim yerindedir	1	2	3	4
22	Genellikle çabuk yorulurum	1	2	3	4
23	Genellikle kolay ağlarım	1	2	3	4
24	Başkaları kadar mutlu olmak isterim	1	2	3	4
25	Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırım	1	2	3	4
26	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	1	2	3	4
27	Genellikle sakin, kendine hakim ve soğukkanlıyım	1	2	3	4
28	Güçlüklerin yenemeyeceğim kadar biriktiğini hissederim	1	2	3	4
29	Önemsiz şeyler hakkında endişelenirim	1	2	3	4
30	Genellikle mutluyum	1	2	3	4
31	Her şeyi ciddiye alır ve endişelenirim	1	2	3	4
32	Genellikle kendime güvenim yoktur	1	2	3	4
33	Genellikle kendimi emniyette hissederim	1	2	3	4
34	Sıkıntılı ve güç durumlarla karşılaşmaktan kaçınırım	1	2	3	4

35	Genellikle kendimi hüzünlü hissederim	1	2	3	4
36	Genellikle hayatımdan memnunum	1	2	3	4
37	Olur olmaz düşünceler beni rahatsız eder	1	2	3	4
38	Hayal kırıklıklarını öylesine ciddiye alırım ki hiç unutamam	1	2	3	4
39	Aklı başında ve kararlı bir insanım	1	2	3	4
40	Son zamanlarda kafama takılan konular beni tedirgin ediyor	1	2	3	4

Bölüm 3: Beck Umutsuzluk Ölçeği

	Geleceğe yönelik olumsuz beklentiye de düşünceleri içeren cümlelerden size uygun olanları doğru ya da yanlış olarak kodlayınız.	EVET	HAYIR
1	Geleceğe umut ve coşku ile bakıyorum		
2	Kendim ile ilgili şeyleri düzeltemediğime göre çabalamayı bıraksam iyi olur		
3	İşler kötüye giderken bile her şeyin hep böyle kalmayacağını bilmek beni rahatlatıyor		
4	Gelecek on yıl içinde hayatımın nasıl olacağını hayal bile edemiyorum		
5	Yapmayı en çok istediğim şeyleri gerçekleştirmek için yeterli zamanım var		
6	Benim için çok önemli konularda ileride başarılı olacağımı umuyorum.		
7	Geleceğimi karanlık görüyorum		
8	Dünya nimetlerinden sıradan bir insandan daha çok yararlanacağımı umuyorum		
9	İyi fırsatlar yakalayamıyorum. Gelecekte yakalayacağıma inanmam için de hiç bir neden yok		
10	Geçmiş deneyimlerim beni geleceğe iyi hazırladı		
11	Gelecek benim için hoş şeylerden çok tatsızlıklarla dolu görünüyor		
12	Gerçekten özlediğim şeylere kavuşabileceğimi ummuyorum		
13	Geleceğe baktığımda şimdikiye oranla daha mutlu olacağımı umuyorum.		
14	İşler bir türlü benim istediğim gibi gitmiyor		
15	Geleceğe büyük inancım var.		
16	Arzu ettiğim şeyleri elde edemediğime göre bir şeyler istemek aptallık olur		
17	Gelecekte gerçek doyuma ulaşmam olanaksız gibi.		
18	Gelecek bana bulanık ve belirsiz görünüyor.		
19	Kötü günlerden çok, iyi günler bekliyorum.		
20	İstediğim her şeyi elde etmek için çaba göstermenin gerçekten yararı yok, nasıl olsa onu elde edemeyeceğim		

Bölüm 4: Öz Şefkat Ölçeği- Kısa Formu

Aşağıdaki cümleler, zor durumlar karşısında kendinize genel olarak nasıl davrandığınızla ilgilidir. Ne sıklıkla aşağıda belirtildiği şekillerde davranma eğiliminde olduğunuza içtenlikle karar vererek size uygun ifadeyi işaretleyiniz.		(1) Neredeyse	(2) Nadiren	(3) Ara sıra	(4) Çoğu zaman	(5) Neredeyse her zaman
1	Kişiliğimin beğenmediğim yanlarına karşı anlayışlı ve sabırlı olmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
2	Kendimi bir şekilde yetersiz hissettiğimde, çoğu insanın da böylesi yetersizlik duyguları yaşayabileceğini kendime hatırlatmaya çalışırım.	1	2	3	4	5
3	Kendimi üzgün hissettiğimde, yanlış giden her şeyi kafama takma ve kurma eğilimindeyimdir.	1	2	3	4	5
4	Acı veren bir şey olduğunda, durumu belirli bir zihinsel mesafeden, dengeli bir bakış açısıyla görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
5	Kişiliğimin beğenmediğim yanlarına karşı hoşgörüsüz ve sabırsızımdır.	1	2	3	4	5
6	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, yetersizlik hisleriyle kendimi tüketirim.	1	2	3	4	5
7	Benim için önemli olan bir şeyde başarısız olduğumda, bu konudaki duygularımı bastırmak veya abartmak yerine durumu olduğu gibi açık yüreklilikle anlayıp kabullenmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
8	Hatalarıma ve yetersizliklerime karşı kınayıcı ve yargılayıcıyım.	1	2	3	4	5
9	Kendimi üzgün hissettiğimde, diğer insanların çoğunun benden daha mutlu olduğunu düşünme eğilimi gösteririm.	1	2	3	4	5
10	Çok zor bir dönemden geçerken kendime ihtiyacım olan duyarlılık ve sevecenliği gösteririm.	1	2	3	4	5
11	Başarısızlıklarımı insanlık halinin bir parçası olarak görmeye çalışırım.	1	2	3	4	5
12	Herhangi bir şey beni üzdüğünde, duygularımı bir denge içerisinde tutmaya çalışırım.	1	2	3	4	5

Bölüm 5: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: Asla, nadiren, ara sıra, oldukça sık, neredeyse her zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.		(1) Asla	(2) Nadiren	(3) Ara sıra	(4) Oldukça sık	(5) Neredeyse her zaman
1	Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
2	Yakınınıza bakma ve aileniz yada işinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
3	Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
4	Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
5	Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?	1	2	3	4	5
6	Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
7	Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
8	Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
9	Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
10	Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
11	Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?	1	2	3	4	5
12	Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
13	Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paranız olmadığını düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
14	Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
15	Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmiş olmayı diler misiniz?	1	2	3	4	5
16	Yakınınızla ilgili ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?	1	2	3	4	5
17	Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
18	Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?	1	2	3	4	5
19	Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissadersiniz?	1	2	3	4	5

EK-3: BFTSAP'nın İçeriği

Oturum	Konu	Oturumun Amacı	Uygulamalar	Ev ödevi
Birinci Oturum	Oryantasyon	Bu oturumun temel amacı; programın amacı, içeriği hakkında bilgilendirme yapma, grup üyeleri ile tanışma ve birlikte grup kurallarının oluşturulması ve grup uyumunun sağlanmasıdır.	- Yerleşme meditasyonu - Tanışma - Programın tanıtılması - Bir hikaye: Göl olmak - Grup kurallarının oluşturulması - Tıpkı benim gibi meditasyonu	-
İkinci Oturum	Bilinçli Farkındalığı Keşfetmek	Bu oturumun temel amacı bilinçli farkındalık, otomatik pilot kavramlarının tanıtılması ve deneyimsel olarak fark ettirilmesidir.	- Yerleşme meditasyonu - Kuru üzüm egzersizi - Otomatik pilot ve bilinçli farkındalık kavramlarının açıklanması - Beden taraması meditasyonu	- Özellikle farkına vararak ve beş duyunuzu kullanarak halihazırda yapmakta olduğunuz, günlük hayatınızda sıradan ve çok zihinsel aktivasyon gerektirmeyen günlük bir rutin aktivitenin seçilmesi (market alışverişi, çöpü çıkarmak, çocuklara kitap okumak, kahve içmek, yemek yemek vb.) - Hergün kısa anlarda da olsa nefese odaklanması - Haftada altı gün ses kaydı ile beden taraması meditasyonunun yapılması - Dokuz nokta egzersizinin yapılması ve bunu yaparken farkettiğiniz tepkilerin not alınması - Hafta boyunca bilinçli farkındalıkla yemek yeme ya da günde bir öğünün ilk 5 dakikasını veya her öğünün ilk lokmasının farkındalıkla yenilmesi
Üçüncü Oturum	Kendimize ve Dünyaya Bakışımız/Algılarımız	Bu oturumun amacı algılara ve nefese ilişkin farkındalığın	- Yerleşme meditasyonu - Beden taraması meditasyonu - Mindful hareket (bir veya iki	- Haftada altı gün ses kaydı ile beden taraması meditasyonunun yapılması - Günde 10-15 dakika nefesin farkındalığı ile

		geliştirilmesi, algıların her zaman doğruyu yansıtmadığının öğretilmesidir.	egzersiz) ▪ Dünyayı nasıl algılıyoruz? (Dokuz nokta egzersizi, görme meditasyonu) ▪ Algılarla ilgili teorik bilgi verme ▪ Bir hikaye: Mohini ▪ Nefesin farkındalığı ile oturma meditasyonu	oturma meditasyonunun yapılması ▪ Hoşa giden anlar takviminin doldurulması ▪ Gün içinde bir aktivitenin bilinçli farkındalıkla yapılması (Örn; diş fırçalamak, duş almak...) ▪ Gün boyunca kısa anlarda da olsa nefese odaklanması
Dördüncü Oturum	Mindfull Hareket/Yoga Bedende Olmak	Bu oturumun temel amacı hareket halindeki bedenle temas içinde olmak ve zihnin hoşa gitmeyen deneyimlere daha fazla odaklandığını fark etme becerisi kazandırmaktır.	▪ Yerleşme meditasyonu ▪ Bilinçli farkındalıkla hareket /yoga egzersizlerinin yapılması ▪ Hoşa giden anlar takviminin doldurulması ve paylaşımların yapılması ▪ Nefesin farkındalığı ile oturma meditasyonu	▪ Farklı günlerde beden taraması ve yoga egzersizlerinin ses kaydı ile yapılması ▪ Haftada altı gün nefesin farkındalığı ile oturma meditasyonunun yapılması ▪ Hoşa gitmeyen anlar takviminin doldurulması
Beşinci Oturum	Stresle başa çıkma (Stres ve Stresin Bilinçli Farkındalıkla Karşılanması)	Bu oturumun amacı yaşamda karşılaşılan zorlanmaları yargısız bir şekilde gözlemleme, stres ve stres tepkileri arasında ayırım yapabilme becerisinin kazandırılması ve zorlanılan durumlara karşı verilen otomatik tepkilere ilişkin farkındalığı artırmaktır.	▪ Yerleşme meditasyonu ▪ Nefes farkındalığı, bir bütün olarak beden ve beden duyuları ile oturma meditasyonu ▪ Ayakta bilinçli farkındalıkla hareket /yoga egzersizleri ile esneme ▪ Hoşa gitmeyen anlar takviminin doldurulması ve paylaşımların yapılması ▪ Stres kaynakları ve stres tepkileri ile ilgili egzersiz ▪ Stres, akut stres, kronik stres, kronik strese bağlı gelişen fiziksel ve ruhsal hastalıklar, stresi tetikleyen faktörler ve stres tepkileri hakkında teorik	▪ Gün içinde strese neden olan faktörleri gözlemleme ve otomatik stres tepkilerini değiştirmeye çalışmadan onların farkında olmaya çalışma ▪ Bir gün beden taraması, bir gün yoga uygulamasının yapılması ▪ Her gün oturma meditasyonunun yapılması ▪ İnfomal uygulamalara devam etme

			bilgi verilmesi ▪ Ayakta bilinçli farkındalıkla hareket /yoga egzersizleri ile esneme	
Altıncı Oturum	Stres Tepkisi ve Stres Arttırıcı Düşüncelerle Uğraşmak	Bu oturumun temel amacı katılımcılara strese neden olan uyaran ve strese gösterdiğimiz tepki arasındaki boşluğu kullanabilme becerisinin bilinçli farkındalık uygulamaları ile geliştirilebileceğine ilişkin farkındalık kazandırma, katılımcıların strese otomatik tepki vermek yerine seçilmiş yanıt verme becerisini geliştirmektir.	▪ Yerleşme meditasyonu ▪ Oturma meditasyonu ▪ Mindful hareket ▪ Stresli anlar meditasyonu ▪ Zor durumlarda bilinçli farkındalık bize nasıl yardımcı olabileceğine ilişkin teorik anlatım ▪ Beş Kısa Bölümde Otobiyoğrafi şiiri ▪ Yürüme meditasyonu ▪ Mindful hareket ▪ Kursun ilk yarısı ile ilgili genel değerlendirme ▪ Sessizlik günü ile ilgili bilgi verme	▪ Bir gün beden taraması meditasyonunun, bir gün yoga uygulamasının yapılması ▪ Her gün 40 dakikalık oturma meditasyonunun yapılması ▪ İnformal egzersiz (günlük yaşamda dikkat): Dikkati stresli durumlara odaklama ve bilinçli farkındalık için fırsatlar yaratmak amacıyla uyaran ve tepki arasındaki boşluğu genişletip genişletemeyeceğinizi keşfetme ▪ Stresli anlarda otomatik yanıt verme dürtüsünden çıkmak amacıyla nefesin şimdiki ana gelmek için bir çapa olarak kullanılması ▪ Zorlayıcı iletişim takvimi'nin doldurulması
Yedinci oturum	Sessizlik günü	Bu oturumun temel amacı farkındalık becerilerinin geliştirilmesi ve uygulamalarda daha da derinleşebilmektir.	▪ Yerleşme meditasyonu ve sessizlik günü ile ilgili niyet belirleme ▪ Sessizlik gününün amacı ve gün boyunca dikkat edilmesi gerekenler hakkında bilgi verme ▪ Beden taraması ▪ Mindful yoga ▪ Oturma meditasyonu ▪ Yürüme meditasyonu ▪ Dağ meditasyonu ▪ Misafirhane şiiri	-

			▪ Sevgidolu nezaket meditasyonu ▪ Bir Hikaye: Kralın Üç Oğlu ▪ Sessizlik günü ile ilgili deneyimlerin alınması	
Sekizinci oturum	Bilinçli Farkındalıkla İletişim	Bu oturumun temel amacı iletişim alışkanlıkları tartışmak ve iletişim sürecinde kaşı taraf ile beraber eş zamanlı olarak kendi otomatik duygu, düşünce ve yargılarımızın da farkına vararak ve merkezimizde kalarak iletişim kurabilmeyi öğrenmektir.	▪ Yerleşme meditasyonu ▪ Oturma meditasyonu ▪ İletişimle ilgili teorik bilgi verme ▪ Tolstoy'un "Üç fevkalade yanıt" hikayesi ▪ Zorlu iletişim ev uygulaması hakkında grup paylaşımı ▪ İkili gruplar halinde iletişim egzersizi ▪ Mindful hareket	▪ Bir gün oturma meditasyonu, bir gün beden taraması buna ek olarak ayakta ve yatarak yoganın her gün çeşitlendirilerek yapılması ▪ Günlük yaşamda karşılaştığımız kişilerle iletişim kurarken daha fazla farkında olunması
Dokuzuncu oturum	Kendine Özen Göstermek	Bu oturumun temel amacı kendimizle temas halinde olma becerimizi artırmak ve yaşamda kendime daha iyi nasıl bakabilirim sorusuna cevap aramak, yaşamımda otomatik tepkiler vermek yerine seçilmiş yanıtlar verebilmem için neye ihtiyacım var, bilinçli farkındalık tutumlarından şefkati ve özşefkati yaşamıma nasıl katabilirim? soruları hakkında	▪ Yerleşme meditasyonu ▪ Şefkat ve özşefkat hakkında teorik bilgi paylaşımı ▪ Yatıştırıcı dokunuşla ilgili öğretim ▪ Bizi tüketen ve besleyen şeyler listesinin oluşturulması ▪ Özşefkat molası meditasyonu	▪ Hafta boyu acı veren bir olay deneyimlediğinizde ortak insanlık anlayışının içinizdeki karşılıklarına bakılması ▪ Öz şefkat molası meditasyonunun yapılması ▪ Her gün yatıştırıcı dokunuş ile ilgili denemeler yapma ve kendinize iyi gelen yatıştırıcı dokunuşların bulunması ▪ Gün içinde sık sık "Şuan neye ihtiyacım var" sorusunun sorulması ▪ Günlük hayatta öz-şefkat: Halihazırda yaptığınız özbakım aktivitelerinizden birini seçip ya da yeni bir aktivite deneyip, onu farkındalıkla ve iyice tadını çıkararak yapılması (öz bakım aktiviteleri niyete bağlı olarak davranışsal öz şefkate dönüşebilir.)

		farkındalık kazandırmaktır.		
Onuncu oturum	Kendine Özen Göstermek	Bu oturumun temel amacı katılımcıların bir görüntü bularak ve bu görüntü ile konuşma başlatarak şefkatli iç sesleriyle bağ kurmalarına yardımcı olmak, bakım veren olarak ailelerin hem kendilerine hem de bakım verdiği bireylere yönelik şefkat becerisini geliştirmek, yaşamda karşılaşılan iyi şeyleri fark etme ve kendini takdir etme becerisini kazandırmaktır.	- Yerleşme meditasyonu - Temel metta (sevgi) meditasyonu - Öz şefkatla ilgili mitler hakkında teorik bilgi verilmesi - Minnettarlık ve kendimizde takdir ettiğimiz özelliklerle ilgili teorik bilgi verilmesi - Şefkatli arkadaş meditasyonu - Şefkat alma ve verme meditasyonu	- Kişisel metta ifadelerinizin bulunması - Temel metta (sevgi) meditasyonunun yapılması - Kendinizde olumlu olarak gördüğünüz 100 özelliğin listesinin yapılması - Gün boyunca minnettarlık duyulan 10 şeyin listesinin yapılması - Şefkatli arkadaş meditasyonunun yapılması
On Birinci oturum	Veda ve Yeni Bir Başlangıç	Bu oturumun temel amacı katılımcıların eğitimden edinilen deneyimleri yaşamlarına nasıl uyarlayacaklarını ve özellikle hangi alanlarda kullanmak istediklerini, bunları yaparken kendilerini nasıl destekleyeceklerini incelemektir.	- Yerleşme meditasyonu - Beden taraması - Oturma meditasyonu - İşte yaşamım o zaman başlayacak şiiri - Kendinize bir mektup yazma - Programla ilgili deneyimlerin paylaşılması	-

EK-4: Uygulama Formları

Bölüm 1: Öz Değerlendirme Formu

Eğitime başlamadan önce aşağıdaki soruları cevaplamayı ilginç ve faydalı bulabilirsiniz. Ayrıca eğitim devam ederken, her oturum sonrası bu sayfaya dönüp tekrar bakabilirsiniz.

- Beni buraya ne getirdi?
- Bu programa beni ne çeken ne oldu?
- Bu programdan beklentilerim neler?
- Bu programın hayatımı yaşayış şeklimi nasıl değiştirmesini umuyorum?

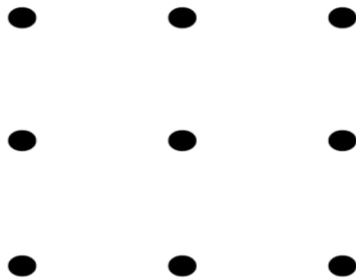
Bölüm 2: Ev Uygulamaları Kayıt Formu

Dilerseniz her pratik yaptığınızda bu formu doldurabilirsiniz. Uygulamaları yaparken ortaya çıkan herhangi bir şeyi buraya not alabilirsiniz, böylece bunlarla ilgili gelecek hafta konuşabiliriz.

Gün/Tarih	Pratik	Yorum
Pazar	Beden Taraması: Günlük Aktivitem: Yemek yemek	İlk başta bu kadar uzun süre uzanmakta biraz zorlandım. Sonrasında bedenimde olan her şeyi hissedebiliyor olmak bana iyi hissettirdi.
Pazartesi		
Salı		
Çarşamba		
Perşembe		
Cuma		
Cumartesi		

Bölüm 3: 9 Nokta Egzersizi

Dokuz noktayı kalemizi kaldırmadan ve herhangi bir çizginin üzerinden tekrar geçmeden 4 düz çizgi ile birleştirin. Bulmacayı, denelemeler yaparken rahat etmek için, kurşun kalemle çözmek isteyebilirsiniz. Bu çalışmayı kendinizi an'a odaklayarak yapın ve yaparken ortaya çıkan tepkileri, sizde neler olup bittiğini farketin. "Bunu yapamayacağım" gibi düşünceleri, takıntı, hüsrana, öfke, yılgınlık veya keyif gibi duyguları gözlemleyin. Bu düşünce ve duyguları bedeninizde nerede hissettiğinize daha yakından bakın.



Bölüm 4: Hoşa Giden Anlar Takvimi

Çok keyif aldığınız bir olayın, tam da gerçekleştiği anda farkına varın. Olay gerçekleşirken deneyimlerinizin detaylarına daha fazla odaklanabilmek için aşağıdaki soruları kullanabilirsiniz.

Deneyim neydi?	Olay olurken hoş hislerin farkında mıydım?	Bu deneyim sırasında bedenini nasıl hissettin, ayrıntılı bir şekilde açıkla.	Hangi ruh hali, duygular ve düşünceler bu olaya eşlik etti?	Bunu yazarken zihninizden hangi düşünceler geçiyor?
Dışarı çıktığımda yüzüme vuran ılık rüzgar	Evet	Bedenimde bir hafiflik, yenilenmişlik hissi ve yüzümde gülümseme.	Rahatlama, keyif. "Bu güzel", ne kadar da huzur verici" "dışarıda olmak çok rahatlatıcı"	Ufak bir şeydi ama fark ettiğimde sevindim.

Bölüm 5: Hoşa Gitmeyen Anlar Takvimi

Hoşunuza gitmeyen bir olayın, tam da gerçekleştiği anda farkına varın. Olay gerçekleşirken deneyimlerinizin detaylarına daha fazla odaklanabilmek için aşağıdaki soruları kullanabilirsiniz.

Tarih&Deneyim neydi?	Olay olurken hoş olmayan hislerin farkında mıydım?	Bu deneyim sırasında bedenini nasıl hissetti?	Hangi ruh hali, duygular ve düşünceler bu olaya eşlik etti?	Bunu yazarken zihninizden hangi düşünceler geçiyor?

Bölüm 6: Yarı Yol Değerlendirmesi

Bu 11 haftalık program, sağlığını ve iyilik halinizi artırma yolunda aktif adımlar atmanız üzerine kurulu. Bu programı artık yarımamış bulunuyoruz ve bu noktada derseniz yolculuğunuzu değerlendirmek için biraz zaman ayırabilirsiniz. Bu haftanın ev uygulamalarının parçası olarak aşağıdaki soruları değerlendirmenizin faydalı olabileceğini düşünüyoruz.

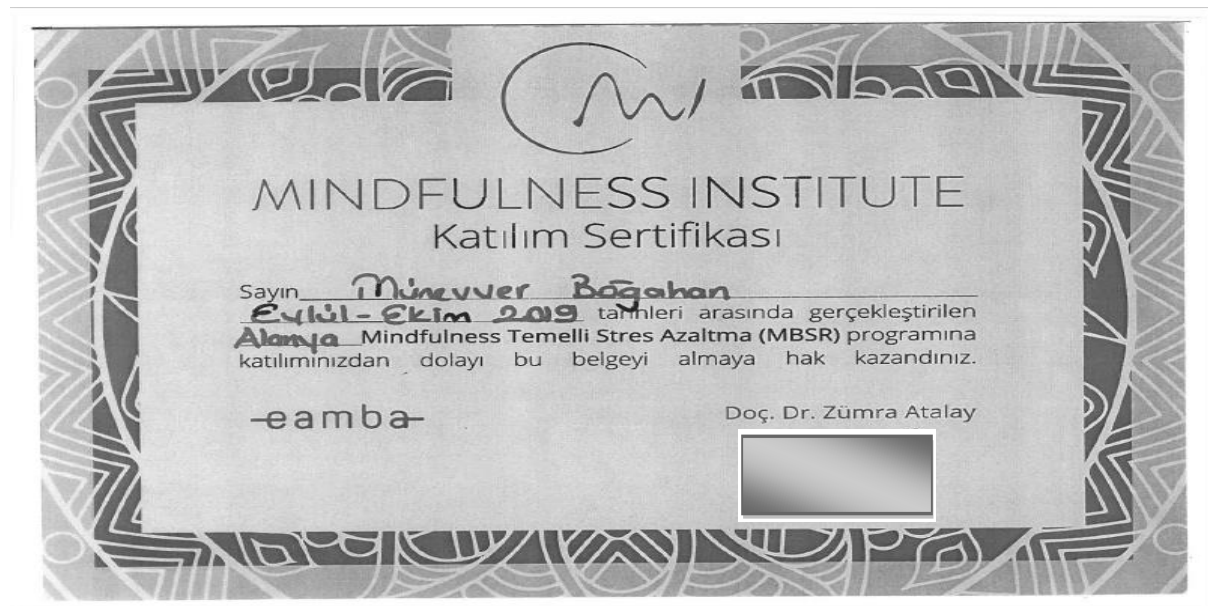
- Bu 6 hafta içinde neyin farkına vardım?
- Arkadaşlarım veya ailem bir şey fark etti mi?
- Bu ilk 6 haftalık süreç boyunca ne öğrendim?
- Kalan 5 hafta içerisinde programdan nasıl en iyi şekilde faydalanabilirim?

Bölüm 7: Zorlayıcı İletişim Takvimi

Gün	Kurduğunuz iletişim açıklayın. Kimleydi? Konu Neydi?	Zorluk nasıl ortaya çıktı, olay nasıl gelişti?	Aslında o durumdan veya o kişiden ne istiyordunuz? Gerçekte elinize ne geçti?	İletişim kurduğunuz kişi/ler ne istiyordu? Gerçekte eline ne geçti?	Yaşanırken ne hissettiniz? Üzerinden biraz zaman geçince ne hissettiniz?

EK-5: Alınan Eğitimler

Bölüm 1: Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı (MBSR) Sertifikası



Bölüm 2: Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı Eğitimci Eğitimi Sertifikası

Certification No: TT3-00202219

MBSR Eğitmenlik Sertifikası



MBSR Teacher Certificate

MÜNEVVER BOĞAHAN

Aralık 2020 ve Şubat 2022 arasında IMI Network Global Standartlarında gerçekleştirilen 274 saatlik MBSR Eğitimci Eğitimi başarıyla tamamlamıştır.

Successfully completed the 274 hours fulfilling IMI Network Global Standards of MBSR Teacher Training between December 2020, and February 2022.



ZÜMRA ATALAY
MBSR Eğitmeni/Teacher
Mindfulness Institute Kurucusu/
Founder



GÜNTER HUDASCH
MBSR Eğitmeni/Teacher
EAMBA Başkan Yardımcısı/Vice
President



LOT HEIJKE
MBSR Eğitmeni/Teacher
EAMBA Başkanı/President



PETRA MEIBERT
MBSR Eğitmeni/Teacher
Mindfulness-Center
Kurucu Ortağı/Co-Founder

MBSR Eğitimci Eğitimi

Eğitim İçeriği

- 274 Saat Eğitim Süresi
- 8 hafta ve 1 günlük sessizlik oturumunu içeren MBSR müfredatı
- MBSR uygulamaları ve meditasyonları
- Grup çalışması dinamikleri
- Sessizlik günü liderliği becerileri
- Inquiry (sorgulama) becerileri
- İlişkisel beceriler
- MBSR programının planlanması ve liderlik süreçlerine dair beceriler

Süpervizyon Süreci

- MBSR eğitimcisi sertifikasını almaya hak kazanan eğitimcimiz, 274 saat MBSR eğitimcisi eğitimine ek olarak, eğitimci sürecindeyken açmış olduğu ilk MBSR grubunda Zümra Atalay'dan birebir 4 adet süpervizyon almıştır.
- MBSR'ın 8+1 oturumunun her biri için yazılı raporlandırma yapmış ve son olarak final raporunu enstitüye ve süpervizörüne teslim etmiştir.

5 Günlük Sessizlik İnzivasi

- 274 saatlik eğitime ek olarak, 2021 yılında Mindfulness Institute tarafından İstanbul'da düzenlenen, Lot Heijke, Günter Hudusch ve Zümra Atalay öncülüğünde yönetilen 5 günlük sessizlik inzivasına katılmıştır.

MBSR Teacher Training

Content of Training

- 274 hours of training
- MBSR Curriculum with 8 Weeks and Silent/Mindfulness Day
- MBSR Meditations and Practices
- Embodiment of Mindfulness
- Learning to be the leading of the Silent/Mindfulness Day
- Dynamics of Group Work
- Inquiry Skills
- Relational Skills
- Planning to and leading to MBSR

Supervision Process

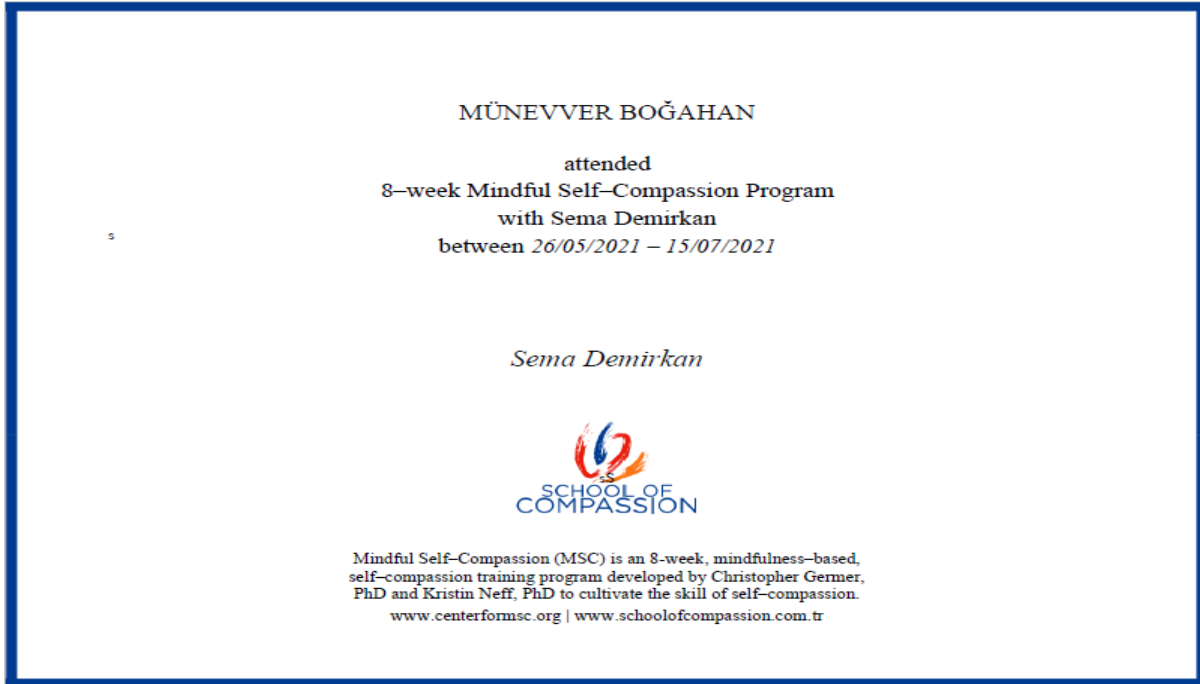
- The trainer, who was entitled to the MBSR Teacher Certificate, in addition to 274 hours of MBSR teacher training, received one-to-one 4 supervisions from Zümra Atalay in the first MBSR group that opened during the training process.
- Written reports and final report for each of MBSR's 8+1 sessions were submitted to the institute and supervisor.

5- Day Silent Retreat of Mindfulness

- In addition to the 274-hour training, participated in a 5-day silence retreat organized by the Mindfulness Institute and led by Lot Heijke, Günter Hudusch and Zümra Atalay in Istanbul, 2021.

*IMI: International Mindfulness Integrity

Bölüm 3: Öz Şefkatli Farkındalık Eğitimi Sertifikası



EK-6: Ölçek Kullanım İzinleri

Bölüm 1: Durumluk-Sürekli Kaygı Ölçeği Kullanım İzni

İlgili Kuruma,

Prof Dr. Necla Öner, "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ile ilgili tüm haklarını YÖRET Vakfına devretmiştir. Ölçek kullanımı için izin yazıları Prof. Dr. Necla Öner adına YÖRET Vakfı Başkanı Sibel Erenel imzası ile vakıf tarafından göndermektedir.

Mersin Üniversitesi'nde tez çalışması yapan Arş. Gör. Münevver Boğahan'ın, "*Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Psikiyatrik Hastaların Ailelerinin Ruhsal Durum ve Bakım Yüküne Etkisi*" konulu doktora tezinde "Süreksiz Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necla Öner



Bölüm 2: Beck Anksiyete Ölçeği Kullanım İzni

Re: Ölçek kullanım izni



Kime: Siz



BUÖ-Ölcek.doc

E-posta ekleri konumuna kaydedildi



Sayın Boğahan,

Söz konusu ölçeği bilimsel çalışmalarınızda kullanabilirsiniz. İyi çalışmalar...

Prof. Dr. Ayşegül Durak Batıgün
Ankara Üniversitesi
DTCF Psikoloji Bölümü

Bölüm 3: Öz Şefkat Ölçeği Kullanım İzni

Fw: Öz Şefkat Ölçeği

Gönderen:

Kime:

Konu: Re: Öz Şefkat Ölçeği

Merhaba Münevver,

Ölçeği elbette kullanabilirsin. Bu ölçeğin çevirisini, literatürdeki tutarsızlıkları göz önünde bulundurarak tezimde tekrar yapmıştık. Fakat ayrıca yayınlamadık. En son geçenlerde yazdığımız bir makalede şu şekilde tanıttık ölçeği:

Bölüm 4: Zarit Bakıcı Yük Ölçeği Kullanım İzni

Re: Ölçek kullanım izni

From:

To:

Subject: Re: Ölçek kullanım izni

merhaba Münevver hanım,

Zarit Bakıcı Yük Ölçeğini çalışmanızda kullanabilirsiniz. ölçekle ilgili açıklama geçerlik güvenirlik çalışmasında yeterince vardır.

başarı dileklerle.

EK-7: Mersin Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurul Kararı

T.C.
MERSİN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

Karar Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
17/02/2021	04	135

Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Serpil TÜRKLEŞ'in sorumluluğunda yapılması tasarlanan "Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Psikotik Hastaların Ailelerinin Ruhsal Durum ve Bakım Yüküne Etkisi" adlı araştırma için hazırlanmış olan ve 28/01/2021 tarihinde sunulan Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar İçin Başvuru Formu ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkanlığınca yayınlanan "COVID-19 Pandemisi Nedeniyle Klinik Araştırmalarda Alınacak Tedbirler" kapsamında gönüllüler ve araştırmacıların güvenliği açısından alınması gereken önlemler (sürekli olarak bir risk değerlendirmesi yapılması, COVID-19 kaynaklı öncelikler ve aciliyetin göz önünde bulundurulması, araştırma merkezinin yükünün azaltılması, sosyal izolasyon kurallarına uyulmasının sağlanması, araştırma ekibinin iş yükünün azaltılması vb.) doğrultusunda ve araştırmanın yapılabilmesi için Toros Devlet Hastanesi Toplum Ruh Sağlığı Merkezinden alınacak olan izin yazısının başvuru dosyasına eklenmesi, araştırmanın yürürlükte olan yasal düzenlemelere uyularak yürütülmesi ve sonuçlandırılması koşulu ile gerçekleştirilmesinde etik sakınca bulunmadığına toplantıya katılanların oy birliği ile karar verilmiştir.

İmza Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN Başkan	(Katılmadı) Prof. Dr. Selma ÜNAL Başkan Yardımcısı	İmza Prof. Dr. F. Özlem KANDEMİR Üye
İmza Prof. Dr. Olgu HALLIOĞLU KILINÇ Üye	İmza Prof. Dr. Murat BOZLU Üye	İmza Prof. Dr. M. Sami SERİN Üye
İmza Prof. Dr. İsmail ÜN Üye	İmza Prof. Dr. Nimet KARAGÜLLE Üye	İmza Doç. Dr. Ataman KÖSE Üye
İmza Doç. Dr. Gülhan TEMEL Üye	İmza Dr. Öğr. Üyesi M. Türkan IŞIK Üye	İmza Dr. Öğr. Üyesi Mustafa AZİZOĞLU Üye
İmza Dr. Öğr. Üyesi Özge KURMUŞ FERİK Üye	(Katılmadı) H. Betül LEVENT ERDAL Üye	(Katılmadı) Lale DAĞLI Üye

[İmza]

Prof. Dr. Bahar TUNÇTAN
Başkan
ASLI GİBİDİR

EK-8: Mersin İl Sağlık Müdürlüğü İzin Yazısı



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

MERSİN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ - MERSİN SAĞLIK
HİZMETLERİ BÖLÜMÜ



Sayı : E-66442466-604.01.01
Konu : Münevver BOĞAHAN'ın Bilimsel
Araştırma İzni

MERSİN TOROS DEVLET HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ

İlgi : 06/04/2021 tarihli ve 44897958-604.02.01-01-185 sayılı yazı.

İlgi sayılı yazınıza istinaden Mersin Üniversitesi hemşirelik anabilim dalında doktora öğrencisi olan Münevver BOĞAHAN'ın, ilgi sayılı dilekçesinde **Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Psikotik Hastaların Ailelerinin Ruhsal Durum ve Bakım Yüküne Etkisi** " konulu bilimsel çalışma yapmak istediğine dair talep yazısı incelenmiş, çalışmanın hizmeti aksatmayacak şekilde yürütülmesi, çalışmaya katılımların gönüllülük esasına göre yapılması, kişisel verilere ve özel hayata yönelik mevzuata aykırı sorular ihtiva etmemesi ve yapılacak çalışma sonucunun Müdürlüğümüz bilgisi dışında ilan edilmemesi kaydıyla söz konusu çalışma Müdürlüğümüz tarafından uygun görülmüş olup ilgili Araştırma Başvuruları İnceleme ve Değerlendirme Komisyon Kararı ekte gönderilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Op.Dr.Serkan KILINÇ
Başkan

Ek: ARAŞTIRMA BAŞVURULARI
İNCELEME VE DEĞERLENDİRME
KOMİSYON KARARI (1 Sayfa)



EK-9: Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (ERİŞKİN SAĞLIKLI GÖNÜLLÜLER İÇİN)

Bu çalışmada, Psikiyatri Hastalarının Ailelerine Uygulanan Stres Azaltma Programının Ruhsal Durumları ve Bakım Yüklerine Etkisi amacıyla bir araştırma yapacağız. Bu çalışmada yer almanız için öngörülen süre sadece 6 ay süresiyle sınırlı olup, bu çalışmaya sizden başka 49 erişkin sağlıklı kişi daha katılacaktır. Bu çalışmaya sizin de katılmanı istiyoruz, ancak katılmaya karar vermeden önce bazı şeyleri bilmeniz ve anlamanız gerekiyor. Size öncelikle çalışma sırasında neler olacağı açıklanacaktır. Size söylenen her şeyi anladıktan sonra bu çalışmaya katılıp katılmayacağınıza karar vermelisiniz.

Sorumlu araştırmacı (Arş. Gör. Münevver BOĞAHAN), size bilgileri dikkatli bir şekilde okuyacaktır. Eğer anlamadığınız bir şey olursa sorumlu araştırmacıya istediğiniz kadar soru sorabilirsiniz.

Bu çalışmaya neden ben seçildim?

Sizden ruhsal hastalığı olan bir bireye bakım verdiğiniz için bu çalışmaya katılmanız istenmektedir.

Bu çalışmaya katılmamın yararları nelerdir?

Bu çalışmaya katılmanız durumunda ruhsal hastalığı olan bireylerin aile üyelerinin ruhsal durumu ve bakım yükünün iyileştirilmesine yönelik yardımcı olacak bilgiler edinmeyi umuyoruz.

Bu çalışmada bana ne olacak?

Eğer bu çalışmaya katılmayı kabul ederseniz, size anket uygulanacaktır. Ayrıca çalışma kapsamında online olarak 11 hafta süren Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programı uygulanacaktır. Uygulama online olarak yapılacağından programa katılabilmeniz için gereken internet hizmeti araştırmacı tarafından karşılanacaktır. Anlamadığınız bir şey olursa tekrar tekrar sorumlu araştırmacıya sorabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmak zorunda mıyım?

Bu çalışmaya katılıp katılmamak isteğinize bağlıdır. Kararınızı vermeden önce, bu çalışmaya katıldığınız için size para veya hediye verilmeyeceğini bilmeniz gerekir. Şimdi "evet" deseniz de, istediğiniz zaman "istemiyorum" diyerek bu çalışmadan çıkabilirsiniz. Bunu yalnızca sorumlu araştırmacıya söylemeniz yeterlidir. Çalışmadan makul ölçüde beklenen yararlarla ilgili olarak sizin açınızdan hedeflenen herhangi bir klinik yarar olmadığında, ayrıca eğer çalışma sırasında farklı bir durum gelişirse size hemen haber verilecektir. O zaman da istediğinizde sorumlu araştırmacıya çalışmadan ayrılmak istediğinizi söyleyebilirsiniz. Kimse sizi zorlayamaz.

Bu çalışmaya katıldığımı başkaları da bilecek mi?

Sizin kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak ve kamuoyuna açıklanmayacaktır. Sizin dışınızda yalnızca tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebilecek olan kişiler (araştırma ekibindeki kişiler dışında araştırmanın yapılmasına onay ve izin verecek olan Etik Kurul ve Sağlık Bakanlığı gibi) bu çalışmaya katıldığınızı bilecektir. Ancak, çalışmanın her aşamasında olduğu gibi çalışmanın sonuçları yayınlanırken bile bütün bilgileriniz gizli tutulacaktır. Bu form sizin tarafınızdan imzaladığında sizinle ilgili bütün bilgilere ulaşabileceksiniz. Bu çalışmadan sorumlu araştırmacıya sorduktan sonra, eğer o izin verirse, bu çalışmaya katıldığınızı kendi özel doktorunuza söyleyebilirsiniz.

Ne yapmak zorundayım?

Size yapılacak her şeyi anladıysanız, şimdi sizden bu araştırmaya katılmak istediğinize ilişkin imza atmanız istenecektir. Bu size açıklandığı haliyle çalışmaya özgürce katıldığınızı gösterecektir. İmzaladığınız bu formun bir kopyası da sizde kalacaktır. Canınızı sıkan veya merak ettiğiniz bir şey olursa [REDACTED] numaralı telefonda Arş. Gör. Münevver BOĞAHAN'I arayabilir ve istediklerinizi sorabilirsiniz.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu çalışmada bana ne olacağını, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi, kimlik bilgilerimin gizli tutulacağını ve imzaladığım bu formun bir kopyasının bana verileceğini biliyorum. Bu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün,

Adı-Soyadı:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının,

Adı-Soyadı: Arş. Gör. Münevver BOĞAHAN

Görevi: Doktora Öğrencisi

Adresi: Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Çiftlikköy Kampüsü Yenişehir/MERSİN

Tel.-Faks: [REDACTED]

Tarih ve İmza: 01.11.2021

Olur alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin/görüşme tanığının,

Adı-Soyadı:

Görevi:

Adresi:

Tel.-Faks:

Tarih ve İmza:

Yürütücülüğünü yaptığım "Bilinçli Farkındalık Temelli Stres Azaltma Programının Psikotik Hastaların Ailelerinin Ruhsal Durum ve Bakım Yüküne Etkisi" başlıklı araştırmaya ait Bilgilendirilmiş Olur Formu'nu, yukarıda bulunan ve bir Bilgilendirilmiş Olur Formu'nda olması gerekli asgari bilgiler doğrultusunda hazırladım.

Araştırma Yürütücüsü

Doç. Dr. Serpil YILMAZ

İmza

Tarih

01.11.2021

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve soyadı: Münevver BOĞAHAN

Doğum Tarihi: [REDACTED]

E-mail: [REDACTED]

Öğrenim Durumu

Derece	Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Lisans	Hemşirelik	Çukurova Üniversitesi	2007-2011
Yüksek Lisans	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Mersin Üniversitesi	2016-2018
Doktora	Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Mersin Üniversitesi	2018-2023

İş deneyimi

Görevi	Kurum	Yıl
Acil Servis Hemşiresi	Konya Kulu Devlet Hastanesi Acil Servis	2015
Araştırma görevlisi	Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi	2016-

YAYINLAR (Makaleler/Bildiriler/Ödüller)

Makaleler

Uluslararası - SCI, SCI-Expanded, SSCI ve AHCI kategorisine giren

Türkleş, S., Boğahan, M., Altundal, H., Yaman, Z., & Yılmaz, M. (2021). Diaries of Nursing Students During the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Descriptive Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8556-8567. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168556>

Altundal Duru, H., Yılmaz, S., Yaman, Z., Boğahan, M., Yılmaz, M. (2023). Individuals' Coping Styles and Levels of Depression, Anxiety, and Stress During the COVID-19 Pandemic in Turkey: A Web-Based Cross-Sectional Study. *Sage Open*, 2023, 13(1), 21582440221148628. <https://doi.org/10.1177/21582440221148628>

Uluslararası - Alan endexleri

Yaman, Z., Boğahan, M., Yılmaz, S., Ak, E., Ekti, H., Özalp, D. (2022). Hemşirelik Öğrencilerinin Sosyal Medya Bağımlılığı ile Bilinçli Farkındalık ve Öz Şefkat Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. *YOBÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 3(2), 219-229.

Boğahan, M., Türkleş, S., Örekeci Temel, G. (2019). Hemşirelik Öğrencilerinde İntihara Yönelik Damgalamanın Belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 21 (3), 58-69.

Kitap Bölümleri

Uluslararası

Yaman, Z., Altundal-Duru, H., Boğahan, M., Yılmaz, M., Yılmaz, S., Yılmaz, S. Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar XI, ISBN: 978-625-6382-16-9, *Eğitim Yayınevi*, Baskı Sayısı: 1, Baskı Adet Sayısı: 100, 300 Sayfa, Türkçe, Konya, Türkiye, 2022.

Boğahan, M., Yılmaz, S. Psikiyatrik Rehabilitasyon, ISBN: 978-625-401-904-3, Türkiye Klinikleri, Baskı Sayısı: 1, Baskı Adet Sayısı: 100, 6 Sayfa, Türkçe, Ankara, Türkiye, 2022.

Türkleş, S., Yılmaz, M., Boğahan, M., Yaman, Z. Altundal, H. Why Is Cultural Competence Important in Psychiatric Nursing Care Practices? In: The Most Recent Studies In Science and Art, ISBN: 978-605-288-356-3, Gece Publishing: Ankara, Baskı Sayısı: 1, Baskı Adet Sayısı: 500, 8 Sayfa, İngilizce, Ankara, Türkiye, 2018.

Yılmaz, M., Yaman, Z., Ünal Alaçam, E., Boğahan, M. Altundal, H. Dünyadaki Psikiyatri Hemşireliği Mevzuatının Gözden Geçirilmesi. Psikiyatri Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar, ISBN: 978-625-7795-52-4, Akademisyen Kitabevi, Baskı Sayısı: 1, Baskı Adet Sayısı: 100, 250 Sayfa, Türkçe, Ankara, Türkiye, 2020.

Boğahan, M., Türkleş, S. Psikiyatri Hemşireliği Uygulamaları Kapsamında İntihar Girişiminde Bulunan Bireye Yaklaşım. Psikiyatri Hemşireliğinde Güncel Yaklaşımlar, ISBN: 978-625-7795-52-4, Akademisyen Kitabevi, Baskı Sayısı: 1, Baskı Adet Sayısı: 100, 25 Sayfa, Türkçe, Ankara, Türkiye, 2020.

Ulusal

Türkleş, S., Boğahan, M. Sanrı ve Halüsinasyonu Olan Birey İle İletişim. Sağlık Profesyonelleri İçin İletişim, ISBN: 978-625-7795-26-5, Akademisyen Kitabevi, Baskı Sayısı: 1, Baskı Adet Sayısı: 100, 20 Sayfa, Türkçe, Ankara, Türkiye, 2020.

Yılmaz, M., Yaman, Z., Boğahan, M., Öreten, R., Karagöz, S. Madde Bağımlılığı İle Mücadelede Müziğin Terapötik Etkisi. Hemşirelik ve Ebelik, ISBN: 978-605-258-062-2, Akademisyen Kitabevi, Baskı Sayısı: 1, Baskı Adet Sayısı: 100, 12 Sayfa, Türkçe, Ankara, Türkiye, 2018.

Bildiriler

Uluslararası - Tam Metin - Sözlü

Tekingündüz, S., Yılmaz, M., Boğahan, M., Yaman, Z., Altundal, H. Hemşirelikte Örgütsel Davranış Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerinin Eğilimleri ve Değerlendirilmesi. I. Uluslararası Akdeniz Sempozyumu, 2018-11-01, 2018-11-03, Mersin, Türkiye

Uluslararası - Özet - Sözlü

Boğahan, M., Türkleş, S., Yılmaz, M. Hemşirelerin Acil Servise İntihar Girişimi ile Gelen Bireye Yönelik Deneyimleri. V. Uluslararası IX. Ulusal Psikiyatri Hemşireliği Kongresi, 2018-11-20, 2018-11-23, Antalya, Türkiye.

Boğahan, M., Yaman, Z., Yolaçan, H., İçci, E., Yılmaz, M. Hemşirelik Öğrencilerinin Ruhsal Hastalığı Olan Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışları. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 02-05 Mayıs 2018, Burdur, Türkiye.

Tekingündüz, S., Yılmaz, M., Boğahan, M., Yaman, Z., Altundal, H. Hemşirelikte Örgütsel Davranış Alanında Yapılan Lisansüstü Tezlerinin Eğilimleri ve Değerlendirilmesi. I. Uluslararası Akdeniz Sempozyumu, 2018.

Yaman, Z., Öreten, R.A., Karagöz, S.C., Boğahan, M., Yılmaz, M. Madde Bağımlısı Olan Bireylerde Müzik Terapisinin Kullanımı. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 02-05 Mayıs 2018, Burdur, Türkiye.

Uluslararası - Özet - Poster

Boğahan, M., Türkleş, S., Psikiyatrik Bozukluğu Olan Bireylerin Ergenlik Dönemindeki Çocuklarının Yaşadığı Psikososyal Sorunlar. II. Uluslararası Multidisipliner Çalışmaları Kongresi, 4-5 Mayıs 2018, Adana, Türkiye.

Yılmaz, M., Türkleş, S., Yaman, Z., Altundal, H., Boğahan, M. Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesini Arttırmada Sağlık Eğitiminin Önemi. Uluslararası Yaşlı Sağlığı ve Bakımında Multidisipliner Yaklaşım Kongresi, 2018-03-22, Ankara, Türkiye.

Boğahan, M., Özaslan, M.K., Coşkunca, M., Yaman, Z., Yılmaz, M. Öğrenci Hemşirelerin LGBTİ'li Bireylere Yönelik Tutum ve Davranışlarının İncelenmesi. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 02-05 Mayıs 2018, Burdur, Türkiye.

Boğahan, M., Özaslan, M.K., Coşkunca, M., Yaman, Z., Yılmaz, M. Terapötik Dokunmanın Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 02-05 Mayıs 2018, Burdur, Türkiye.

Yaman, Z., Yolaçan, H., İçci, E., Boğahan, M., Yılmaz, M. Reiki Dokunma Terapisinin Demansı Olan Yaşlı Bireylerin Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri ve Yaşam Kongresi, 02-05 Mayıs 2018, Burdur, Türkiye.

Türkleş, S., Boğahan, M., Yaman, Z., Altundal, H., Yılmaz, M. Psikiyatri Hemşireliği Bakım Uygulamalarında Kültürel Yeterlilik ve Önemi. Uluslararası 4. Ulusal Kültürlerarası Hemşirelik Kongresi, 2017-10-21, 2018-10-24, Şanlıurfa, Türkiye.

Ulusal - Özet – Sözlü

Türkleş, S., Yaman, Z., Boğahan, M., Ak, E., Ekti, H., Özalp, D. Hemşirelik Öğrencilerinin Bilinçli Farkındalık ve Öz Şefkat Düzeyleri ile Sosyal Medya Kullanımı Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi. 19. Ulusal Hemşirelik Öğrencileri Kongresi, 2021-06-03, Edirne, Türkiye.