



**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



DOKTORA TEZİ

**İLETİŞİM BECERİLERİ ODAKLI PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ TANILI
BİREYLERİN BAKIM VERENLERİNİN ÖZNEL İYİ-OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİ**

Şirin HARKIN GEMİCİOĞLU

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Hülya BİLGİN**

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Programı

Ocak, 2024

TEZ KABUL VE ONAYI

Şirin HARKIN GEMİCİOĞLU tarafından, **Prof. Dr. Hülya BİLGİN** danışmanlığında hazırlanan " **İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitimin Şizofreni Tanılı Bireylerin Bakım Verenlerinin Öznel İyi-Oluş Düzeyine Etkisi** " başlıklı bu çalışma, jürimiz tarafından **29/12/2023** tarihinde yapılan sınav sonucunda **oy birliği** ile başarılı bulunarak **Doktora Tezi** olarak kabul edilmiştir.

Tez Jürisi

	İmza	Sonuç
DANIŞMAN	Prof. Dr. Hülya BİLGİN İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Sevim ULUPINAR İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Hemşirelik Öğretimi Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Doç. Dr. Elvan Emine ATA Sağlık Bilimleri Üniversitesi Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret
ÜYE	Dr. Öğr. Üyesi Suna UYSAL YALÇIN Kocaeli Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi Hemşirelik Anabilim Dalı	☒ Kabul ☐ Ret

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve bilimsel etik kuralları içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını ve her türlü hukuki sorumluluğu aldığımı kabul ederim.

Şirin HARKIN GEMİCİOĞLU

(İmza)

Mucize oğlum Erim'e ithaf ediyorum...

BÜTÇE DESTEKLERİ

İLETİŞİM BECERİLERİ ODAKLI PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN BAKIM VERENLERİNİN ÖZNEL İYİ-OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİ

Bu tez çalışması için herhangi bir kurumdan bütçe desteği alınmamıştır.

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim ve tez çalışmam süresince destek ve şevkatini her daim hissettiğim ve bilgileri ve deneyimleri ile akademik gelişimime katkısını esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım hocam Prof. Dr. Hülya BİLGİN'e,

Tez izlem komitemde yer alarak bilgi ve deneyimleriyle tezime katkı sağlayan Prof. Dr. Fatma Yasemin KUTLU ve Doç. Dr. Sevim ULUPINAR hocalarıma,

Doktora eğitimim süresince akademik ve kişisel gelişimime değerli katkılarından dolayı Prof. Dr. Sevim BUZLU, Prof.Dr. Leyla KÜÇÜK ve Doç. Dr. Sevil YILMAZ hocalarıma,

Tezimin uygulama aşamasında her türlü desteklerini veren sevgili hocalarım Prof. Dr. Nuray ATASOY, Prof. Dr. Özge SARAÇLI'ya,

Değerli görüşleri ile psikoeğitim programına katkılarından dolayı sayın hocam Doç. Dr. Sibel ARGUVANLI ÇOBAN'a,

Her türlü manevi destekleriyle ve yardımlarıyla yanımda olan arkadaşlarım Doç. Dr. Münevver SÖNMEZ, Dr. Öğr. Üyesi Müge SEVAL, Hem. Nuray BAĞBAŞI, Hem. Rabia KÖKSAL, Belma KARAMIK ve Hem. Figen DEDEOĞLU'e,

Her türlü zorluğa rağmen gösterdikleri işbirliği için araştırmaya katılan tüm bakım verenlerime,

Doktora eğitimim süresince bana ailenin bir ferdi gibi hissettiren, her derdime ortak olan Serpil ve Yavuz DEMİRBAŞ ailesine,

Eğitim hayatım boyunca bana verdikleri manevi destek ve anlayıştan dolayı ANNEM ve rahmetli BABAMA, kardeşlerim ve eşlerine,

Tez sürecimde anlayışından dolayı eşime ve hayatımın anlamı, mucize oğlum ERİM'e

Yürekten sonsuz teşekkürlerimi sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa no

TEZ KABUL VE ONAYI.....	ii
BEYAN.....	iii
TEŞEKKÜR.....	vi
İÇİNDEKİLER	vii
TABLO LİSTESİ	x
ŞEKİL LİSTESİ	xi
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
ÖZET.....	xiii
ABSTRACT.....	xv
1. GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE	5
2.1.ŞİZOFRENİ	5
2.1.1. Tanım	5
2.1.2. Epidemiyoloji.....	5
2.1.3. Etiyoloji.....	6
2.1.4. Belirti ve Bulgular.....	7
2.1.5. Gidiş ve Sonlanım.....	9
2.1.6. Tedavi.....	11
2.2. ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERE BAKIM VERENLER	13
2.2.1. Bakım Veren Kavramı	14
2.2.2. Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar	14
2.3. BAKIM VEREN BİREYLER VE ÖZNEL İYİ OLUŞ	17
2.3.1. Öznel İyi Oluş Kavramı	17
2.3.2. Öznel İyi Oluş Kuramları.....	18
2.3.3. Öznel İyi Oluşu Etkileyen Faktörler	19
2.3.4. Bakım Veren Bireylerde Öznel İyi Oluş	22
2.4. ÖZNEL İYİ OLUŞ VE İLETİŞİM BECERİLERİ	25
2.4.1.İletişim Becerileri.....	25
2.4.2. Bakım Veren Bireylerde İletişimin Önemi	28
2.4.3. Öznel İyi Oluş ve İletişim İlişkisi	29
2.5. PSİKOEĞİTİM	31
2.5.1. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitimin Önemi	31
2.5.2. Bakım Veren Bireylere Yönelik Psikoeğitim Müdahaleleri	32
2.5.3. İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı	35

3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	39
3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI ve TİPİ.....	39
3.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ.....	40
3.3.ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ	40
3.4.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI.....	40
3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ	41
3.5.1.Randomizasyon	42
3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	44
3.6.1. Kişisel Bilgi Formu	44
3.6.2. Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖÖ)	44
3.6.3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BYÖ).....	44
3.6.4. İletişim Becerileri Ölçeği (İBÖ).....	45
3.6.5.Katılımcı Grup Deneyim Formu	46
3.7. VERİ TOPLAMA SÜRECİ.....	46
3.8. PSİKOEĞİTİM PROGRAMLARININ OLUŞTURULMASI	46
3.8.1. İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı (İBOP)	46
3.8.2. Şizofreni Olan Bireylerin Bakım Verenlerine Yönelik Genel Psikoeğitim Programı (GEP)	50
3.8.3. Pilot Uygulama	52
3.9. UYGULAMA SÜRECİ	52
3.9.1. Hazırlık Aşaması.....	52
3.9.2. Uygulama Aşaması	53
3.9.3.İzlem Aşaması.....	54
3.10. VERİLERİN ANALİZİ ve DEĞERLENDİRİLMESİ.....	56
3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ	57
3.12. ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ	58
4. BULGULAR	59
4.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ	60
4.2. UYGULANAN PSİKOEĞİTİM PROGRAMLARININ KATILIMCILARIN ÖZNEL İYİ OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİ (GRUP İÇİ ve GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMALAR)	66
4.3. İLETİŞİM BECERİLERİ ODAKLI PSİKOEĞİTİM PROGRAMI KATILIMCILARININ UYGULANAN GİRİŞİMLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ	70
5. TARTIŞMA	73
5.1. KATILIMCILARA İLİŞKİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİN ve İLETİŞİMDE YAŞADIKLARI SORUNLARIN TARTIŞILMASI	74
5.2. UYGULANAN PSİKOEĞİTİM PROGRAMLARININ KATILIMCILARIN ÖZNEL İYİ OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİNE İLİŞKİN GRUP İÇİ ve GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMALARIN TARTIŞILMASI	78

5.3. İBOP GRUBU KATILIMCILARININ UYGULANAN GİRİŞİMLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI	85
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	89
6.1. SONUÇLAR	89
6.2. ÖNERİLER	89
7. KAYNAKLAR	91
EKLER.....	104
EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU	105
EK-2 ÖZNEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ	108
EK-3 BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ.....	110
EK-4 İLETİŞİM BECERİLERİ ÖLÇEĞİ	111
EK-5 KATILIMCI GRUP DENEYİM FORMU	112
ETİK KURUL İZİN YAZISI.....	113
EK-6 ETİK KURUL KARARI	114
KURUM İZNİ YAZILARI	116
EK-7 ÇALIŞMA KURUM İZNİ	117
EK-8 ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN SAYISI VE İLETİŞİM BİLGİLERİ KURUM İZNİ YAZISI.....	118
EK-9.1 GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Grubu için).....	119
EK-9.2 GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (Genel Psikoeğitim Grubu için)	121
EK-9.3 GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (Kontrol Grubu için)	123
EK-10 PSİKİYATRİDE PROFESYONEL İLETİŞİM BECERİLERİ EĞİTİMİ KATILIM BELGESİ	125
EK-11 ÖİÖÖ KULLANIM İZNİ.....	126
EK-12 İBÖ KULLANIM İZNİ	127
EK-13 BVYÖ KULLANIM İZNİ.....	128
EK-14 İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI	129
ÖZGEÇMİŞ	130

TABLO LİSTESİ

Sayfa No

Tablo 3.1: İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı İçeriği	48
Tablo 3.2: Genel Psikoeğitim Programı İçeriği.	51
Tablo 3.3: Araştırma Süreci Akış Tablosu.....	55
Tablo 4.1:Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri (n:72*).....	60
Tablo 4.2: Katılımcıların bakım vermeye ilişkin özellikleri (n=72*).	62
Tablo 4.3: Katılımcıların bakım verdikleri şizofreni tanılı bireylere ait tanımlayıcı özellikler ...	64
Tablo 4.4: Katılımcıların iletişim sorunlarına ait tanımlayıcı veriler	65
Tablo 4.5: Katılımcıların farklı zamanlarda uygulanan Öznel İyi Oluş Ölçeği puanının grup içi ve gruplar arası karşılaştırmaları.....	68
Tablo 4.6: İBOP grubundaki katılımcıların uygulanan girişimle ilgili görüşleri ve frekans dağılımı.....	69

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa no

Şekil 2.1: Şizofreni tanılı bireylere bakım veren bireylerin öznel iyi oluşunda değişkenler	22
Şekil 3.1: Araştırmanın Deseni	39
Şekil 3.2: Farklı örneklem sayıları için güç değerleri grafiği	41
Şekil 3.3: CONSORT Akış Şeması	43
Şekil 4.1: Gruplarda Öznel İyi Oluş Ölçeği puanlarının zamanla değişimi.....	70



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

APA	: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliği)
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
BYÖ	: Bakım Verme Yüğü Ölçeğı
D₂	: Dopamine D2 receptor
DSM V TR	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı
EKT	: Elektrokonvülsif Tedavi
GEP	: Genel Psikoeğitim Programı
IBOP	: İletişim Becerileri Psikoeğitim Programı
İBÖ	: İletişim Becerileri Ölçeğı
ÖİÖ	: Öznel İyi Oluş
ÖİÖÖ	: Öznel İyi Oluş Ölçeğı
5HT_{2A}	: 5-hydroxytryptamine (serotonin) 2A receptor

ÖZET

DOKTORA TEZİ

İLETİŞİM BECERİLERİ ODAKLI PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN BAKIM VERENLERİNİN ÖZNEL İYİ-OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİ

Şirin HARKIN GEMİCİOĞLU

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Doktora Programı

Danışman : Prof. Dr. Hülya BİLGİN

Bu çalışma, İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programının (İBOP) şizofreni tanılı bireylerin Öznel İyi Oluş (ÖİÖ) düzeyi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla, randomize, iki girişim ve bir kontrol gruplu, ön test, son test ve izlem ölçümlü deneysel desende gerçekleştirildi.

Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesi psikiyatri polikliniği'ne Haziran 2020 ile Mayıs 2021 tarihleri arasında başvuran, DSM-5 TR kriterlerine göre şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren 279 aile üyesi oluşturdu. Örneklem güç analizi ile belirlendi (n:72). Randomizasyon yapılarak İBOP grubu (n=24), GEP grubu (n=24) ve kontrol amaçlı girişim uygulanmayan grup (n=24) olarak ayrıldı. Veriler, "Kişisel Bilgi Formu", "Zarit Bakım Yüğü Ölçeği", "İletişim Becerileri Ölçeği", "Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖÖ)" ve "Katılımcı Grup Deneyim Formu" kullanılarak toplandı.

Analizde, tanımlayıcı veriler için sayı, yüzde, ortalama±standart sapma, medyan (min-maks) değerleri verildi. Gruplarda tanımlayıcı verilerin karşılaştırmaları, normal dağılıma sahip olan değişkenler için tek yönlü varyans analizi, normal dağılıma sahip olmayan değişkenler Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis analizi ve kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında Pearson Ki-kare analizi ile incelendi. Grup içi ve gruplar arası ve zamana göre ölçek puanlarındaki değişimi incelemek üzere Kruskal-Wallis ve Friedman Testleri kullanıldı. İBOP sonrası deneyimler için elde edilen nitel veriler "içerik analizi" ile ortaya kondu.

Bulgularda, İBOP katılımcılarının girişim öncesi ÖİÖÖ ortalama puanı ile girişim sonrası ve izlem aşamaları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$). Gruplar arası karşılaştırmalarda İBOP katılımcılarının ÖİÖÖ ortalama puanlarının GEP katılımcılarına göre girişim sonrasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ($p<0.05$) yüksek olarak bulunmakla birlikte, izlem aşamalarında anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$). İBOP katılımcılarının ÖİÖÖ ortalama puanları kontrol grubu katılımcılarına göre girişim sonrası ve ikinci izlem aşamasında anlamlı düzeyde yüksek idi ($p<0.05$), ancak birinci izlem aşamasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Sonuç olarak, İBOP'a katılan bakım verenlerin ÖİÖ düzeyi üzerine olumlu etkiler gösterdiği ve bu etkilerin sonrasında da devam ettiği görüldü. Uygulama sonrası İBOP katılımcılarının öz bildirimleri ile kendileri ve çevreleriyle iletişimlerine karşı farkındalıklarında, sosyal etkileşimlerinde artış olduğu ve özgüvenlerinin geliştiği belirlendi. İBOP'un etkililiğini daha fazla ortaya koymak amacıyla, benzer gruptaki bakım verenler ile yinleme çalışmalarının yapılması önerilmektedir. Bakım verenlerde ÖİÖ düzeyini artırmak için İBOP'un tüm rehabilitasyon basamaklarında yaygınlaştırılması yararlı olacaktır.

Ocak 2024 , 147 sayfa.

Anahtar kelimeler: Öznel İyi Oluş, iletişim becerileri, psikoeğitim, bakım verenler, şizofreni tanılı bireyler

ABSTRACT**Ph.D. THESIS****THE EFFECT OF PSYCHOEDUCATION FOCUSED COMMUNICATION SKILLS
ON SUBJECTIVE WELL-BEING OF THE CAREGIVERS OF INDIVIDUAL WITH
THE DIAGNOSIS OF SCHIZOPHRENIA****Şirin HARKIN GEMİCİOĞLU****İstanbul University-Cerrahpaşa****Institute of Graduate Studies****Department of Mental Health and Psychiatric Nursing****Programme of Mental Health and Psychiatric Nursing****Supervisor : Prof. Dr. Hülya BİLGİN**

This study was conducted in a randomized, two intervention and one control group, pre-test, post-test and follow-up experimental design in order to evaluate the effect of Communication Skills Focused Psychoeducation Program (CSFPP) on the Subjective Well-Being Level of Individuals Diagnosed with Schizophrenia.

The population of the study consisted of 279 family members caring for individuals diagnosed with schizophrenia according to DSM-5 TR criteria who applied to a university hospital psychiatry outpatient clinic between January 2021 and December 2021. The sample was determined by power analysis(n:72).The sample was randomized and divided into (CSFPP) group (n=24), GPP group (n=24), and no intervention group (n=24) for control purposes. Data were collected using the "Personal Information Form", "Zarit Caregiving Burden Scale", "Communication Skills Scale (CSS)", "Subjective Well-Being Scale (SWS)" and "Participant Group Experience Form". In the analysis, number, percentage, mean±standard deviation, median (min-max) values were given for descriptive data.

Comparisons of descriptive data in the groups were analyzed by one-way analysis of variance for normally distributed variables, Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis analysis for non-normally distributed variables and Pearson Chi-square analysis for categorical variables. Kruskal-Wallis and Friedman Tests were used to examine the change in scale scores within and between groups and over time. The qualitative data obtained for the experiences after CSFPP were revealed by "content analysis".

In the findings, a statistically significant difference was found between the pre-intervention SWS mean score of the CSFPP participants and their scores at the post-intervention and

follow-up stages ($p < 0.05$). In intergroup comparisons, although the mean scores of the SWS of the CSFPP participants were statistically significantly ($p < 0.05$) higher after the intervention compared to the GPP participants, no significant difference was found in the follow-up stages ($p > 0.05$). The mean scores of the SWS of the CSFPP participants were significantly higher after the intervention and in the second follow-up phase compared to the control group participants ($p < 0.05$), but no significant difference was found in the first follow-up phase.

As a result, it was observed that the caregivers who participated in CSFPP had positive effects on their subjective well-being and these effects continued afterwards. After the intervention, it was determined that the self-reports of the CSFPP participants and their awareness of themselves and their communication with their environment, their social interactions increased and their self-confidence improved. It is recommended to conduct replication studies with a similar group of caregivers in order to further demonstrate the effectiveness of CSFPP. It would be beneficial to extend the CSFPP in all rehabilitation stages to increase the subjective well-being in caregivers. |

January 2024, [147] pages.

Keywords: [Subjective Well Being, communication skills, psychoeducation, caregivers, individual with the diagnosis of schizophrenia.]

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Şizofreni, dünya çapında 21 milyon kişiyi etkileyen, hem tanı alan birey hem de ailesi üzerinde önemli sorunlara neden olan kronik bir psikiyatrik hastalıktır (Charlson ve ark., 2018). Hastalığın, bireyin yaşadığı bağlamsal gerçekliği ve performansını çeşitli şekillerde bozduğu bilinmektedir (Hercelinskyj & Alexander, 2019; Townsend & Morgan, 2017). Bununla birlikte, bozukluk tedavi edilebilir ve uzun vadeli semptom yönetimi ile iyileşme mümkündür (Öztürk & Uluşahin 2020; Sadock, Sadock & Ruiz, 2016). Bireylerin tedavi ve bakımındaki bu iyileşme perspektifi, aileler ve sağlık profesyonelleri için büyük umut vaat etmekle birlikte, hastane temelli modelden toplum temelli ruh sağlığı modeline geçişi sağlamıştır (Arslantaş, 2018; Flyckt ve ark., 2013).

Toplum temelli ruh sağlığı modeli ve şizofreni tedavisindeki yeni gelişmelerle birlikte şizofreni tanılı bireylerin hastanede kalma süresi kısılırken ailelerinin yanında kalma süreleri uzamıştır. (Özçelik & Yıldırım, 2018; Duman & Bademli, 2013; Arslantaş ve Adana, 2011). Bu gelişmeler, şizofreni tanılı bireylerin çoğunun hastaneden çıktıktan sonra aileleri ile birlikte yaşamasına ve aile üyelerinden bazılarının bakım veren rolü ile hazırlıksız bir şekilde karşılaşmasına neden olmuştur (Baysan Arabacı ve ark., 2018; Arslantaş, 2018; Jeyagurunathan ve ark., 2017; Duman & Bademli, 2013).

Literatürde bakım veren kavramı; “kronik hastalığı, sakatlığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere, çocuklara ya da yaşlılara bakım sağlayan, gözlemleyen, bilgi veren, fiziksel, emosyonel, maddi ve sosyal destek sağlayan, yardım eden veya yardımı düzenleyen bireyler” olarak tanımlanmaktadır (Chadda, 2014). Primer bakım veren ise; hastalara bakım veren, destekleyen, genellikle aile üyelerinden oluşan, bu sorumluluğu sürdürmekten birinci derece sorumlu olan kişidir (Yu ve ark., 2018; Jeyagurunathan ve ark., 2017). Primer bakım verenler; hastaya duygusal, fiziksel ya da maddi destek vermek, bakım alan bireyin rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme, etkileri ve yan etkileri bilme gibi), günlük bakım aktiviteleri, aile yaşamına katkı, ev işleri gibi görevlerin yürütülmesinde destek olmaktadır (Hsiao ve ark., 2020; Ak ve ark., 2012). Ailede bakım veren rolünü çoğunluğu şizofreni tanılı bireyin ebeveynleri olmak üzere, eşi, birinci dereceden diğer akrabalar üstlenmektedir (Jeyagurunathan ve ark., 2017).

Şizofreni tanılı bireyin bakımında en önemli rolü üstlenen aileler ve özellikle primer bakım verenler bakım verdikleri bireyin durumuyla ilgili çeşitli güçlüklerle gerek maddi ve fiziksel, gerekse psikososyal boyutta mücadele etmektedir (Sabancıoğulları & Tel, 2015; Kızıllırmak, 2014). Şizofreni tanılı bireylerin aileleri ile yapılan çalışmalarda, hastanın durumuna ve yeterli destek verememeye bağlı; stres, anksiyete, depresyon, utanç, suçluluk, korku, çaresizlik, zorlanma, endişe ve umutsuzluk gibi duygular yaşadıkları saptanmıştır (Yu ve ark., 2018; Chadda, 2014; Duman & Bademli, 2013). Ek olarak, aileler, aile üyesinin şizofreni tanısına bağlı garip yeni inançları veya davranışları ile nasıl baş etmeleri gerektiğini bilememekte, iletişim kurmaktan korkmakta, kişilerarası ilişkilerde olumsuz deneyimlere maruz kalmakta, rehberliğe ve yönlendirmeye ihtiyaç duymaktadır (Hsiao ve ark., 2020; Gharavi ve ark., 2018; Kouri ve ark., 2011).

Literatürde şizofreni tanılı bireye bakım veren üyenin sorunlarını çözmeye yönelik müdahaleler bulunmakla birlikte (Batchelor ve ark., 2022; Silaen, Dewi & Satyadi, 2021; Durmaz & Okanlı, 2021; Razei ve ark., 2018; Al-HadiHasan, Callaghan & Lymn, 2017;) iletişim yetersizliği, sosyal destek eksikliği, bakım kaygısı, bilgi eksikliği ve izolasyon gibi nedenlerle oluşan depresif belirtileri azaltmak, kişilerarası ilişkilerden kaynaklanan stresle başa çıkmaya yardımcı olmak ve kişilerarası işlevselliği artırmak çabası daha etkin ve farklı yöntemlerin kullanılmasını zorunlu hale getirmiştir (Verstaen ve ark., 2018; Gharavi ve ark., 2018; Kouri ve ark., 2011). Yapılan uluslararası çalışmalarda şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerinin, hastanın duygu ve davranışlarıyla başa çıkmada ihtiyaç duydukları beceri ve güvenden yoksun oldukları, etkileşim ve iletişim becerilerini artırmada özelleşmiş eğitime ihtiyaç duydukları vurgulanmaktadır (Rezaei ve ark., 2018; Gharavi ve ark., 2018). Bakım verenlerde iletişim yetersizliğinden ve kronik bir stresörle sürekli iç içe olmaktan kaynaklanan depresif belirtileri azaltmak, stres yönetiminde yardımcı olmak ve kişilerarası işlevselliği artırmak amacıyla iletişim becerileri odaklı psikoeğitim modeli pratik bir yöntem olarak önerilmektedir (Gharavi ve ark., 2018; Verstaen ve ark., 2018; Kouri ve ark., 2011). İletişim becerileri odaklı psikoeğitim programının temel amacı, bakım verenleri, hastalığın özelliğine bağlı tuhaf davranışlar sergileyen bireylerle ilgilenirken etkili iletişim ve etkileşim becerilerini kullanma konusunda eğitmektir (Gharavi ve ark., 2018). Şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerine yönelik psikoeğitim programlarının klinik uygulama rutinleri içinde yer alması bakım verenlerin uyum ve iyi oluş durumlarının artırılması açısından önemlidir (Hvalic-Touzery, Smole-Orehek & Dolnicar 2022; Duran & Barlas 2016; Werner & Shulman, 2013). Rezaei ve arkadaşları (2018) tarafından gerçekleştirilen randomize kontrollü

çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerine uygulanan iletişim becerilerine odaklı psikoeğitim programının genel sağlık durumunu iyileştirdiği ve iletişim becerilerini geliştirdiği saptanmıştır. Aynı çalışmada, iletişim becerilerinin güçlendirilmesinin, sözlü ve sözsüz iletişimi geliştirerek uyumu ve verimliliği artırabileceği vurgulanmıştır.

Şizofreni tanılı bireylerin ailelerinin öznel iyi oluş açısından risk taşıdıkları, bakım yükünün bakım verenlerde yaşam kalitesini ve iyi oluşu olumsuz yönde etkilediği çalışmalarla gösterilmiştir (Mohammed & Ghaith, 2018; Özçelik & Yıldırım, 2018; Jeyagurunathan ve ark., 2017; Gater ve ark., 2014; Wrosch ve ark., 2011). Shakeel ve arkadaşları (2015) tarafından demanslı ve fiziksel engelli bireylerin bakım verenleri ile gerçekleştirilen çalışmada, bakım yükü ile öznel iyi oluş düzeyi arasında negatif bir ilişki olduğu, bakım yükü düzeyini fazla bildirenlerin öznel iyi oluş düzeyi düşük bulunmuştur. Ayrıca yapılan diğer çalışmalarda, etkili başetme ve stresle başa çıkma yöntemlerinin iyi olmasının öznel iyi oluşu olumlu yönde etkilediği saptanmıştır (Wrosch ve ark., 2011; Chen ve ark., 2004). Diener'a göre (1984) öznel iyi oluş, "bireyin sahip olduğu olumlu ve olumsuz duygulara ve yaşamdan aldığı doyuma ilişkin olarak yaptığı öznel bir değerlendirmedir". Öznel iyi oluş, bireylerin yaşam doyumlarına ve olumlu-olumsuz duygulanımlarına ilişkin genel bir değerlendirmedir (Tov ve Diener, 2013). Bu değerlendirme, bireylerin olaylara verdikleri duygusal tepkileri, duygudurumlarını, evlilik, iş gibi yaşam alanlarındaki doyumlarını ve yaşam doyumları hakkındaki bilişsel yargılarını içermektedir (Diener, Oishi & Tay, 2018).

Öznel iyi oluşun yapısı sağlığı etkileyen faktörler arasındadır (Gencer, 2018). Literatürde öznel iyi oluşun pek çok psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklara karşı, bireyleri koruyucu, bu rahatsızlıkları önleyici bir faktör olarak ele alındığı görülmektedir (Eryılmaz, 2012). Aile ve bakım verenlerin öznel iyi oluşları bakım verdikleri bireye nitelikli bakım verme kapasitelerini de etkileyeceği için öncelikle ele alınması gereken bir konudur (Duran & Barlas 2016; Duran, 2014; Wrosch ve ark., 2011). Bakım veren bireylerde öznel iyi oluşu geliştirme, daha sağlıklı olmalarına, daha az ruhsal ve fiziksel belirti bildirmelerine, stresle daha iyi başa çıkabilmelerine, iş ve aile yaşamında daha fazla doyum almalarına, kaliteli arkadaş ve aile ilişkileri bildirmelerine ve bakım yükü ile ilgili daha az stres yaşamalarına katkıda bulunmaktadır (Duran & Barlas 2016; Shakeel ve ark., 2015; Chen ve ark., 2004). Duran ve Barlas (2016) zihinsel engelli çocuğa sahip olan ebeveynler üzerinde yaptıkları çalışmada, ebeveynlere verilen psikoeğitim programının öznel iyi oluş düzeyinde anlamlı bir yükselme sağladığı ve psikoeğitim sonrası izlemde ebeveynlerin kendilerini daha iyi

hissettikleri, daha fazla olumlu duygular yaşadıkları, duygularını daha iyi ifade ettikleri saptanmıştır.

Şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinde öznel iyi oluşlarını artırmaya yönelik psikoeğitim uygulamalarının bu bireylerin psikolojik dayanıklılıklarını ve psikososyal uyumlarını artıracığı düşünüldü. Ülkemizde şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinde yaşam doyumu, bakım yükü, baş etme, aile işlevleri ve sosyal destek konularında çalışmalar (Durmaz & Okanlı, 2021; Baysan Arabacı ve ark., 2018; Duman & Bademli, 2013) yapılmasına rağmen, öznel iyi oluşlarının artırılmasına yönelik bir çalışmaya rastlanmadı. Oysa bu kavram üzerinde çalışmak, bakım verenlerin olumsuz durumlarla başa çıkmasını sağlamakla ya da pekiştirmekle kalmayıp, endişe ve olumsuz öz eleştiri düzeylerini azaltmanın yanı sıra bireylerin kendilerini rahatlatma yeteneklerini geliştirmeye katkılar sağlayabilecektir. Ayrıca, kronik bir stresör olabilen bakım veren rolünü sürdürürken, olumlu ve olumsuz duygularını tanımlayabilmesine ve kabulüne de yardımcı olarak, bireyin rolünü sürdürürken kendisini ihmal etmesinin önüne de geçebilecektir.

Bu ihtiyaçlar doğrultusunda, İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı kullanılarak, şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin sağlıklı ve olumlu ilişkiler kurması, yaşadığı olumsuz duygular ve karşılaştığı zorluklar ile başa çıkması, güçlü yanlarının farkına varması ve mutlu ve anlamlı yaşam sürmesini sağlamak yolu ile öznel iyi oluş düzeyini artırmak hedeflendi. Çalışmada, şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin, sosyal destek azlığı, motivasyon kaybı ve bilgi eksikliği, kişilik yapısı gibi nedenlerle yaşadıkları iletişim güçlükleri psikoeğitim programı dahilinde ele alındı. İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'nda kendini tanıma ve kabul etme, başa çıkma ve kendini ifade edebilme becerisi, sağlıklı ve olumlu ilişkiler geliştirme, bakım kaygısı ve bilgi eksikliği ile ilgili stres, olumlu-olumsuz duygu yaşama kavramlarının ele alınmasının öznel iyi oluşları üzerine olumlu katkı sağlayacağı düşünüldü. Ayrıca bakım verenlerin uygun iletişim becerileri kazandığında hasta ile ilişkilerinde yaşadıkları olumsuz duyguların da öncelikle kendileri tarafından fark edilerek kabulüne ve olabildiğince giderilmesine olanak sağlandı.

Bu çalışma, iletişim becerileri odaklı psikoeğitimin şizofreni tanılı bireylerin bakım vericilerinin öznel iyi oluş düzeyine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla gerçekleştirildi.

2. KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1.ŞİZOFRENİ

2.1.1. Tanım

Şizofreni, genç yetişkinlikte başlayan, karakteristik belirti ve bulgular gösteren, prognozu kişiden kişiye değişiklik gösteren, henüz nedeni hakkında fikir birliği tam olarak sağlanamayan ve büyük ölçüde yeti yitimine neden olan önemli bir toplum ruh sağlığı sorunudur (Öztürk & Uluşahin 2020; Sadock, Sadock & Ruiz, 2016). Ciddi tıbbi komorbiditeleri olan şizofreni, azalan yaşam süresi ve önemli toplumsal ve ekonomik maliyetlerle ilişkili kronik bir seyir ile dünya çapında engelliliğin en önemli nedenleri arasında yer almaktadır (Whiteford ve ark., 2013).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında (DSM-5); hallüsinasyon, sanrı, negatif tutum ve dezorganize konuşma-davranış gibi beş temel semptom şizofreni için tanı kriterleri arasında bulunmaktadır. Tanı için, bir aydan kısa olmayan bir süre boyunca, bireyde günün çoğunda en az iki veya daha fazla temel semptomun ortaya çıkması ve ayrıca semptomların, günlük yaşam işleyişinin önemli alanlarında bozulmaya neden olması ve bunun sonucunda genel yaşam kalitesini düşürmesi gerekmektedir (APA, 2013).

2.1.2. Epidemiyoloji

Şizofreni bütün toplumlarda en sık görülen ruhsal bozukluk olmasına rağmen sıklık ve yaygınlığı hakkındaki veriler değişmektedir (Öztürk & Uluşahin 2020; Schulz, Green & Nelson, 2016). 2018'de yayınlanan bir gözden geçirme, küresel olarak 21 milyon insanın şizofreni ile yaşadığını ve bu rakamın nüfusun yaşlanmasıyla birlikte artmaya devam edeceğini bildirmektedir (Charlson ve ark., 2018). Ülkemizde her 1000 kişiden yaklaşık dokuzunun yaşam boyu şizofreni tanısı aldığı bildirilmektedir (Binbay ve ark., 2011). Ayrıca hastalığın aile yükü de göz önüne alındığında tanı oranının yaklaşık üç katı kadar kişiyi etkilediği söylenebilir. (Durmaz & Okanlı, 2014).

Şizofreninin en sık başlangıç yaşının geç ergenlik dönemi olduğu ancak hastalığın çocukluk veya yaşlılık dahil her yaşta gelişebildiği ve erkeklerde kadınlara göre genellikle başlangıç yaşı daha erken olduğu bildirilmektedir (Schulz, Green & Nelson, 2016).

Önceki çalışmalar erkekler ve kadınlar arasında şizofreni oranında eşit bir dağılım bildirmiştir (Karakuş, Kocal & Sert, 2017). Ancak daha yakın tarihli çalışmalar erkeklerde kadınlara kıyasla daha yüksek bir oran bildirmektedir (Öztürk & Uluşahin 2020).

2.1.3. Etyoloji

Bilişsel yeteneklerde, sosyal etkileşimlerde ve duyuşsal algıda bozulmaya neden olan şizofreninin nedenini aydınlatmak için yapılan araştırmalar, beyin yapısını ve işlevini değiştirebilecek çevresel ve genetik faktörler arasındaki etkileşimlere odaklanmaktadır. Beyin yapısı ve kimyası ile ilgili değişiklikler, birbiriyle ilişkili çeşitli nörotransmitter sistemlerin bozulmasına sebep olmaktadır (Stilo & Murray, 2019; Charlson ve ark., 2018).

Son çalışmalarda şizofreni etiyojisinin çok faktörlü olduğu ve genetik kırılganlık ile çevresel etmenler arasındaki etkileşim nedeni ile ortaya çıktığı belirtilmektedir. Hamilelik ve doğum komplikasyonları, çocukluk çağı travması, göç, sosyal izolasyon, şehirleşme ve madde kötüye kullanımı gibi çevresel risk faktörleri, tek başına ve birlikte, zaman içinde çeşitli düzeylerde etki ederek, bireyin bu bozukluğu geliştirme olasılığını etkilemektedir (Schulz, Green & Nelson, 2016).

Şizofreninin daha çok kalıtsal geçişli olduğu düşünülürken, bu hastalığa sahip bireylerin yarısından fazlasının herhangi bir akrabasının etkilenmemesi, genetik faktörlerin karmaşıklığını göstermektedir. Genetik faktörler, monozygotik ikizlerde şizofreni prevalans oranının %40-50 civarında olduğu çalışmalar tarafından desteklenmektedir (Charlson ve ark., 2018; Karakuş, Kocal & Sert, 2017). Ebeveynlerden birinin bu duruma sahip olması durumunda şizofreni gelişme olasılığının %10'dan az olduğu belirtilmektedir (Hercelinskyj & Alexander, 2019; Charlson ve ark., 2018; Schulz, Green & Nelson, 2016).

Şizofreniyi açıklamak için en eski olan ve en kapsamlı şekilde araştırılan biyolojik teoride bir dizi nörotransmitter sorumlu tutulmaktadır. Bunlar; dopamin, norepinefrin, serotonin, glutamat ve gama-aminobütirik asit (GABA)'tir (Stilo & Murray, 2019; Hercelinskyj & Alexander, 2019). Dopamin hipotezi, psikoz semptomlarının beyindeki aşırı dopamine bağlı nöronal aktiviteden kaynaklanabileceğini düşündürmektedir. Aşırı serotoninin ise şizofreninin hem pozitif hem de negatif semptomlarına neden olduğu varsayılmaktadır

(Schulz, Green & Nelson, 2016). Glutamat seviyeleri çok yüksek olduğunda, hipokampus hipermetabolik hale gelmekte ve sonra atrofiye uğramaktadır. Hipokampal atrofi, şizofreni olan birçok bireyde önemli bir bulgu olarak tanımlanmaktadır (Stilo & Murray, 2019). Ana inhibitör etkili nörotransmitter olan GABA'nın azalması, dopaminerjik ve serotenerjik sistem üzerindeki düzenleyici-inhibe edici etkinin bozulmasına yol açarak dopamin artışı ve şizofreni belirtileri ile ilişkilendirilmektedir (Hercelinskyj & Alexander, 2019; Townsend & Morgan, 2017).

Şizofreninin diğer biyolojik teorileri, beyinde (amigdala ve hipokampusta) yapısal anatomik değişiklikleri içerir, bu da hafıza ve öğrenme ile ilgili sorunlara neden olmaktadır. Buna ek olarak, algı ve düşünme bozukluklarının (halüsinasyonlar ve sanrılar gibi) bu hasarlı alanlardan kaynaklanabileceği varsayılmaktadır (Schulz, Green & Nelson, 2016).

2.1.4. Belirti ve Bulgular

Şizofreni başlangıcı ani veya sinsi olmakta; tanı konulmadan önce kişilerde yavaş ve kademeli olarak sosyal geri çekilme, olağandışı davranış, okula veya işe ilgi kaybı ve özbakımı ihmal etme gibi prodramal belirtiler ortaya çıkmaktadır (Öztürk & Uluşahin 2020; Hercelinskyj & Alexander, 2019; Sadock, Sadock & Ruiz, 2016). Şizofreni tanısı genellikle kişi sanrılar, hallüsinasyonlar ve mantıklı olmayan düşünce gibi daha aktif pozitif belirtiler göstermeye başladığında konmaktadır. Ani ve erken başlangıç kötü prognozu göstermektedir. Ancak hastalığın ne zaman ve nasıl başladığına ve şizofreninin türüne bakılmaksızın, çoğu hasta ve aileleri için sonuçları önemli ve kalıcı olmaktadır (Videbeck, 2020).

Şizofrenide genel görünümde değişiklikler, düşünce ve algı bozukları, davranış problemleri, bilişsel bozulmalar, avolüsyon ve apati, iletişimde güçlükler, duygusal kısıtlılığı kapsayan farklı belirtiler grubu bulunmaktadır (Öztürk & Uluşahin 2020; Schulz, Green & Nelson, 2016).

Genel Görünüm/Davranış

Kişisel bakım ve genel görünüm, vurdumduymazlık, ilgisizlik ve donukluk nedeni ile etkilenmektedir. Göz teması genellikle düzensizdir (Townsend & Morgan, 2017). Avolüsyon ve apati nedeni ile günlük yaşam aktivitelerinde ve sosyal işlevsellikte azalma olmaktadır (Hercelinskyj & Alexander, 2019).

Hastaların tedbirli, şüpheli ve tuhaf-tutarsız davranışları dikkat çekmektedir. Eylemleri başlatmada ve sürdürmede güçlük nedeni ile düzenli bir işi ya da okulu devam ettirmede zorluk yaşama, sosyalleşmede azalma, giyim ve öz bakımda özensizlik görülmektedir (Öztürk & Uluşahin 2020; Sadock, Sadock & Ruiz, 2016).

Konuşma ve İletişim

Şizofreni olan bireylerde, kendilerine özgü dağınık bir düşünce ve konuşma biçimi görülmektedir. İletişim kurmakta güçlük çekilmektedir (Schulz, Green & Nelson, 2016). Yeni kelime uydurma (neolojizm), konuşma tekrarlama (ekolali), kafiyeli konuşma (klang çağrışım), teğetsel konuşma, konuşma içeriğinde yoksullaşma ve bloklar, anlamsız konuşmalar (sözcük salatası), hiç konuşmama (mutizm), kalıplaşmış (stereotipik) sözler gibi belirtiler sık görülmektedir (Hercelinskyj & Alexander, 2019; Townsend & Morgan, 2017). Bireylerin ses tonu genellikle tek düze olup, duyguyu yansıtmayabilir ya da duygulanımı uygunsuz olabilmektedir (Videbeck, 2020).

Düşünce Süreci

Düşünce sürecini değerlendirirken, mantıksızlık, çağrışımlarda dağınıklık ve düzensizlik dikkat çekmektedir (Öztürk & Uluşahin 2020). Düşüncenin amacı ve uygunluğu bozulmuştur, hızı ve akışı yavaşlamıştır. Düşüncede bloklar ve yoksullaşma diğer önemli bulgulardandır (Townsend & Morgan, 2017).

Düşünce İçeriği

Şizofrenide görülen en önemli düşünce içeriği bozukluğu sanrılardır. Şizofrenide en sık görülen sanrılar, kötülük görme (perseküsyon) ve alınganlık (referans) sanrılarıdır. Daha nadir görülen, büyüklük (grandiyözite), kıskançlık, somatik, erotomanik, düşünce okunması-çalınması-yayınlanması, kontrol edilme sanrıları şeklinde sanrılar da bulunmaktadır (Videbeck, 2020; Townsend & Morgan, 2017; Karakuş, Kocal & Sert, 2017). Bazen obsesyonlar sanrılarla karıştırılır; bunların dikkatli bir şekilde ortaya çıkarılması gerekmektedir (Karakuş, Kocal & Sert, 2017).

Algılama

En çok görülen algı bozuklukları varsanılar (hallüsinasyon), yanılsamalar (illüzyon) şeklindedir. Şizofrenide en çok işitsel varsanılar görülmektedir (Videbeck, 2020). Kişi, emir

veren, kendisiyle alay eden, kendisini eleştiren sesler duymaktadır (Towsend & Morgan, 2017).

Bilişsel Yetiler

Şizofrenide genellikle, konsantrasyon güçlükleri ve hafıza ile ilgili bilişsel sorunlar yaşanmaktadır. Şizofreni tanılı bireyde hedef doğrultusunda olan görevleri yerine getirmekte (doğru sırayla giyinmek gibi) zorluklar ortaya çıkmaktadır (Hercelinskyj & Alexander, 2019; Towsend & Morgan, 2017). Aynı zamanda soyut düşünme yetileri azaldığı için zeka sorunları olabilmektedir (Schulz, Green & Nelson, 2016). Genellikle bilinç açık ve yönelim yerindedir (Öztürk & Uluşahin 2020).

İçgörü / Yargı

İçgörü genellikle bozulmuştur, hasta olduklarını kabul etmeme görülür. Uygunsuz dürtü, motivasyon ve ambivalans olabilir. Soyut düşünme ve gerçeği değerlendirme yetisi bozulduğu için yargılaması da bozulmaktadır (Hercelinskyj & Alexander, 2019; Towsend & Morgan, 2017).

Duygulanım

Şizofreninin negatif belirtilerinde artış yaşayan bireylerde duygulanımda küntleşme görülmesi yaygındır. Bu, duygusal ifadede bir miktar bozulmanın olduğu sınırlı duygulanımdan, duygusal ifadenin olmadığı düz bir duygulanıma kadar değişmektedir. İlgisizlik ve zevk alamama (anhedoni) görülmektedir (Videbeck, 2020).

2.1.5. Gidiş ve Sonlanım

Şizofrenide sonuçların tahmin edilmesi zordur, ancak hastalık öncesi işlevselliğe tam dönüş nadir olmaktadır (Hercelinskyj & Alexander, 2019). Bununla birlikte, yüksek düzeyde hastalık öncesi işlevsellik, güçlü sosyal yapı, daha geç başlangıç yaşı, kadın cinsiyet, belirgin tetikleyici faktörler, semptomların aniden başlaması, minimal kalıntı semptomlar, pozitif semptomların baskın olması, yapısal beyin anormalliklerinin yokluğu, erken tedaviye başlama, normal nörolojik fonksiyon ve ailede şizofreni öyküsü olmaması prognoz için olumlu göstergelerdir (Hercelinskyj & Alexander, 2019; Towsend & Morgan, 2017; Sadock, Sadock & Ruiz, 2016).

Şizofreni bir kronik hastalık olsa da, doğru destek ve tedavi ile iyileşme potansiyeli vardır. Şizofreni tanısı konan bireylerin yaklaşık %20'si, daha fazla nüks olmaksızın uzun süreli remisyon yaşamaktadır. Bireylerin %40'ının, hastalığın tekrar etmesi ile birlikte işlevselliklerinde gerilemelerle günlük işlerinde yardıma ihtiyaç duydukları belirtilmektedir. Geriye kalan %40'ının, hastalık belirtilerinden ciddi şekilde etkilendiği, yoğun yardıma ihtiyaç duyduğu ve yeti yitimi yaşadığı bildirilmektedir (Öztürk & Uluşahin 2020; Sadock, Sadock & Ruiz, 2016).

Hastalığın premorbid döneminde, pasif ve içe dönük olmak, akran ilişkilerinin zayıf olması, grup çalışmaları ve oyunlarından kaçınma, okulda başarısız olma ve antisosyal davranışlar sergileme başlıca özellikler olarak belirtilmektedir (Özsungur ve ark., 2012).

Prodromal dönemde, uykuda bozulma, çökkünlük, kaygı, öz bakımda azalma, konsatrasyonda güçlük ve sosyal geri çekilme belirtileri görülebilir. Bu dönem, hastalık öncesi işlevsellik değişiminden başlar ve psikoz semptomlarının başlangıcına kadar uzanır. Bu aşama birkaç hafta veya ay kadar kısa olabilir. Bu aşamada bireyin işlevselliğinde önemli bozulmalara dair belirtiler başlar ve %50'si depresif ve obsesif-kompulsif belirtilerden yakındır (Sadock, Sadock & Ruiz, 2016; APA, 2013).

Şizofreninin aktif döneminde, psikotik belirtiler tipik olarak belirgindir. Genellikle hasta tıbbi müdahaleye başvurana veya tıbbi müdahaleye getirilene kadar bir süre teşhis edilemez. (Towsend & Morgan, 2017).

Rezidüel dönem genellikle hastalığın aktif evresini takip eder ve bu evrede aktif dönem semptomları artık belirgin değildir. Negatif semptomlar kalabilir ve bu aşamada düz duygulanım ve işlevsellikte bozulma yaygın olmaktadır (Hercelinskyj & Alexander, 2019; Towsend & Morgan, 2017; Sadock, Sadock & Ruiz, 2016). Epizod sayısının fazla olması ile birlikte yeti yitimi sıklıkla artmaktadır (Öztürk & Uluşahin 2020).

Prognoz; tam remisyon ile belirtilerin aktif olduğu epizodlar arasında değişkenlik gösterebilir. Şizofreni tanılı bireylerin şizofreni olmayanlara göre altı kat daha fazla intihar riski bulunmaktadır. Bireylerin %25-50'sinin intihar girişiminde bulunduğu ve bunların %10'unun hayatlarını kaybettiği belirtilmektedir (Hercelinskyj & Alexander, 2019). Topluma göre yaşam süresinin kısa olmasına etki eden faktörlerin başında sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımı, kısıtlı fiziksel aktivite, hareketsiz yaşam tarzı ve obezite gelmektedir (Sadock, Sadock & Ruiz, 2016; Öztürk & Uluşahin 2020).

2.1.6. Tedavi

Şizofreni tedavisindeki hedefler, semptomları geriletme, nüksü önleme ve bireyin topluma geri entegre edilebilmesi için uyumsal işlevselliği artırmayı içermektedir (Sadock, Sadock & Ruiz, 2016; Öztürk & Uluşahin 2020). Şizofreni tanılı bireyler başlangıçtaki uyumsal işlevsellik düzeyine nadiren döndükleri için, uzun vadeli sonuçları optimize etmek için hem farmakolojik hem de psikososyal tedavilerin kullanılması önerilmektedir (Kane & Correll, 2010).

Psikososyal Tedaviler

Farmakoterapi şizofreni yönetiminin temel dayanağıdır, ancak kalıntı semptomlar ve bozulan işlevsellik için bireysel ve psikososyal müdahaleler de önemlidir (Karakuş, Kocal & Sert, 2017; Jobe & Harrow, 2010). Psikososyal müdahaleler, farmakolojik tedavideki boşlukları doldurmakla kalmaz, aynı zamanda hastaların ilaçlarına bağlı kalmalarına da yardımcı olmaktadır (Summakoğlu & Ertuğrul, 2018; Müeser ve ark., 2013). En sık kullanılan psikososyal müdahaleler destekleyici psikoterapi, grup psikoterapisi, uyumlandırma tedavileri (psikososyal beceri eğitimi, işe uyumlandırma çalışmaları vb.) ve aile psikoeğitimi yer almaktadır (Summakoğlu & Ertuğrul, 2018)

Tedaviye uyumsuzluk, tekrarlı hastaneye yatışlara yol açabilecek nüksetme riski oluşturmaktadır (Patel ve ark., 2014). Bu nedenle, hastalıkları ve tedavinin etkinliği hakkında bireyleri bilgilendirmek önemlidir. Bazı psikoterapiler, ilaçları almanın önemi konusunda bilinçlenmeye yardımcı olabilir. Bu girişimler arasında Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), bireysel terapi ve uyum terapisi bulunmaktadır (Schulz, Green & Nelson, 2016; Müeser ve ark., 2013).

Psikoterapötik yaklaşımlar bireysel, grup ve BDT olarak üç kategoriye ayrılmaktadır. Psikoterapi, sürekli gelişen bir terapötik alandır. Gelişmekte olan psikoterapiler arasında meta-bilişsel eğitim, anlatı terapileri ve farkındalık terapisi yer almaktadır (Müeser ve ark., 2013).

Şizofreni olan bireye odaklanmaya ek olarak, aile eğitimini teşvik eden müdahalelerin yeniden hastaneye yatışı azalttığı ve sosyal işlevselliği iyileştirdiği belirtilmektedir (Patel ve ark., 2014). Bu müdahalelerde aile üyelerine şizofreni tanısı olan bireyi nasıl izleyecekleri ve tedavinin olumsuz etkilerini ne zaman bildirecekleri öğretilmektedir. Psikoterapilerin çoğu aile katılımını teşvik etmektedir (Karakuş, Kocal & Sert, 2017).

Farmakolojik Tedaviler

Şizofrenide antipsikotik ajanlar olmadan etkili bir iyileşme ve rehabilitasyon mümkün olmamaktadır (Karakuş, Kocal & Sert, 2017; Patel ve ark., 2014; Kane & Correll, 2010). Akut psikotik epizod durumunda hemen ilaç tedavisi uygulanmalı ve tedavinin başlangıcında, bireyin yanıtına göre uygun doz ayarlanmalıdır. Nüksün önlenmesine yardımcı olmak için idame tedavisi gereklidir (Kane & Correll, 2010). İdame tedavisi alan bireylerde, böyle bir tedavi almayanlara kıyasla nüks insidansı sırasıyla %18-32'ye karşı %60-%80'dir (Ngwa, Winkfield & Okunji, 2020). İlk psikotik dönemin remisyonundan sonra en az 12 ay boyunca ilaç tedavisine devam edilmelidir (Kane & Correll, 2010).

Şizofreni tedavisinde kullanılan antipsikotik ilaçların temel etki mekanizmaları dopamin, serotonin, asetilkolin, noradrenalin gibi nörotransmitterlerin üzerinden gerçekleşmektedir. Bu ilaçlar tipik ve atipik olarak iki farklı sınıfta incelenmektedir (Karakuş, Kocal & Sert, 2017).

Tipik aralıktaki ilaçların şizofreninin pozitif semptomlarını iyi tedavi ettiği bilinmektedir. Bununla birlikte, şizofreninin negatif semptomlarının tedavisinde yetersiz kalmaktadır. Ciddi yan etkilerin artması nedeniyle şizofreni için birinci basamak tedavi olarak kabul edilmemelerine rağmen, günümüzde ruh sağlığı hizmetlerinde hala önemli bir yere sahiptir (Patel ve ark., 2014).

İkinci kuşak atipik antipsikotikler şizofreninin birinci basamak tedavisi için tercih edilen ajanlardır (Summakoğlu & Ertuğrul, 2018; Patel ve ark., 2014). Atipik antipsikotiklerle negatif semptomların ve bilişin iyileşmesi, D2 blokajı ile kombinasyon halinde Serotonin reseptörü (5-HT_{2A}) antagonizmasına bağlı olmaktadır. Atipikler, daha az ekstrapiramidal semptomla ilişkili olduklarından, genellikle tipik antipsikotiklere göre daha çok tercih edilmektedir (Summakoğlu & Ertuğrul, 2018). Bununla birlikte, atipikler kilo alımı, hiperlipidemi ve diabetes mellitus gibi metabolik yan etkilere neden olabilmektedir. Bu yan etkiler, şizofreni hastalarında gözlenen kardiyovasküler mortalite riskinin artmasına katkıda bulunabilmektedir (Patel ve ark., 2014; Kane & Correll, 2010).

Kombinasyon tedavisi, yalnızca tedavi algoritmasının sonraki aşamalarında önerilmektedir. Kombinasyon tedavisinde, bir tipik ve bir atipik gibi iki antipsikotik ilaç veya iki farklı atipik aynı anda uygulanmaktadır (Schulz, Green & Nelson, 2016).

Uzun etkili enjekte edilebilir antipsikotik ilaçlar, tedaviye uyumsuz hastalar için uygun bir seçenek sunmaktadır (Schulz, Green & Nelson, 2016). Yakın zamanda yapılan bir meta-analizde, hastaneye yatışları önlemede ve hastaneye yatış sayısını azaltmada uzun etkili antipsikotik enjeksiyonlarının oral antipsikotiklere göre üstünlüğü olduğu belirtilmektedir (Lian ve ark., 2022).

Duygudurum düzenleyiciler, yaygın olarak antipsikotik tedaviyi güçlendirme ajanlarıdır. Bazı bireylerde ruh halini ve davranışı iyileştirir, ancak antipsikotik bir etkiye sahip değildir (Summakoğlu & Ertuğrul, 2018).

Elektrokonvülsif terapi (EKT), bazı şizofreni hastaları için terapötik bir seçenek olmaya devam etmektedir (Summakoğlu & Ertuğrul, 2018). Genellikle bir antipsikotik ile kombinasyon halinde, şizofreninin dirençli veya yaşamı tehdit eden alevlenmeleri ve tedaviye hızlı yanıtın gerektiği durumlarda EKT'nin uygun bir seçenek olduğu belirtilmektedir (Karakuş, Kocal & Sert, 2017).

2.2. ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERE BAKIM VERENLER

Şizofreni, dünya çapında yetişkin nüfusu genç erişkinlik çağında etkileyen, yeti yitimi yaratan ve toplumsal ve ailesel sonuçları olan ruhsal bir hastalıktır (Charlson ve ark., 2018). Bilişsel bozulmalar yaygındır ve negatif semptomlar remisyondayken de devam etmekte ve uzun süreli engelliliğe neden olmaktadır (APA, 2013). Hastalık tipik olarak kroniktir ve epizodik ataklar sıklıkla hastaneye yatışı gerektirmektedir (Towsend & Morgan, 2017). Şizofreni tanısı olan bireylerin çoğu, günlük görevler için sürekli yardıma ihtiyaç duymakta ve ilerleyici bilişsel-işlevsel bozulma seyri göstermektedir (Hercelinskyj & Alexander, 2019; Townsend & Morgan, 2017).

Şizofreninin hastalık profili ve prognozunun, aileler için önemli duygusal ve sosyo-ekonomik maliyetleri olduğu bildirilmektedir (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020; Chadda, 2014). Son yapılan çalışmalarda şizofreni tanısı olan bireylerin önemli bir kısmının hastaneden çıktıktan sonra ailesinin yanına döndüğü ve %50-90'nının ailesiyle birlikte yaşadığı görülmektedir (Özçelik & Yıldırım, 2018; Duman & Bademli, 2013). Sağlık ve rehabilitasyon hizmetlerinin önemli ölçüde eksikliği ile birleştiğinde, bakım verme birçok sorumluluğu ve artan stresi de beraberinde getirmektedir (Genç, 2016).

2.2.1. Bakım Veren Kavramı

Bakım, bir dizi olasılıkla dolu bir olgudur. Bir yandan ihtiyaç sahiplerine umut ve destek sağlarken, diğer yandan da özellikle bakım vermeyi üstlenenlerde sıkıntı ve yük kaynağı olabilmektedir (Sabancıoğulları & Tel, 2015; Caicedo, 2014).

Literatürde bakım veren kavramı; “kronik hastalığı, sakatlığı nedeniyle kendine bakamayan bireylere, çocuklara ya da yaşlılara bakım sağlayan, gözlemleyen, bilgi veren, fiziksel, emosyonel, maddi ve sosyal destek sağlayan, yardım eden veya yardımı düzenleyen bireyler” olarak tanımlanmaktadır (Chadda, 2014). Primer bakım veren ise; “hastanın bakım sorumluluğunu sürdürmede, günlük yaşam aktivitelerinde, fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasında birinci derecede destek sağlayan ve genellikle aile üyesi olan kişi” olarak ifade edilmektedir (Hsiao ve ark., 2020; Jeyagurunathan ve ark., 2017). Primer bakım verenler; hastaya duygusal, fiziksel ya da maddi destek vermek, bakım alan bireyin rutin sağlık bakımı (ilaç alımı, tedavisi, izleme, etkileri ve yan etkileri bilme gibi), günlük bakım aktiviteleri, aile yaşamına katkı, ev işleri gibi görevlerin yürütülmesinde destek olmaktadır (Ak ve ark., 2012). Şizofreni tanılı bireyin bakım veren rolünü çoğunlukla ebeveynler olmak üzere, eşi, birinci dereceden diğer akrabalar üstlenmektedir (Yu ve ark., 2018; Jeyagurunathan ve ark., 2017).

2.2.2. Bakım Veren Bireylerin Yaşadıkları Sorunlar

Toplum temelli modeldeki son eğilimler, psikiyatrik hastalığı olan bireylerin aile üyelerini primer bakım veren olarak gördüğü için aileden beklentileri yükseltmektedir. Aileler artık başlıca destek kaynağı ve ruhsal hastalığın rehabilitasyonunda önemli bir ortak olarak görülmektedir (Jeyagurunathan ve ark., 2017). Bu süreçte, aileden bir üye bakım veren rolünü üstlenerek; hastanın günlük ihtiyaçlarıyla ilgilenir, ruhsal durumunu izler, hastalığın erken belirtilerini ve nüksü tespit eder, tedaviyi denetler, hastaya duygusal destek sağlar ve hastanın sağlık hizmetlerine erişmesine yardımcı olur (Hsiao ve ark., 2020; Chadda, 2014).

Ülkemizde gerçekleştirilen araştırmalar, şizofreni tanılı bireylere bakım veren kişilerin önemli stres altında olduğunu, orta-yüksek düzeyde yük yaşadıklarını ve genellikle ruh sağlığı uzmanlarından yetersiz yardım aldıklarını göstermektedir (İçel & Aydoğan, 2022)

Bakım verenler, poliklinik kontrollerini takip etmek ve bunlara katılmak, ilaç yönetimi, alışveriş, yemek pişirmek ve temizlik gibi günlük yaşam aktivitelerine yardım etmeyi içeren

doğrudan bakımı sağlamada saatler harcayabilmektedir. Ek olarak, duygusal, sosyal destek ve ekonomik destek kaynağıdırlar (İçel & Aydoğan; 2022; Jeyagurunathan ve ark., 2017). Araştırmalar, bakım verenlerin şizofreni ve diğer psikotik bozuklukları olan aile bireyine doğrudan bakım sağlamak için haftada 22 ila 37 saat harcadıklarını göstermektedir (Brain ve ark., 2018; Flyckt ve ark., 2013). Bakıma ayrılan uzun saatler ve artan sorumluluk nedeni ile bakım verenler hem sosyal yaşamlarından geri kalmakta hem de boş zaman aktivitelerini sınırlamak zorunda kalmaktadır (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020; Kamil & Velligan, 2019; Chadda, 2014).

Bakım verenler, bakımı sağlarken kendi sorumluluklarına ek olarak hastanın ev veya aile sorumluluklarını üstlenirken “aşırı rol yükü” yaşayabilirler. Bir bakım veren ne kadar fazla rol üstlenirse, yaşam kalitesinin düşmesine neden olabilecek stres ve olumsuz duygulanım yaşama olasılığı o kadar yüksektir (Jeyagurunathan ve ark., 2017).

Bazı şizofreni semptomları, bakım verenler için özellikle zorlayıcı olmaktadır. Bakım verenler hallüsinasyon, dezorganize konuşma, sanrılar ve özellikle tedaviye dirençli, ilaca yanıt vermeyen kalıcı semptomlar yaşayan bireylere bakım vermenin zorlayıcı olduğunu bildirmektedir (Brain ve ark., 2018). Bazı bakım verenler, özellikle semptomları kontrol edilemeyen hastaların şiddet potansiyeli ve öngörülemez davranışları konusunda endişelerini belirtmekteyken (Aktaş, 2020), bazıları ise hastaların gelecekleriyle ilgili kaygılarını ve korkularını bildirmektedir (Brain ve ark., 2018; Chadda, 2014).

Ayrıca yakın tarihli bir çalışmada, tedaviye dirençlilik ve kalıcı semptomlar nedeni ile bakım vermenin duygusal etkisinin arttığı belirtilmektedir (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020). Tedaviye dirençli şizofreni tanılı bireylerde semptomlar kalıcı ve aralıksızdır, bu da bakım verenlerin kendilerine daha az zaman ayırmasına, tedavi için daha az umut olmasına ve hastanın güvenliği için daha fazla endişe duymasına neden olarak genellikle bunalma, stres, bitkinlik, yorgunluk, hüsrana uğrama veya öfkeli hissetmeye yol açabilmektedir (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020; Kamil & Velligan, 2019).

Şiddete maruz kalma, davranış bozuklukları, ilaçları reddetme ve hastalarla etkili iletişim kuramama, bakım verenlerin karşılaştığı en yaygın sorunlar arasındadır (Aktaş, 2020; Durmaz & Okanlı, 2014). Ulusal düzeyli araştırmalar, şizofreninin hem pozitif hem de negatif belirtilerinin bakım verenin algılanan yükü üzerinde önemli bir etkisi olduğunu

göstermektedir (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020; Durmaz & Okanlı, 2014; Duman & Bademli, 2013).

Bakım verenler, damgalanma korkusu ve utanç duygusu yaşamaya bağlı üzüntü, umutsuzluk bildirmektedir (Wong ve ark., 2018). Ayrıca çalışmalarda, bakım verenlerin aile üyesinin hastalığını bir sır olarak sakladıkları, durumlarının başkaları tarafından nasıl görüleceği veya yanlış anlaşılacağı endişeleri nedeniyle sosyal etkileşimlerini sınırladıkları ve ayrımcılığa maruz kaldıkları bildirilmektedir (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020; Kamil & Velligan, 2019, Chadda, 2014).

Şizofreni olan bireylere bakım sağlamanın, bakım verenler ve aileleri için büyük ekonomik etkileri de vardır. Bakım vermeyle ilgili ekonomik etkiler, yalnızca bakım masraflarına ve bakım alan bireye mali destek sağlanması ile ilgili değil, aynı zamanda bakım veren için kaybedilen gelirlerle de ilgilidir (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020; Kamil & Velligan, 2019). Tedaviye dirençli şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin mesleki yaşamları, işten fazla izin alma ve sorumluluklarını yerine getirememe gibi nedenlerden dolayı etkilenmektedir (Brain ve ark., 2018; Chadda, 2014).

Bakım vermenin sürekli stresi, bakım verenlerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarını olumsuz yönde etkilemektedir (Chadda, 2014). Hastalığın kronik özelliği ve bakım verilen bireyin aşırı talepkar eğilimi olması bakım verenlerin stresli, endişeli ve zayıf hissetmelerine neden olmaktadır. Uzun vadede tükenmişlik ve duygusal yorgunluk meydana gelmektedir (Flyckt ve ark., 2013). Şizofreni olan bireylere bakım verenler genellikle depresyon, anksiyete ve uyku düzeninde olumsuz etkiler bildirmektedir (Brain ve ark., 2018; Chadda, 2014; Flyckt ve ark., 2013). Bir çalışmada, şizofreni tanılı bireye bakım verenler, bakım vermeyenler ve diğer tanılı bireylere bakım verenlere göre daha kötü fiziksel ve ruhsal sağlık bildirmektedir (Gupta ve ark., 2015). Ayrıca diğer bakım verenlere göre (multiple skleroz, romatoid artrit ve epilepsi) sağlık kaynaklarını ve psikiyatri hizmetlerini kullanımlarında da 2,7 kat artış olduğu belirtilmektedir (Mittendorfer-Rutz ve ark., 2018).

2.3. BAKIM VEREN BİREYLER VE ÖZNEL İYİ OLUŞ

2.3.1. Öznel İyi Oluş Kavramı

Öznel iyi oluş (ÖİÖ), bir kişinin hayatındaki hoş ve zevkli olaylara karşı hoş olmayan olaylar dengesi ile tanımlanır (Diener, Oishi & Tay, 2018). “İyi bir yaşam”, bu olayların ve deneyimlerin kaynağı ne olursa olsun, acı ve ıstıraptan daha fazla zevkin olduğu bir yaşamdır. Bireyin ahlaki nitelikleri, değerleri, erdemleri, amaçları, başarıları ve diğer insanlara ve topluma katkıları büyük ölçüde konu dışıdır. Önemli olan kişinin hayatından ne kadar keyif aldığı, kendini kötü yerine iyi hissettiği, acı ve rahatsızlık yerine zevk aldığı ve hayatından memnun olup olmadığıdır. Birey, hayatının ve olayların tek değerlendircisidir (Maddux, 2017).

ÖİÖ, “kişinin olumlu duygular, düşük düzeyde olumsuz ruh halleri ve yüksek düzeyde yaşam doyumunu içeren kendi yaşamına ilişkin bilişsel ve duyuşsal değerlendirmeleri” olarak tanımlanmaktadır (Diener, Oishi & Tay, 2018; Maddux, 2017).

ÖİÖ’nun yüksek düzeyde olması, başarılı bir yaşlanma sürecinin göstergesi olarak kabul edilmektedir. ÖİÖ, “İyi yaşam” olarak adlandırılan teorik bir yapının bir bileşenidir (Diener, Oishi & Tay, 2018).

ÖİÖ kavramı, Diener'e (1984) göre üçlü yapıdan oluşmaktadır. Bu yapılar “olumlu duygulanım”, “olumsuz duygulanım” ve “yaşam doyumudur (Diener, Oishi & Tay, 2018). Olumlu duygulanım, kişinin mutluluk, heyecan gibi olumlu duyguları; olumsuz duygulanım ise öfke, üzüntü gibi olumsuz duyguları yaşama eğilimini göstermektedir. Yaşam doyumunu ise kişinin farklı alanlarındaki ihtiyaçlarını karşılayabilme algısı olarak tanımlanmaktadır (Maddux, 2017). ÖİÖ’su yüksek olan bir birey, olumsuz duygulanımdan daha fazla olumlu duygulanım yaşar ve yaşamından nispeten memnundur. Bu yapılar birbirinden bağımsız gibi görünse de birbiriyle ilişkilidir. Örneğin, olumlu ve olumsuz duygulanım tam olarak zıt değildir, ancak orta derecede ters orantılıdır. Birini sık, diğerini seyrek olarak deneyimleyen bireyler vardır. Örneğin, “mutlu” insanlar ama aynı zamanda üzüntü duygusu yaşayabilirler (Diener & Biswas-Diener, 2005).

2.3.2. Özel İyi Oluş Kuramları

ÖİO kuramları dört kategoride açıklanabilir: (1) genetik/mizaç teorileri, (2) hedeflerin tatmini teorileri (3) çevre uyumu teorileri, (4) sosyal karşılaştırma teorileri.

Genetik/mizaç teorileri, bazı insanların neden sürekli olarak diğerlerinden daha mutlu olduğunu açıklamak için karakter ve genetiğe odaklanmaktadır (Diener, Oishi & Tay, 2018; Doğan, 2013). Örneğin, bu yaklaşım ile ayrı olarak yetiştirilen tek yumurta ikizlerinin, birlikte yetiştirilen dizigotik ikizlerden neden daha fazla birbirine benzediğini açıklamaktadır (Maddux, 2017). Daha spesifik olarak, dışa dönüklük ve nevrozluğun, ödül ve ceza sistemlerinin gücü aracılığıyla kişinin temel mutluluk seviyesini belirlediğini, ancak yaşam koşulları insanları geçici olarak başlangıçtan uzaklaştırırsa da, mizacın onları eninde sonunda başlangıç düzeyine geri döndüreceğini ileri sürmektedir (Kopsov, 2019). Benzer şekilde, biyolojik teoriler de günlük olayların çoğunun kişinin ÖİO'sunu kısa bir süre için etkilediğini ve nihai olarak başlangıç durumuna geri döndüğünü ortaya koymaktadır. Örneğin, işyerinde yüksek ücretli bir pozisyona terfi etmek, bir kişiyi bir süre için normal durumunun üzerine çıkaracaktır, ancak kişi yavaş yavaş adapte olacak ve mizaç özellikleri tarafından belirlenen başlangıç düzeyine geri dönebilecektir. Bu olgu, bireylerin zaman içinde geri döndükleri biyolojik olarak belirlenmiş kendi temel noktalarına sahip oldukları “ayar noktası teorisi” olarak bilinmektedir (Diener, Oishi & Tay, 2018).

ÖİO üzerindeki genetik etki tartışılmaz olsa da, ayar noktası teorisi, işsizlik, boşanma ya da eşlerden birinin vefatı gibi ciddi olumsuz olaylar yaşayan birçok kişinin her zaman başlangıç noktalarına dönmediği bulgularına dayanarak eleştirilmektedir (Diener & Biswas-Diener, 2005).

Hedeflerin tatmini kuramı, insanların ihtiyaçları, arzuları ve hedefleri karşılandığı ölçüde hayatlarından memnun oldukları fikrine dayanmaktadır (Diener, Oishi & Tay, 2018). Bu teori, temel ihtiyaçların, arzuların ve hedeflerin tatmin edilmesinin yüksek ÖİO seviyelerine ve tatmin edilememeye bağlı duyulan memnuniyetsizliğin düşük ÖİO seviyelerine yol açacağını varsaymaktadır (Diener, Oishi & Tay, 2018; Maddux, 2017). Olumlu duygunun insanların hedeflerine ulaşma derecesi ile ilgili olduğunu, olumsuz duygunun ise bireyin hedeflerine ilişkin kararsızlığı ve hedefleri arasındaki çatışma ile ilgili olduğu belirtilmektedir (Abdullahi ve ark., 2020; Wrosch ve ark., 2011). Kendileri için çok

önemli hedefleri olanların yaşam doyumunun yüksek düzeyde olduğu ileri sürülmektedir (Tov & Diener, 2013).

Kişi-çevre uyumu kuramı, bir kişinin ÖİÖ'sunu, çevreyi ödüllendirici bulduğu ölçüde deneyimleyeceği ve bireyin kişiliği duruma “uyduğunda” çevrelerin en çok ödüllendirici olduğudur. Bu nedenle, kişiliklerine uygun yaşam koşullarındaki bireyler, kişiliklerine uymayan koşullara kıyasla daha yüksek ÖİÖ deneyimlemektedir (Diener, Oishi & Tay, 2018).

Sosyal karşılaştırmalar kuramına göre ÖİÖ düzeyi, bireylerin kendilerini başkalarıyla karşılaştırmasının ve olumlu ya da olumsuz öz değerlendirmeler yapmasının bir sonucudur (Maddux, 2017). İnsanlar kendi ekonomik durumlarını çevresindeki diğer bireylere kıyasla daha kötü olduğunu kabul ediyorsa, bu durum düşük ÖİÖ seviyelerine yol açmaktadır (Diener, Oishi & Tay, 2018). Sosyal karşılaştırmaların birçok alandaki memnuniyetin en güçlü belirleyicisi olduğu belirtilmektedir (Gencer, 2018).

2.3.3. Öznel İyi Oluşu Etkileyen Faktörler

ÖİÖ'yu destekleyen veya etkileyen faktörler, genetikten toplumsal koşullara kadar uzanmaktadır (Diener, Oishi & Tay, 2018; Maddux, 2017). ÖİÖ'nun orta derecede kalıtsal olduğu gösterilmiştir ve bireysel farklılıklardaki çeşitliliğin ortalama olarak %30 ila 40'ı genetik etkilere bağlanmıştır (Diener, Oishi & Tay, 2018). Bir çalışmada, daha dışa dönük ve daha az endişeli bireylerin yüksek ÖİÖ'ya sahip olduğu gösterilmiştir (Doğan, 2013). Aynı zamanda, kalıtım derecesi tahminleri de ÖİÖ'nun yaklaşık %60 ila %70'inin çevresel etkilere atfedilebileceğini göstermektedir. Bu nedenle, ÖİÖ'yu artırabilecek veya azaltabilecek birçok kontrol edilebilir faktör vardır (Kopsov, 2019; Tov & Diener, 2013).

Temel ve psikolojik ihtiyaçlar ÖİÖ'yu etkilemektedir. 123 ülkeyi kapsayan bir çalışmada, temel ve psikolojik ihtiyaçların yerine getirilmesinin ÖİÖ ile pozitif olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir (Diener, Oishi & Tay, 2018). Yaşam doyumu değerlendirmeleri en güçlü şekilde yiyecek ve barınma gibi temel ihtiyaçların karşılanmasıyla ilişkilendirilmektedir (Maddux, 2017). Diğer yandan olumlu duyguların, sosyal ihtiyaçların karşılanması ve başkalarından saygı görme ile güçlü şekilde ilgili olduğu vurgulanmaktadır (Diener, Oishi & Tay, 2018).

Temel ihtiyaçların karşılanmasının yanı sıra, yaşam koşullarının da ÖİÖ'yu etkilediği belirtilmektedir. ÖİÖ, evlilik ve ilişki kalitesi, çocuk sahibi olmak, mali durum, eş kaybı,

işsizlik, engellilik gibi çeşitli başka faktörlere de bağlıdır. Bu nedenle, ÖİÖ değişen yaşam koşullarına duyarlıdır (Gencer, 2018).

En kapsamlı olarak incelenen konulardan biri gelir ve öznel iyi oluşturmaktır. Bunun nedeni, gelirin temel (barınma, yiyecek gibi) ve psikolojik ihtiyaçların (özerklik gibi) karşılanmasına yardımcı olmasıdır. Gelir, olumlu/olumsuz duygulardan daha güçlü bir şekilde yaşam doyumu ile ilişkili görünmektedir (Gencer, 2018; Maddux, 2017).

ÖİÖ, toplumsal ve kültürel faktörlerden farklı şekillerde etkilenir. Bir kişinin kültürü, değerlerini ve hedeflerini etkilemektedir (Abdullahi ve ark., 2020; Maddux, 2017). Bu nedenle kültür, ÖİÖ'yu etkileyen bütün faktörler ile de yakından ilişkilidir. Farklı kültürlerin de mutluluğun ve iyi bir yaşam sürmenin ne olduğu konusunda kendi anlayışları vardır. Evrensel olarak tanımlanan bazı ortak erdemler olsa da, diğer erdemlere kültürler arasında ve zamanla farklı şekilde değer verilmektedir. Toplumsal faktörler olarak, toplumun organizasyonu ve kaynakları, temiz suya erişim, kişisel özgürlük ve özerklik veya iyi sosyal desteğe erişim ÖİÖ'yu etkileyen faktörlerdendir. (Diener, Oishi & Tay, 2018; Gencer, 2018).

Kişinin sahip olduğu sosyal ilişkilerin sayısı ve niteliği, yüksek oranda ÖİÖ'nün doğrulanmış öncülleridir (Abdullahi ve ark., 2020; Amati ve ark., 2018). Genel olarak, insanlar diğer insanlar etrafında olduğunda daha mutlu olmakta ve sosyal etkileşim saatleri günün en keyifli noktaları olarak görülmektedir (Diener, Oishi & Tay, 2018; Maddux, 2017). Bir çalışmada, sosyal ilişkilerin ÖİÖ için en önemli değişken olduğu, ikinci sırada yaşam kalitesi ve ardından gelirin geldiği belirlenmiştir (Lamu & Olsen, 2016). İnsanlar, başkalarıyla birlikte olduklarında daha çok olumlu duygu ifade etme eğilimindedirler. Üstelik algılanan yalnızlık, depresyona güçlü bir şekilde bağlıyken, sosyal etkileşim sadece ÖİÖ düzeylerini artırmakla kalmaz, aynı zamanda yas, travma ve işsizlik gibi büyük yaşam streslerine karşı da tampon görevi görmektedir (Abdullahi ve ark., 2020; Maddux, 2017; Lamu & Olsen, 2016).

Cinsiyetin ÖİÖ'ya etkisi konusunda literatürde farklı görüşler bulunmaktadır. Daha önceki bazı ÖİÖ araştırmaları, her iki cinsiyet arasında anlamlı bir fark olmadığını ortaya koymaktadır (Avcı, Yılmaz & Koç, 2012; Kuyumcu, 2011). Öte yandan, yeni bazı araştırmalar ÖİÖ'nün kadınlarda erkeklerden daha kötü olma eğiliminde olduğunu bildirmektedir (Patel ve ark., 2021; Ma, Zang & Ye, 2015;). Son yapılan araştırmada erkekler, kadınlara göre iyi oluş konusunda daha yüksek puan almıştır (Patel ve ark., 2021). Bununla birlikte, ruh hali iyi oluşun bir göstergesi olarak düşünülürse, kadınlar daha yüksek düzeyde

kaygı, dikkatini verme güçlükleri ve depresyonun yanısıra kişilerarası stres faktörlerine karşı erkeklere göre daha savunmasız olabilmektedir (Saddique ve ark., 2021). Ayrıca, kadınlar arkadaşlarının davranışlarından daha fazla etkilenmekte ve arkadaşlarıyla aynı fikirde olmadıklarında erkeklere göre daha derinden üzüntü hissetmektedir (Maddux, 2017).

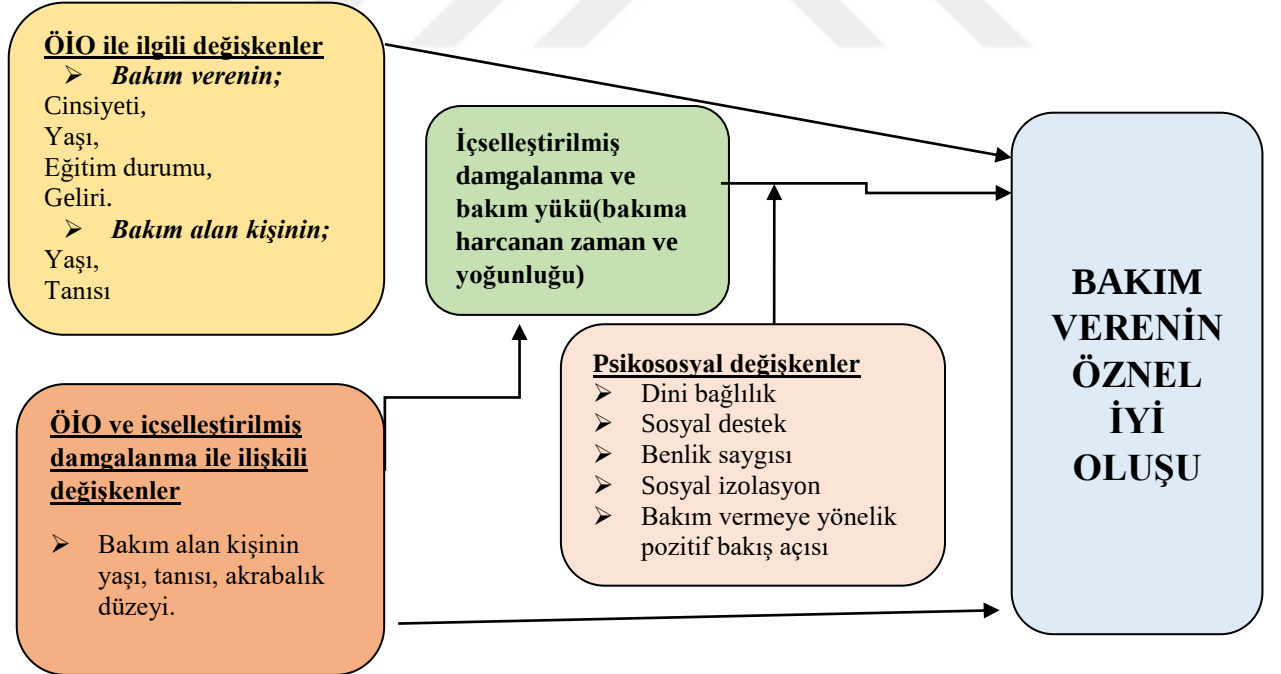
Daha önceki araştırmalar, genç insanların yaşlılara oranla daha mutlu olduklarını belirtmekle beraber son dönemlerdeki araştırma bulguları, ÖİÖ'nün yaşla U şeklinde bir ilişkisi olduğu ileri sürmektedir (Blanchflower, 2021; López Ulloa, Møller, & Sousa-Poza, 2013). Bu gözlem için çeşitli nedenler öne sürülmüştür: (i) genç bireylerin yaşlılara göre daha yüksek beklentilere sahip olma olasılığı ve bu beklentilerin karşılanmaması; (ii) yaşlı bireyler güçlü ve zayıf yönlerine uyum sağlamayı öğrenirler ve böylece daha gerçekçi isteklere sahip olurlar; (iii) ve mutlu insanlar daha uzun yaşar (López Ulloa, Møller, & Sousa-Poza, 2013). Mevcut araştırmalar, yaşam memnuniyetinin genellikle yaşla birlikte arttığı veya en azından düşmediği konusunda hemfikirlerdir (Blanchflower & Oswald, 2019; López Ulloa, Møller, & Sousa-Poza, 2013). Bazı araştırmacılar, bu bulguları, insanların yaşlandıkça hedeflerini yeniden düzenlediklerinin kanıtı olarak görmektedir (López Ulloa, Møller, & Sousa-Poza, 2013). Gelir, evlilik sorunları veya eş kaybı, yetişkinlikte ileri yaş gruplarında meydana gelir, ancak yaşam doyumu sabittir (Blanchflower & Oswald, 2019). Olumsuzlukların üstesinden gelmenin ya yaşam koşullarını kişisel tercihlere göre değiştirerek (asimilatif başa çıkma) ya da kişisel tercihleri varolan koşullara göre ayarlayarak (uyumlu başa çıkma) gerçekleştirildiğine inanılmaktadır (Hansson ve ark., 2020; Blanchflower & Oswald, 2019). Fakat burada göz ardı edilmemesi gereken nokta; yaştan çok kişilerin yaşam dönemlerindeki taleplerine karşılık elde ettiklerinin değerlendirilmesidir (Hansson ve ark., 2020; López Ulloa, Møller, & Sousa-Poza, 2013).

Araştırmalar, eğitim ile ÖİÖ arasında küçük ama anlamlı bir ilişki olduğunu göstermiştir (Wang & Sohail, 2022; Hou ve ark., 2022). Bunun nedeni eğitimin daha geniş boş zaman aktiviteleri yaratarak başka mutluluk kaynaklarına yol açması ve eğitimin getirdiği sosyal ve mesleki statüdür (Hou ve ark., 2022). Daha yüksek bir eğitim düzeyi elde etmenin hem bireye hem de topluma daha iyi sağlık durumu, daha yüksek özgüven, daha yüksek gelir gibi faydalar getirmesi beklenir (Wang & Sohail, 2022). Bununla birlikte eğitim, karşılanamayan beklentilere yol açarsa ve dolayısıyla hedefe ulaşma açığını artırırsa, potansiyel olarak ÖİÖ'yu olumsuz etkilemektedir (Kristoffersen, 2018).

2.3.4. Bakım Veren Bireylerde Öznel İyi Oluş

Bakım verme rolü üstlenmek, bakım verenlerin psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebilecek stresli bir deneyim olarak ortaya çıkabilmektedir (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020; Kamil & Velligan, 2019). Çalışmalarda, bakım verenler, depresyon semptomları, psikolojik sıkıntı ve daha düşük öz-yeterlilik ve ÖİÖ algıları bildirmektedir (Gray & Pattaravanich, 2020; Mohammed & Ghaith, 2018; Duran & Barlas 2016; Gupta ve ark., 2015; Durmaz & Okanlı, 2014).

Şizofreni tanıli bireylere bakım verenlerde ÖİÖ ile ilgili değişkenler çeşitlidir (Şekil 2.1). İlk olarak şizofreni olan bireyle yakınlık derecesi ele alındığında, yakın aile üyeleri, yakın olmayan bakım verenlerle karşılaştırıldığında daha fazla stres ve üzüntü bildirme eğilimindedir (Mohammed & Ghaith, 2018; Gupta ve ark., 2015). Bireysel olarak ele alındığında, eş ve ebeveyn rolündeki şizofreni tanıli bireye bakım verenler daha yüksek düzeyde olumsuz duygulanım ve düşük düzeyde yaşam kalitesi bildirmektedir (Mohammed & Ghaith, 2018, Gupta ve ark., 2015; Kate ve ark., 2013).



Şekil 2.1: Şizofreni tanıli bireylere bakım veren bireylerin öznel iyi oluşunda değişkenler

(Mekap et al. (2020). Stressful Life Events, Coping, Social Support, Subjective Well-Being and Burnout in Primary Key Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder in Relapse; IJSRP; 10(07) (ISSN: 2250-3153).

Bakım verenler ayrıca çevrelerindeki insanların hastalığa bağlı öngörülerini nedeni ile sosyal sorunlar yaşama eğilimindedir. Şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleri arasında algılanan damgalanma ile yaşam kalitesi ve psikolojik iyi olma halinin önemli ölçüde ilişkili olduğu belirtilmektedir (Özçelik & Yıldırım, 2018; Ong, Ibrahim & Wahab, 2016). Toplum, şizofreni olan bireyleri sıklıkla şiddetle ilişkilendirmektedir (Aktaş, 2020; Wong ve ark., 2018). Bu, bakım verenlere karşı bir ayrımcılığa yol açarak, onların başkalarından yardım ve destek aramalarını daha da zorlaştırmaktadır (Ong, Ibrahim & Wahab, 2016). Ayrıca damgalanma bakım verende depresyon, üzüntü, kaygı, moral bozukluğu ve fiziksel rahatsızlıklar gibi ciddi sıkıntı belirtilerine neden olabilmektedir (Aktaş, 2020; Wong ve ark., 2018).

Bakım yükü ile ÖİÖ arasında negatif bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Mekap, 2020). Bu bağlamda, Gupta ve arkadaşları (2015), bakım yükü daha yüksek olan şizofreni tanılı bireye bakım verenlerin daha düşük iyilik hali bildirdiklerini belirtmektedir. Özellikle bakımın çoğunluğunun aile üyelerine bağlı olduğu Türkiye’de (Arslantaş ve Adana, 2011), ÖİÖ’nun çeşitli olumsuz sağlık koşullarıyla ilişkili olduğu (Hansson ve ark., 2020) dikkate alındığında; sağlık sistemlerinin devamlılığını ve işlerliğini sağlamak için bakım verenlerin öznel refahı korunmalıdır. Bilhassa Türkiye’de, ebeveynlere veya aile üyelerine karşı güçlü bir saygı duygusu vardır, bu nedenle evde bakım yaygın bir durumdadır (Arısoy & Taş, 2020). Bununla birlikte, bakım hizmetlerinin eksikliği, ailenin bakım verme kapasitesindeki düşüş ve sosyoekonomik sorunlar nedeniyle artan bakım yükünü hafifletmede sıkıntılar yaşanmaktadır (Genç, 2016; Çoban & Esatoğlu, 2004).

Bakım verme, sosyal desteğin azalması ve artan izolasyon ile ilişkilidir (Mohammed & Ghaith, 2018). Şizofrenide primer bakım verenlerde ÖİÖ, diğer aile üyeleri, arkadaşlar ve bakım verenlerin hayatındaki diğer önemli kişilerden algılanan sosyal destekle değiştirilebilir. Sosyal desteğin, bakım verme ile ilişkili olumsuz etkilere karşı bir tampon görevi gördüğü belirtilmektedir (Mohammed & Ghaith, 2018; Raj, Shiri & Jangam, 2016). Daha fazla sosyal destek, daha az depresif belirtiler ve daha yüksek yaşam kalitesi ve ÖİÖ düzeyi sağlamaktadır (Mekap, 2020; Kate ve ark., 2013). Bademli ve Duman (2011) tarafından hazırlanan sistematik derlemede şizofreni hastalarının ailelerine uygulanan aileden aileye destek programlarına katılan bakım verenlerin ÖİÖ’nun bir bileşeni olan yaşam doyumunda artış olduğu belirtilmiştir.

Birçok durumda bakım verenler, işleri dahil olmak üzere sosyal aktivitelerini kısıtlamakta ve sosyal izolasyona maruz kalmaktadır. Poon ve arkadaşları (2019), bir yıllık takip çalışmasında, ailede şizofreni tanılı bireyin bakım verenlerinin yaklaşık %30'unun başlangıçta çok izole olduğunu ve takipte düşük düzeyde sosyalleştiklerini belirtmektedirler. Sosyal izolasyonun, şizofreni olan bireylerin bilişsel ve işlevsel bozukluğu, davranış problemleri, kronik durumu ve birlikte ikamet etme ile önemli ölçüde ilişkili olduğu bildirilmektedir (Labrum & Newhill, 2021). Bazı bakım verenler ise, damgalanma, mahcubiyet, utanç, suçluluk gibi olumsuz duygular nedeni ile kendilerini sosyal olarak uzaklaştırmaktadır (Özçelik ve ark., 2018; Wong ve ark., 2018; Ong, Ibrahim & Wahab, 2016). Bakım verme sorumluluklarından kaynaklanan sosyal aktivite kısıtlamasının, bakım veren depresyonunun yanı sıra daha düşük yaşam kalitesi, olumsuz iyilik hali ile önemli ölçüde ilişkili olduğuna dair fikir birliği vardır (Li, Wister, & Mitchell, 2021; Poon ve ark., 2019).

Şizofreni tanılı bireylerde bakım için harcanan zamanın miktarı, bakımın yoğunluğu ve birey tarafından sergilenen davranışsal problemler, sıkıntı ve algılanan yük üzerinde önemli etkiler oluşturmaktadır (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020; Kamil & Velligan, 2019; Chadda, 2014). Bakım vermeye daha fazla zaman ayıran veya daha fazla bakım verme faaliyeti gerçekleştiren bakım verenler, daha az yoğun bakım verenlere göre daha fazla bakım stresi ve esenlik düşüşü bildirme eğilimindedir (Poon ve ark., 2019; Mohammed & Ghaith, 2018; Caqueo-urizar, Meldonado & Castillo 2009).

Yaş, eğitim, çalışma durumu, medeni durum ve şizofreni tanılı bireyin durumu gibi sosyo-demografik özelliklerin, bakım verenlerin psikolojik durumu ve iyi oluş ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (Raj, Shiri & Jangam, 2016; Ong, Ibrahim & Wahab, 2016; Shah, Wadoo & Latoo, 2010). Erkek olmak, genç olmak, daha fazla belirti şiddeti ve daha uzun hastalık süresine sahip olmak gibi hasta özellikleri, bakım verenler için daha düşük iyi oluş ile ilişkilidir (Mohammed & Ghaith, 2018). Bakım verenler ile ilişkili özellikler arasında ise, daha yaşlı olmak, kadın olmak, ebeveyn olmak ve daha düşük bir sosyoekonomik duruma sahip olmak risk faktörüdür (Raj, Shiri & Jangam, 2016; Shah, Wadoo & Latoo, 2010). Ribe ve ark.(2017) tarafından İspanya'da yapılan bir çalışmada, hastalığı ileri yaşta ortaya çıkan, eğitim seviyesi yüksek, çalışan ve aylık geliri olan erkek şizofreni tanısı olan bireylerin bakım verenlerinin önemli ölçüde yaşam kalitesini daha iyi bildirdiklerini, özellikle, erkek, genç ve

eğitim seviyesi yüksek bakım verenlerin, önemli ölçüde zihinsel, fiziksel sağlık ve sosyal ilişki boyutlarında daha yüksek puanlar aldığını belirtilmektedir.

2.4. ÖZNEL İYİ OLUŞ VE İLETİŞİM BECERİLERİ

2.4.1. İletişim Becerileri

Kişilerarası iletişim becerileri, bireysel deneyimi etkilemekte, iş ve sosyal yaşamda memnuniyeti iyileştirmektedir (Mckay, Davis & Fanning, 2012). Kişilerarası iletişim, ait olma, yeterlilik ve özerklik gibi birkaç temel insan ihtiyacını karşılamada önemli bir rol oynamaktadır (Kaya, 2018; Vertino, 2014). Bu temel ihtiyaçlarını karşılamak için, bireyin etkili ve uygun bir şekilde iletişim kurabilmesi esastır.

Hargie'ye (2011) göre iletişim, yetenek içeren bir performans biçimidir. Bu görüşe göre iletişim, hedefe yöneliktir ve başkalarıyla önemli ölçüde koordinasyon gerektirmektedir.

Yetenek içeren performansın bir özelliği, davranışın otomatik olarak yürütülmesidir. Ancak iletişim davranışındaki otomatiklik genellikle öğrenmenin bir sonucudur. Böylece, kişilerarası iletişimin görünüşte otomatik kalıpları, öğrenme süreçleri tarafından edinilmektedir (Hargie, 2011).

Etkili iletişim davranışı gerçekten de büyük ölçüde herkesin öğrenebileceği bir dizi beceri olarak görülebilmektedir (Vertino, 2014). Kişilerarası iletişim tarzları ve davranışlar arasındaki farklılıklar kısmen genlerden gelen kişilik farklılıklarına bağlıdır. Bununla birlikte, doğal yetenek geliştirilebilir ve etkili kişilerarası iletişimin altında yatan beceriler aslında öğrenilebilir (Vertino, 2014; Hargie, 2011). Etkili iletişimle ilgili beceriler; dinleme, kendini tanıma ve açma empati, duyguları tanımlama, kabul etme ve yönetme, ben dili ve beden dili olarak sayılabilir.

Dinleme becerisi, kişilerarası iletişim becerilerinde oldukça önemlidir. Aslında, iletişim kurarken en çok kullanılan beceri dinlemektir (Kaya, 2018). Bu nedenle, iletişim eğitimine dahil edilmesi gereken bir beceridir (Mckay, Davis & Fanning, 2012). Dinleme becerileri, hem bilgi edinmeyi hem de başkalarıyla olumlu ilişkiler sürdürmeyi kolaylaştırmaktadır (Hargie, 2011). Ancak dinlemenin farklı türleri vardır. Etkili dinleme, bir dinleyicinin empatik ve duygusal katılımını gerektirir ve karşı tarafın duygusal ihtiyaçlarını algılamayı, söylenenleri işlemeyi, sözlü ve sözlü olmayan iletişimi kullanarak yanıt vermeyi ve aktif

dikkati göstermek için sorular sormayı içerir (Mckay, Davis & Fanning, 2012). Etkili dinleme sanatı, yalnızca göz temasını veya açık bir vücut duruşu sürdürmek gibi bireysel becerilerin uygulanması değildir, etkileşimlere gerçek derinlik ve anlam eklenen bir var olma durumu ve başkalarıyla bağlantılı olma durumuyla ilgilidir (Kaya,2018). Etkisiz dinlemede ise kişi görünüşte dinler. Gelişigüzel bir biçimde dinlediği için esas duygu, düşünce ve anlama ulaşmaya çalışmaz. Ne söylendiğine dikkat etmeden zihin okumaya geçer. Anlatılanlardan sadece ilgilendiklerini filtreleyerek geri kalanlara odaklanmazlar (Mckay, Davis & Fanning, 2012).

Sağlıklı bir iletişim kurulmasında kendini tanımanın, öncelikli şartlardan biri olduğu kabul edilmektedir (Tekke & Coşkun, 2019). Kendini tanıma, kişinin tipik olarak nasıl düşündüğü, hissettiği ve davrandığı hakkında doğru öz-algıları ve bu kalıpların başkaları tarafından nasıl yorumlandığının farkındalığı olarak tanımlanmaktadır (Morin & Racy, 2021). Kendini tanımanın kaliteli ilişkilerle bağlantılı olduğu gösterilmiştir (Tenney, Vazire & Nehl, 2013). Kendini tanıma, sağlıklı işleyiş için gereklidir, çünkü kendini iyi tanımak, kişinin yaşamının temel yönleriyle ilgili gerçekçi kararlar almasına yol açar (Morin & Racy, 2021). Kendini tanımadaki yetersizlik, kişinin güçlü yanlarını abartması (ki bu başkalarını rahatsız etme eğilimindedir), zayıf akademik performans ve daha düşük yaşam doyumu ile ilişkilidir (Morin & Racy, 2021). Kendini tanıma, başkalarını anlama biçimimizi şekillendirmeye yardımcı olmakta ve başkalarını değerlendirmek için bir referans noktası olarak kullanılmaktadır (Tenney, Vazire & Nehl, 2013). Kendini tanıyan kişi, kendisinin etrafındaki kişileri nasıl etkilediğinin ve nasıl etkilendiğinin farkındadır. Böylelikle kendini tanıyan kişi iletişimde hangi noktada olduğunu da bilmektedir (Tekke & Coşkun, 2019).

İletişimde kendini açma, yakınlık ve güven oluşturma'nın temel bir bileşenidir (Uygur, 2018). Kendini açma, bireylerin düşünceleri, duyguları, olumlu- olumsuz yönleri ve deneyimleri dahil olmak üzere kendileri hakkında bilgileri, uygun gördüğü kişiler ile sözlü ve sözsüz mesajlar ile paylaşması olarak tanımlanmaktadır (Çetinkaya, 2019; Mckay, Davis & Fanning, 2012). Kendini açma, iletişim sürecinin ve ilişki geliştirmenin doğasında olduğu için, kendini açma düzeyi arttıkça olumlu iletişim kurma olasılığı da artmakta ve yaşam doyumu düzeyi yükselmektedir (Uygur, 2018).

Empati, olumlu ilişkiler geliştirmek için önemli bir kişilerarası iletişim becerisi olarak kabul edilir ve karşı tarafın algısal dünyasını düşünmeyi ve anlamayı içermektedir (Kern ve ark., 2016). Empati, başka bir kişinin deneyimlerini o kişinin referans çerçevesinden anlama

kapasitesidir (Vertino, 2014). Empatinin bir başkasının duygusal durumuna uyumlu bir duygusal tepki içerdiği belirtilmektedir (Kaya, 2018; Mckay, Davis & Fanning, 2012). Empatinin hem bilişsel (diğerinin ne söylediğini anlamak) hem de duygusal (diğerinin ne hissettiğini anlamak) bir bileşenden oluştuğu düşünülmektedir (Hill, 2009). Empati karmaşık bir kavram olsa da, aktif dinleme ifadeleri ve ilgili sorular sorma gibi empatiyi uygun şekilde ifade etmeye yardımcı olmak için kullanılabilecek belirli iletişim becerileri vardır. Empatik dinlemenin bireylerin bilişsel olarak bağlantı kurmasına olanak verdiği, soru sormanın da, diğer kişinin söylediklerine ilgi ve bağlılığı teşvik etmesi nedeni ile bireylerin duygusal olarak temas kurmasına yardımcı olduğu düşünülmektedir (Huitt, 2009). Hem empatik dinleme ifadeleri hem de empatik soru sorma, öğrenilebilir iletişim becerileridir (Kern ve ark., 2016).

Etkili iletişim modelinde ben dilini kullanma, başkalarıyla olumlu ilişkiler sürdürmenin temel bir becerisi olarak kabul edilmektedir (Kaya, 2018; Buluş & Bağcı, 2016; Mckay, Davis & Fanning, 2012). “Ben dili” en basit şekilde, belirli bir deneyim veya etkileşim hakkındaki düşünce ve duyguları yumuşak bir ses tonu ile ve genellikle “hissediyorum” ile biten bir cümle kullanarak ifade etmenin bir yolu olarak açıklanmaktadır (Mckay, Davis & Fanning, 2012; Darrington & Brower, 2012). “Ben” mesajları, duyguların sorumlu bir biçimde ifadesini içerir ve başkalarını da duygularını ifade etmek için teşvik eder (Buluş & Bağcı, 2016). Bu tip iletişim biçimi aynı zamanda konuşmada sınırlama ve şeffaf iletişime öncülük eder. Sınırlama ve şeffaflık oluştuğunda iletişim artar, kalıp yargılar azalır, öz saygı ve benlik değerlerinde iyileşme olur (Demirbilek, 2016). “Ben” mesajları, savunmacılığı azaltmada ve ilişkiler içinde iletişimi geliştirmede etkili bir araç olabilir. Tersine, “siz/sen” ile başlayan ifadeler, uzlaşma ve problem çözme arzusundan ziyade savunmacılığa ve duyguların tırmanmasına neden olma eğilimindedir (Darrington & Brower, 2012). Ben dili ifadeleri, kabul edilmeyen davranışı, davranışın etkisini ve oluşturduğu duyguyu içermelidir (Mckay, Davis & Fanning, 2012; Darrington & Brower, 2012).

Kişilerarası iletişim için duygular da önemlidir. İletişimde olup bitenlerin çoğu duygusaldır. Bu nedenle, duyguları tanımlama, kabul etme ve yönetme becerileri, etkili iletişim için önemlidir (Kaya, 2018; Buluş & Bağcı, 2016). Özdemir’e (2017) göre bireylerin çevreleri ile etkili iletişim kurabilmesi için duygularını ifade edebilmesi, negatif duyguların meydana getirdiği olumsuzluklar ile başa çıkabilmesi için son derece önemlidir. Duyguları yönetebilme becerisi bir süreç olarak, öncelikle duyguların farkına varılması, bu duyguların

tanınması, onların yönlendirilmesi ve onlara uyumun sağlanabilmesi becerilerini içermektedir (Kaya, 2018).

Beden dili, insanın iletişim dünyasına açılan kapısıdır. Yüz yüze iletişimde beden dilinin %55, ses ve konuşmanın %38, kelimelerin ise %7 etkili olduğu vurgulanmaktadır (Çalışır, 2015; Mckay, Davis & Fanning, 2012). Sözsüz iletişim açısından beden dili, kişinin duygu ve düşüncelerini karşısındakine aktarırken kullandığı hareketler, jestler, mimikler ve vücut duruşundan oluşan değerler bütünüdür (Kaya, 2018). Beden dilinin birincil görevi, sözlü iletişimin desteklenmesinde yardımcı olarak kullanılmasıdır. İkincil görevi ise bireylerin ifade etmek istediklerini somutlaştırmak ya da vurgulamak olarak görülmektedir (Kaya, 2018; Mckay, Davis & Fanning, 2012;). Sözlü ve sözsüz iletişimin aynı anda ve uyum içerisinde kullanılmasının iletişimin kalitesini yükselttiği ifade edilmektedir (Kaya, 2018).

2.4.2. Bakım Veren Bireylerde İletişimin Önemi

Şizofreni tanılı bireylere bakım verenler, değişen aile rolleri ve sorumlulukları, faaliyetlerinin kısıtlanması, evlilik ve aile ilişkilerinde gerginlik ve sosyal destek sistemlerini sürdürme mücadelesi arasında çatışma yaşayabilir (Brain ve ark., 2018; Raj, Shiri & Jangam, 2016; Ong, Ibrahim & Wahab, 2016;). Aile iletişim kalıpları, roller ve başa çıkma yöntemleri, aile işleyişinin önemli bileşenleridir ve bu bileşenlerdeki zorluklar iletişim sorunlarını şiddetlendirebilir ve şizofrenide bakım yükünü artırabilir (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020; Mohammed & Ghaith, 2018).

Bakım yüküne yol açan bir faktör olarak bakım verenlerde iletişim becerilerinin azalması gösterilmektedir (Razei ve ark., 2018). Bakım verenler, iletişim sorunlarının sıklıkla etkileşim ve ilişkilerinin kalitesinde düşüslere yol açtığını belirtmişlerdir (Durmaz & Okanlı, 2014). İletişim sorunları, bakım veren yükünü etkileyen ayrı bir stres etkeni olarak işleyebileceğinden, yük ve iletişim sorunları arasındaki ilişkinin daha iyi bilinmesi gerekmektedir (Özlü, Yıldız & Aker, 2015).

İletişim, bakım vermenin önemli bir yönü olsa da, iletişim işlevleri genellikle bakım veren için zordur (Razei ve ark., 2018). Bakım verme literatüründe, iletişim sorunlarının bakım verenler için zorluklar yarattığı ortaya koyulmuş (Özlü, Yıldız & Aker, 2015) ve bu iletişim sorunları yedi alanda sunulmuştur; a) aile üyelerini prognoz hakkında bilgilendirmek ve dahil etmek; b) bakım stresi ve bitkinlik duygularını ifade etme c) yardıma ihtiyacı olduğunu aileye ve arkadaşlara açıklamak; d) hassas konular ve bakım kararları hakkında

başkalarıyla iletişim kurmak; e) hastayla kendi hastalığı ve bakım tercihleri hakkında iletişim kurmak; f) hastalığın alevlenme dönemlerinde hastalarla iletişim kuramamak; g) bilgi aramak ve sağlık personelinin destek (Labrum & Newhill, 2021; Gater ve ark., 2014).

İletişim sorunları ve sosyal etkileşimdeki güçlükler de bakım verenin gerginliği ve yüküyle ilişkilendirilmiştir (Gater ve ark., 2014). Bakım verenin şizofreni olan bireyle ilişkisi çoğu zaman diğer aile üyeleri ve arkadaşları ile olan ilişkilerini olumsuz yönde etkilemektedir (Ong, Ibrahim & Wahab, 2016). Aile hayatı dışında bakım verenin sosyal hayatı da etkilenmektedir. Evin içinde veya yakınında kalmak zorunda hissettikleri için, bakım verenler, önceki sosyal yaşamlarından vazgeçmek zorunda kalmaktadır. Buna ek olarak, arkadaşlarının bakım verdikleri bireyin davranışlarına tanık olmasını istemedikleri için iletişimlerini kısıtlamaktadırlar (Labrum & Newhill, 2021).

İletişim, sosyal destek ile de ilişkilidir (Wittenberg-Lyles ve ark., 2014). Sosyal destek algısı, bir bireyin zor bir durumdan kaynaklanan belirsizliği yaşadığı zaman, zayıf ve güçlü bağlar kurduğu kişiler içinde iletişim süreci aracılığıyla oluşturulur. Sosyal desteğin sağlanması, iletişim durumuyla ilgilidir ve kişisel ilişkiler üzerinde etkisi vardır (Wittenberg-Lyles ve ark., 2014; Kate ve ark., 2013).

2.4.3. Öznel İyi Oluş ve İletişim İlişkisi

ÖİÖ'nün en tutarlı yordayıcılarından biri sosyal ilişkilerin kalitesidir (Diener, Oishi & Tay, 2018). Tatmin edici ilişkileri olan insanlar, olmayanlara göre daha sık mutlu ve daha az üzüntü hissettiklerini ve hayatlarından daha fazla memnun olduklarını bildirmektedirler (Lamu & Olsen, 2016). Bunun bir sebebi olarak, tatmin edici ilişkileri olan bireylerin ihtiyaç duyduklarında destek alabilmeleri, olmayanların ise ihtiyaç duyduklarında kolayca destek alamaması olarak gösterilmektedir. Diğer neden olarak, birine ihtiyaç duyduğunda güvenme hissi rahatlatıcı olmakta ve iyi olma duygusuna katkıda bulunmaktadır (Siedlecki ve ark., 2014). Sosyal ilişkilerin ileri yaşlarda esenliğin önemli bir yönü olduğu belirtilmektedir. Amati ve ark., (2018), İtalya'da 18-65 yaş arası 25.190 bireyin yaşam doyumu ile ilgili yaptıkları çalışmalarında sosyal ilişkilerin yaşam doyumuna katkıda bulunduğunu belirtmişlerdir.

İletişim becerilerinin, ÖİÖ hali göstergeleri ile olumlu bir şekilde ilişkili olduğu belirtilmektedir (Lamu & Olsen, 2016; Doğan & Sapmaz 2012; Segrin & Taylor, 2007). Bunlar yaşam doyumu, öz yeterlik, mutluluk ve yaşam kalitesidir. İletişim becerilerinden olan

“kendini açma” ile “yaşam doyumu” arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada, kendini açmanın yaşam doyumunun anlamlı bir yordayıcısı olduğu belirtilmiştir (Uygur, 2018).

İletişim becerileri ile psikolojik sağlık ve esenlik arasındaki ilişkide, iletişim davranışının psikolojik sonuçları işaret edilerek, bireylere iletişim becerileri kazandırmanın iyi oluşu geliştirmede önemli bir husus olduğu belirtilmektedir (Siedlecki ve ark., 2014; Segrin & Taylor, 2007).

Kişilerarası iletişim becerilerinin bireyin ÖİÖ'sü üzerinde etkili olabilmesinin bir yolu, iletişimin başkalarıyla olumlu ilişkiler kurmada oynadığı roldür. Sosyal beceriler, psikolojik iyi oluş ve olumlu ilişkiler üzerine yapılan bir çalışmada, olumlu ilişkilerin, sosyal beceriler ve psikolojik iyi oluş arasında pozitif yönde ilişki olduğu bildirilmiştir (Segrin & Taylor, 2007). Kişilerarası iletişim başarısının, ÖİÖ'da yükselmeye neden olduğu belirtilmiştir (Abdullahi ve ark., 2020; Amati ve ark., 2018). Ülkemizde, Canbay (2010)'ın, lise öğrencilerinin ÖİÖ ile sosyal beceri düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, sosyal beceri ve ÖİÖ düzeyleri arasında anlamlı ve yüksek düzeyde ilişki bulunmuştur. Bir diğer çalışmada ise; ergenlerde akran ilişkilerinin ÖİÖ'nun anlamlı bir yordayıcısı olduğu belirtilmektedir (Yavaş, 2020).

Temel insan ihtiyaçları ile olan ilişkisi, bireysel mutluluk ve başkalarıyla ilişkiler üzerindeki etkisi göz önüne alındığında, kişilerarası iletişim becerilerinin geniş bir etkisi vardır. Çocukluk ve ergenlikten başlayarak, kişilerarası iyi iletişim becerileri geliştiren bireyler akademik olarak daha iyi performans göstermektedir (Mueser, Hayes, & Hofmann, 2018; Aşçı, Hazar & Yılmaz, 2015;). Etkili kişilerarası iletişim sergileyen evli çiftler, daha az yetenekli çiftlere göre daha mutlu ilişkiler bildirmektedir (Buluş & Bağcı, 2016). Genel olarak, kişilerarası iletişim becerileri yüksek olan kişiler, stresle daha kolay başa çıkmakta ve bu becerilerdeki yeterlilik düzeyi düşük olanlara göre, büyük yaşam geçişlerine daha kolay uyum sağlamaktadır (Akgün & Çetin, 2018; Buluş & Bağcı, 2016). Kişilerarası iletişim becerileri iş yaşamında da önemlidir. İş sektöründe, etkili iletişim becerilerine sahip bireylerin daha başarılı ve mutlu olduğu belirtilmiştir. (Kaya, 2018).

Dolayısıyla, etkili ve uygun kişilerarası iletişim, bireyin temel ihtiyaçlarını karşılamak, mutlu ve tatmin edici bir yaşamı güvence altına almak için hayatın her alanında çok önemlidir. Kişilerarası iletişim becerilerinin nasıl geliştirileceği sorusu bu nedenle büyük pratik öneme sahiptir.

2.5. PSİKOEĞİTİM

2.5.1. Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliğinde Psikoeğitimin Önemi

Psikoeğitim terimi, tanı alan birey ve yakınlarını hastalık ve tedavisi hakkında yeterli bilgilendiren, hastalığın hem anlaşılmasını hem de kişisel olarak sorumlu bir şekilde ele alınmasını kolaylaştıran, etkilenenlerin hastalıkla baş etmelerini destekleyen ve tedavide uyumu ve işbirliğini sağlayan sistemik, didaktik-psikoterapötik müdahaleleri içermektedir (Harvey, 2018; Mueser ve ark., 2013; Şengün, Üstün & Altıok, 2011). Psikoeğitimde, hastalığın sonuçlarını anlamaya ve bunlarla başa çıkmaya yönelik teorik ve pratik bir yaklaşımla hastalığı yönetmede bireyi ve aileyi güçlendirme hedeflenmektedir (Hale & Cows, 2015).

Tüm terapötik müdahalelerin en büyük amacı, bireylerin ve ailelerinin güçlenmesini artırmaktır (Hale & Cows, 2015; Mueser ve ark., 2013). Bireylerin hastalıklarıyla mümkün olan en iyi şekilde başa çıkabilmeleri için, hastalık bilgisi ve tedavi seçeneklerine ilişkin temel bir kavrayışı hızla geliştirmeleri gerekmektedir. Hastalığa ilişkin farkındalık kazanımı olmadan ve bunun sonucunda ortaya çıkan içgörü, uyum ve başa çıkmada gelişme sağlanmadan, sağlık personeli ile başarılı işbirliği yetersiz kalmaktadır (Petrakis & Laxton, 2017; Mueser ve ark., 2013). Hastalar ve bakım verenler, tedavinin üç boyutunun desteğiyle, kendi kendine yardım potansiyellerini tam olarak gerçekleştirebilirler: farmakoterapötik önlemler, bireyler ve yakınlarının kullanabileceği başa çıkma yöntemlerini geliştirme ve destekleyici yardımcı sistemler oluşturmak için psikososyal önlemler (Summakoğlu & Ertuğrul, 2018; Karakuş, Kocal & Sert, 2017). Bu önlemler, psikoeğitim öğelerinin yardımı ile gerçekleştirilebilir.

Psikoeğitimin öğeleri, terapötik etkileşim, açıklama ve baş etme yeterliliğini geliştirme üçlüsüdür. Terapötik etkileşim, etkilenen kişinin görüşlerine saygı ile birlikte tıbbi bilgilerin paylaşıldığı bir ilişki düzeyi oluşturmayı kapsamaktadır. Açıklama, etkileşimli bir bilgi sağlama tarzı aracılığıyla karmaşık bilgilerin basitleştirilmesidir. Son olarak, eksikliklere değil kaynaklara odaklanarak, kriz yönetimi davranışını uygun hale getirerek, baş etme yeterliliğinin geliştirilmesi sağlanmaktadır (Petrakis & Laxton, 2017; Hale & Cows, 2015).

Ruh sağlığı hemşirelerinin, iyileşme odaklı bir çerçevede rol ve sorumlulukları vardır. Bu, savunuculuk ve eğiticilik rolünü, evde bakım ve stratejilerle ilgili eğitimi ve kişisel sağlık ve esenlik planlarını geliştirirken bireyleri destekleme sorumluluklarını kapsamaktadır.

(Hercelinskyj & Alexander, 2019). Avrupa Psikiyatri Hemşireleri Turku Bildirgesi'ne (2011) göre, psikiyatri hemşireleri, sadece klinik ortamda değil, hastanın bulunduğu olası her ortamda ve kurum içinde ruh sağlığını ve iyilik halini iyileştiren, hasta eğitimini ve iyileşme ile ilişkili psikoeğitim faaliyetlerini uygulamaktan sorumludur (Ward, 2012). Ayrıca ilaç tedavisinden maksimum fayda sağlamak ve hastalığın tekrarını önlemek için ilaç uyumunun önündeki engellerin kaldırılması psikiyatri hemşirelerinin en temel görevlerinden biridir (Hercelinskyj & Alexander, 2019). Bu bağlamda psikiyatri hemşireleri, günümüzde tedavilerde engel teşkil eden içgörü eksikliği ve tedavi uyumsuzluğunun giderilmesinde en etkili yöntem olan psikoeğitimsel müdahalelerde aktif rol almalıdır.

Gereksinimlere göre planlanan psikoeğitim programları, her ortamda uygulama ve devamlılık esasları gibi özellikleri ile tedavi uyumunu artırarak ve nüksü önleyerek, birey ve ailenin yaşam kalitesinde yükselme sağlayabilmektedir (Petrakis & Laxton, 2017). Ayrıca psikiyatri hemşireliğinin toplumdaki ileri düzey rollerinden biri olan psikoeğitimin düzenli olarak uygulanması, hemşireliğin bağımsız yönünün daha görünür kılınması açısından da önemlidir. (Ward, 2012; Şengün, Altıok & Üstün, 2011).

2.5.2. Bakım Veren Bireylere Yönelik Psikoeğitim Müdahaleleri

Bakım verenler, şizofreni ile ilişkili semptomlar ve davranışlar, ilaçlar ve yan etkileri, ruh sağlığı hizmetleri-bakım sistemleri ve başa çıkma mekanizmaları geliştirme ihtiyacının farkındalığı dahil olmak üzere, genellikle söz konusu hastalığın birçok yönüne aşina değildir (Poon ve ark., 2019; Petrakis & Laxton, 2017). Bu konularda bilgi vermek, bakım verenlere soru sorma ve kişiye özel cevaplar alma fırsatı ve bakım verenlerin karşılıklı destekten yararlanabilmeleri için genellikle psikoeğitim müdahalelerinden yararlanılmaktadır (Petrakis & Laxton, 2017).

Literatürde aile ve bakım verenlere psikoeğitim ve destek sağlanması açık bir öneri olarak sunulmakla birlikte ailelerin en erken dönemde eğitim ve desteğe alınması gerektiği belirtilmektedir (Poon ve ark., 2019; Petrakis & Laxton, 2017; Duman & Bademli, 2013).

Bakım verenlerin bakım verme becerilerine ilişkin algıladıkları yük ve değerlendirmenin, sağlık durumları ile yüksek oranda ilişkili olduğu belirtilmektedir (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020; Gupta ve ark., 2015; Durmaz & Okanlı, 2014). Bakım yükü, bakım verenlerde klinik olarak önemli düzeylerde stres ve sıkıntıya neden olmakta ve bu da hem fiziksel hem de ruhsal hastalıklara karşı savunmasızlığı artırmaktadır (Ong,

Ibrahim & Wahab, 2016). Yakın tarihli 1202 bakım veren ile ondört randomize çalışmayı inceleyen bir sistematik derlemede, psikoeğitimin bakım verenin bakım deneyimini iyileştirdiği ve aynı zamanda müdahaleden 6 aydan daha uzun bir süre sonra psikolojik sıkıntı ve bakım yükü düzeylerini azaltma açısından faydalı olduğu bildirilmektedir (Silaen, Dewi & Satyadi, 2021).

Bakım verenlerin, psikoeğitimsel müdahalelere katılımı, bakım verdikleri bireylerin sonuçlarını desteklemek için çok önemli bir mekanizma olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalar, bakım verenlerin iyi oluşunun bakım verme kapasiteleriyle ilişkili olduğunu belirlemiştir (Silaen, Dewi & Satyadi, 2021; Sin ve ark., 2017). İyi oluşun, yeterli desteği sağlama eğilimini etkilediği ve bunun da hastaların prognozunu şekillendirmede ve nüks oranlarını düşürmede etkili olduğu vurgulanmaktadır (Mohammed & Ghaith, 2018).

Bakım verenlerin şizofreni ve bakım verme hakkındaki bilgilerinin doğrudan geliştirilmeye çalışılmasında ve başa çıkma stratejileri ve kaynakları hakkında geliştirilmiş bilgi, bakım alanların talepleri ile başa çıkma konusunda kendi öz yeterliliklerinin ve bakım verme deneyimlerinin daha olumlu bir şekilde algılanmasını sağlamada temel özelliği ve birincil amacı eğitim olan psikoeğitimin etkili olduğu bildirilmektedir. Elde edilen sonuçlar, algılanan yükte azalma ve genel sağlıkta artma ile ilişkilendirilmektedir (Silaen, Dewi & Satyadi, 2021). Genel olarak, psikoeğitimin etkililiğinin, bakım verenlerin şizofreni hakkındaki bilgilerinde artma, bakım durumu hakkındaki olumlu bilişsel değerlendirmeleri ve ardından algılanan yükte azalma ve bakımla başa çıkmalarında (öz-yeterlik) gelişmeye bağlı olduğu varsayılmaktadır (Durmaz & Okanlı, 2021; Petrakis & Laxton, 2017).

Bakım veren ve ailelere etkili psikoeğitim müdahalelerinin temel unsurları “hastalık eğitimi, kriz müdahalesi, duygusal destek ve hastalık semptomları ve ilgili sorunlarla nasıl başa çıkılacağı konusunda eğitim” olarak belirtilmektedir (Sarkhel, Singh & Arora, 2020; Lyman ve ark., 2014). Bu temel unsurlara göre geliştirilen psikoeğitim modelleri bulunmaktadır.

Hastalığa yönelik bilgi modelinin vurgusu, ailelere psikiyatrik hastalık ve yönetimi hakkında bilgi sağlamaktır. Ailelerin hastalıkla ilgili farkındalığını artırmak ve vaka yönetimine katkı sağlamak amaçlanmaktadır (Lyman ve ark., 2014; Mueser ve ark., 2013; Bhattacharjee ve ark., 2011).

Beceri eğitimi modeli; aile üyelerinin bakım alan bireye yardım etme ve hastalığı daha etkili bir şekilde yönetme yeteneklerini geliştirebilmeleri için sistematik olarak belirli davranışlar geliştirmeye yöneliktir (Sarkhel, Singh & Arora, 2020).

Destekleyici model; genellikle aileleri duygu ve deneyimlerini paylaşmaya dahil etmek için tasarlanmış destek gruplarından yararlanan bir yaklaşımdır. Burada temel amaç, ailelerin bakım yüküyle başa çıkabilmeleri için duygusal kapasitelerini artırmak ve geliştirmektir (Lyman ve ark., 2014; Mueser ve ark., 2013).

Kapsamlı model; bilgi, beceri eğitimi ve destekleyici modelden oluştuğu için kombinasyon yaklaşımı olarak da adlandırılmaktadır (Sarkhel, Singh & Arora, 2020). Bu yaklaşımın ilk aşamasında üyelere hastalık hakkında bilgiler verilmektedir. Ardından, çok aileli destek grubuna katılım gerçekleşmektedir. Son aşamada, özellikle bir ruh sağlığı uzmanıyla bireysel seanslara devam edilmesi gerekmektedir (Lyman ve ark., 2014; Bhattacharjee ve ark., 2011).

Çoklu aile grup terapisi modeli; William McFarlane (2000) tarafından, aileleri ve hastaları rehabilitasyon ve bakım sonrası programlarına dahil etmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu modelde, hastalığın temelde kronik doğası kabul edilir ve ailelerle uzun vadeli bir çalışma ortaklığı oluşturularak rehabilitasyon sürecinde şizofreniyi anlamak için gerekli bilgiler verilir. Bu model, hasta ve ailesine uyum sağlamada yardımcı olmayı amaçlamaktadır (Mcfarlane, 2016).

Davranışsal aile yönetimi modeli; aileyi, ciddi şekilde tanı alan bireyin toplumsal rehabilitasyonu için en etkili ve verimli kaynak olarak görmektedir (Sarkhel, Singh & Arora, 2020; Mcfarlane, 2016). Üyelere, bireyin rehabilitasyonu ve sonrasında bakımı için gerekli olan çeşitli görevlerin nasıl planlanacağı ve uygulanacağı konusunda bilgi sağlanmaktadır (Harvey, 2018). Aile terapisi olarak da adlandırılan model, ailenin problem çözme becerisini artırarak aile üyelerinin başa çıkma stratejilerini geliştirmektedir (Lyman ve ark., 2014; Mueser ve ark., 2013).

Aile temelli psikoeğitim yaklaşımı; öncelikle bipolar bozukluk tanılı bireylerin tedavisi için geliştirilmiştir (Sarkhel, Singh & Arora, 2020). Bu modelin üç modülü vardır; ilk modülde psikoeğitim yer alır ve genellikle yedi veya daha fazla seansta uygulanır. İkinci modül (7 ila 10 seans), birey ve ailelere aile içi stresle başa çıkmak için iletişim becerilerine (aktif dinleme, birbirlerinin davranışlarında değişiklik talep etme, olumlu ve olumsuz

geribildirim) odaklanılır. Son olarak, üçüncü modülde (4 ila 5 oturum), birey ve ailelere, sorunları tanımlama ve bu sorunlara etkili çözümlerin nasıl geliştirileceği ve uygulanacağı konusunda bir çerçeve verilmektedir. Bu yaklaşım aynı zamanda bu bireylerin bakım verenlerine problem çözme ve başa çıkma becerilerini aşlamayı amaçlamaktadır (Lyman ve ark, 2014).

Aileden aileye destek programlarında; gönüllü aile üyeleri sağlık çalışanları tarafından eğitilmekte ve onlar da diğer aile üyelerini eğitmektedir (Lyman ve ark, 2014). Daha önce benzer deneyimler yaşamış bireyler, şimdi o sorunu yaşayan kişilere destek olmaktadır. Bu yaklaşımın nedeni, aynı sorunu yaşayan bireylerin çok daha iyi bir şekilde empati kurabilmeleridir. Aile destek gruplarına katılan bakım verenler genellikle olumlu deneyimler yaşadıklarını, yaşadıkları yük ve stresin azalmasına katkı sağladığını belirtmektedirler (Bademli & Duman, 2011).

Ailelerin ve bakım verenlerin psikoeğitimsel müdahalelere dahil edilmesinin, tedaviye uyumsuzluğu, nüks ve hastaneye yatış oranlarını azalttığı, hasta memnuniyeti ve yaşam kalitesinde yükselmeye birlikte, bakım verenlerin problem çözme yeteneğinde artma ve ailelerin üzerindeki yükün azalmasında da etkili olabileceği gösterilmektedir (Lyman ve ark., 2014; Mueser ve ark., 2013).

Bireylerin, ailelerin ve toplumun ruh sağlığını geliştirmede, hastalıkları önlemede ve hastalıklarla baş etmede yardımcı olan ruh sağlığı hemşiresinin önemli rollerinden biri de eğitici rolüdür (Hercelinskyj & Alexander, 2019). Ruh sağlığı hemşiresinin eğitici rolü, hasta ve ailelerin sağlığın korunması ve geliştirilmesine yönelik eğitim gereksinimlerini belirlemelerini ve bu gereksinimleri karşılamaya yönelik özel eğitim programları planlayıp uygulamalarını gerektirmektedir. Ruh sağlığı hemşirelerinin, ruhsal hastalığı olan birey ve ailelerine odaklanmış önleme ve erken müdahale sağlamak için iyi bir konumda oldukları, iyileşmeyi desteklemek için fiziksel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ilişkin sorumlulukları vurgulanmaktadır (Petrakis & Laxton, 2017).

2.5.3. İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı

İletişim becerileri, dinleme, kendini tanıma ve açma, empati, duyguları tanımlama, kabul etme ve yönetme, ben dili ve beden dili, başa çıkma stratejileridir (Kaya, 2018; Mckay, Davis & Fanning, 2012). Bu beceriler, uygun müdahale yoluyla öğrenilebilen ve geliştirilebilen becerilerdir. İletişim becerileri eğitimi, katılımcıların başkalarıyla

etkileşimlerini geliştirmek için hemen kullanılabilir becerilerin sistematik olarak öğretilmesini içerdiği için, aile üyeleri de dahil olmak üzere bakım verenin sıkıntısını azaltmak için önemli bir potansiyele sahiptir (Gharavi ve ark., 2018; Verstaen ve ark., 2018). Müdahale, bakım verenlerin daha etkili iletişim becerilerini yalnızca birkaç seanslık eğitimden sonra öğrenmelerine ve hayata geçirmelerine yardımcı olabilmektedir. Ayrıca kişilerarası iletişim sorunlarının azalması ile birlikte olumlu etkiler, uzun vadede devam etmektedir (Gharavi ve ark., 2018; Mueser, Hayes, & Hofmann, 2018).

İletişim becerileri eğitimi programlarının amacı, ailedeki olumsuz duygulanımı azaltmak, bireylerin kişilerarası becerilerini geliştirmek ve aile üyelerine bakım verdikleri bireyin bilişsel eksikliklerini dikkate alan iletişim becerilerini öğretmektir (Hercelinskyj & Alexander, 2019; Townsend & Morgan, 2017). Tipik olarak öğretilen dört temel beceri şunlardır:

- Olumlu duyguları ifade etmek
- Etkin dinleme
- Değişim için olumlu taleplerde bulunmak
- Belirli davranışlarla ilgili olumsuz duyguları ifade etmek (Hercelinskyj & Alexander, 2019; Mueser, Hayes, & Hofmann, 2018)

Beceriler, oturum içi canlandırmalar ve rol oynama yoluyla öğretilmektedir. Bu alıştırmalar boyunca, dilin sözel olmayan (yani, göz teması, vücut oryantasyonu, yüz ifadeleri ve kişilerarası mesafe), paralinguistik (yani, ses tonu, ses yüksekliği ve duygulanımı) ve sözlü veya içerik boyutlarını geliştirmeye odaklanılmaktadır. Bu iletişim becerileri modelleme, koçluk ve yönlendirme yoluyla öğretilmektedir (Mueser, Hayes, & Hofmann, 2018; Glynn, Cohen & Niv, 2007).

Şizofreni olan bireylere bakım verenlerde iletişim becerilerinin önemine dair araştırmacılar tarafından iyi kişilerarası ilişkilere sahip bakım verenlerin, sınırlı iletişim becerisine sahip bakım verenlerden daha düşük bakım yüküne ve daha yüksek bir yaşam kalitesine sahip olduğu belirtilmektedir (Kate ve ark., 2013; Möller-Leimkühler & Wiesheu, 2012). Demans tanılı bireylere bakım veren 302 kişiyle yapılan bir çalışmada (Smith & Street, 2022), daha iyi sosyal becerilere sahip olanların daha düşük yük algısı ve akrabalarıyla daha kaliteli ilişkiler bildirdikleri ve bunun da bakımla ilgili daha az çatışmaya işaret ettiği belirtilmektedir (Smith & Street, 2022).

Psikoeğitim programı ve sosyal beceri eğitiminin annelerin şizofreni olan çocuklarına karşı olumsuz tutumları üzerindeki etkisini karşılaştıran eski ama önemli bir çalışmada (Kim & Mueser, 2011), sosyal beceri eğitiminin, annelerin şizofreni olan çocuğuna karşı olumsuz tutumlarında kalıcı azalma sağlamada psikoeğitimden daha etkili olduğu bulunmuştur.

Ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenleri için Etkileşim Becerileri Eğitim programının etkileri üzerine yapılan bir çalışmada (Gharavi ve ark., 2018), bakım verenlerin, öz-yeterlilik düzeyinin arttığı ve yük düzeyinin azaldığı saptanmıştır. Ek olarak, eğitim programının bakım verenlerin yaşamlarında anlamlı değişikliklere yol açtığı belirtilmiştir.

Bakım verenlerin Etkileşim Becerileri Eğitim Programı ile ilgili deneyimlerini tanımlamak ve eğitim etkilerini değerlendirmek için yapılan nitel bir araştırma tasarımı (Van Meijel ve ark., 2009), bakım verenler, bakım verdikleri bireyler ile olan ilişkileri, diğer bakım verenlerle işbirliği, multidisipliner ekip çalışması ve bakım yükü algıları açısından olumlu etkiler bildirmişlerdir. Ayrıca, yeni bir iletişim tarzından kaynaklanan etkileşim değişiklikleriyle ilgili uygulamalı deneyim sağladığı belirtilmiştir. Bakım verenler için özellikle, günlük iletişimde isteksizlik ve yetersizlik arasındaki farkı anlamının değerli olduğu vurgulanmıştır.

Behrouian ve arkadaşlarının (2020) şizofreni hastalarına bakım verenlere uyguladığı bilişsel yöntemlerle duygu düzenleme eğitiminin kaygı, stres ve depresyon düzeylerini önemli ölçüde azalttığı bulunmuştur.

Planlı davranış kuramına dayalı problem çözme eğitim programının yatan psikiyatri tanısı olan bireylere bakım veren ailelerin başa çıkma tarzları üzerindeki etkililiğini belirlemek amacıyla yapılan bir çalışmada (Abedi ve ark., 2020), duygu odaklı başa çıkma tarzı puanlarında müdahaleden sonra hemen iyileşme olmamakla birlikte; 1 aylık takipte, müdahale grubunda kontrolle karşılaştırıldığında önemli ölçüde iyileşme saptanmıştır.

Razei ve arkadaşları (2018), iletişim becerilerine yönelik psikoeğitimin, bakım verenler için depresyon ve uyku sorunlarını azaltmak, sosyal performansı artırmak ve şizofreni tanılı bireylerin bakımını iyileştirmek için etkili, uygun maliyetli bir strateji olabileceğini belirtmektedir.

Bakım verenlere problem çözme becerilerini öğretmenin, iletişim becerilerini geliştirmenin ve hastalık ve tedavisi hakkında bilgi vermenin, hem psikotik hastaların hem de

bakım verenlerinin psikososyal sağlığını iyileştirmede etkili olduğu ve böylece hastaların nüksetme riskini azalttığı bulunmuştur (Chien ve ark., 2020).

Ebeveynler için motivasyonel görüşme ve etkileşim becerilerine dayalı bir müdahalenin yeni şizofreni tanısı alan bireylerin esrar kullanımını azaltmada rutin aile desteğinden daha etkili olup olmadığı incelenen bir randomize kontrollü çalışmada, ebeveynlerin sıkıntısını ve yük duygusunu azaltmada etkileşim becerileri müdahalesinin rutin bakımdan daha etkili olmadığı belirlenmiştir (Smeerdijk ve ark., 2015).

İlk epizot psikozda, bakım verenlerin yükünü, problem çözme ve bakım verme deneyimini iyileştirmede problem çözme bibliyoterapisinin rutin tedavi grubuna göre etkisini inceleyen bir araştırmada (Chien ve ark., 2016), problem çözme bibliyoterapisinin 6. ve 12. aylarda rutin tedavi grubuna göre bakım yükünde ve bakım verme deneyiminde önemli ölçüde daha fazla iyileşme, psikotik belirtilerin şiddetinde ve yeniden hastaneye yatış sayısı ve sürelerinde azalmada etkili olduğu saptanmıştır.

şizofreni tanılı bireye bakım veren aile üyelerine uygulanan iki farklı girişimin öz etkililik ve bakım yüküne etkisini inceleyen bir çalışmada (Durmaz & Okanlı, 2021), kısa süreli, özellikle kişilerarası sorunlara odaklanan ve kişilerarası işlevselliğin düzelmesini hedefleyen Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi ve psikoeğitim karşılaştırılmıştır. Girişim olarak birinci gruba kişilerarası ilişkiler terapi teknikleri ve psikoeğitim birlikte uygulanmıştır. İkinci gruba ise yalnızca psikoeğitim uygulanmış ve kontrol grubu rutin tedavisini almıştır. Sonuç olarak, psikoeğitimle birlikte uygulanan Kişilerarası İlişkiler Psikoterapisi tekniklerinin yalnızca psikoeğitim uygulanan gruba ve kontrol grubuna göre öz etkililiği artırmada ve bakım yükünü azaltmada daha etkili olduğu belirlenmiştir (Durmaz & Okanlı, 2021).

Bu sonuçlara ilişkin olarak, sosyal olarak yetkin davranışlara dönüşen iyi iletişim becerilerinin, şizofreni tanısı olan bireylerin bakım verenlerinin refahını ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebileceği görölmektedir.

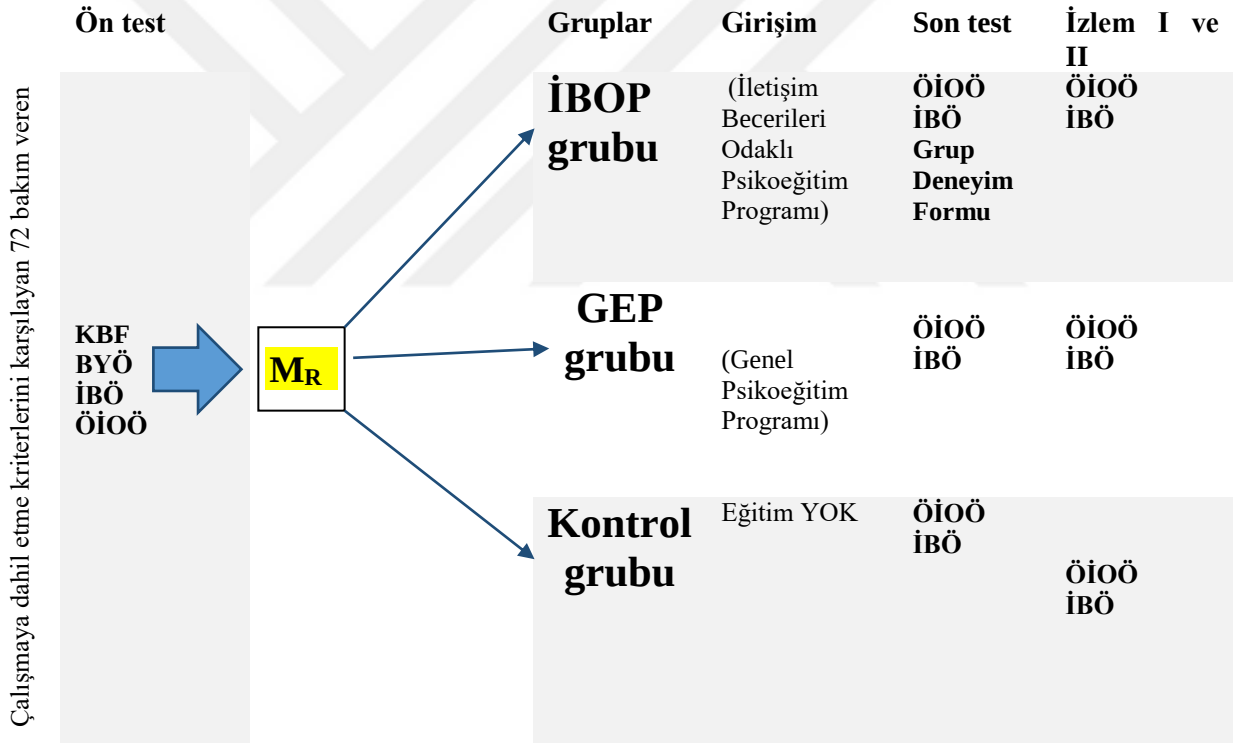
Özetle, iletişim becerileri psikoeğitim programı ile iletişime ilişkin bilgi ve beceriler bakım verenlere kazandırılabilir. Bu becerilerin geliştirilmesi için hazırlanan programlarda, içerik ve kullanılan tekniklerin planlanmış olması önemlidir.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1.ARAŞTIRMANIN AMACI ve TİPİ

Bu araştırma, “İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı’nın” şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin Öznel İyi Oluş düzeyi üzerine etkisini değerlendirmek amacıyla randomize, iki girişim ve bir kontrol gruplu, ön test, son test ve izlem ölçümlü deneysel desende gerçekleştirildi.

Şekil 3.1.’de araştırmanın deseni gösterildi:



Şekil 3.1: Araştırmanın Deseni

KBF: Kişisel Bilgi Formu

BYÖ: Bakım Verme Yükü Ölçeği

İBÖ: İletişim Becerileri Ölçeği

ÖİÖÖ: Öznel İyi Oluş Ölçeği

MR: Katılımcıların eşleştirilmiş ve gruplara random atandığını göstermektedir.

3.2. ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

H₁: İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'na katılan bakım verenlerin Öznel İyi Oluş Ölçeği puanları, girişim sonrasında yalnızca Genel Psikoeğitim Programı'na katılanlara kıyasla daha yüksek olacaktır.

H₂: İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'na katılan bakım verenlerin Öznel İyi Oluş Ölçeği puanları, izlem aşamasında yalnızca Genel Psikoeğitim Programı'na katılanlara kıyasla daha yüksek olacaktır.

H₃: İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'na katılan bakım verenlerin Öznel İyi Oluş Ölçeği puanları, girişim sonrasında kontrol grubuna katılanlara kıyasla daha yüksek olacaktır.

H₄: İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'na katılan bakım verenlerin Öznel İyi Oluş Ölçeği puanları, izlem aşamasında kontrol grubuna katılanlara kıyasla daha yüksek olacaktır.

3.3.ARAŞTIRMA DEĞİŞKENLERİ

Bağımlı Değişken; bakım verenlere iletişim becerileri psikoeğitim programı öncesi, sonrası ve izlem sonrası uygulanan Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖÖ) puanıdır.

Bağımsız Değişken; iletişim becerileri odaklı psikoeğitim programıdır.

Girişim ve kontrol gruplarına uygulanan Zarit Bakım Yüğü Ölçeği ve İletişim Becerileri Ölçeği puanları; grupları birbirine eşitleme amacıyla kullanılan kontrol değişkenleridir.

3.4.ARAŞTIRMANIN YERİ VE ZAMANI

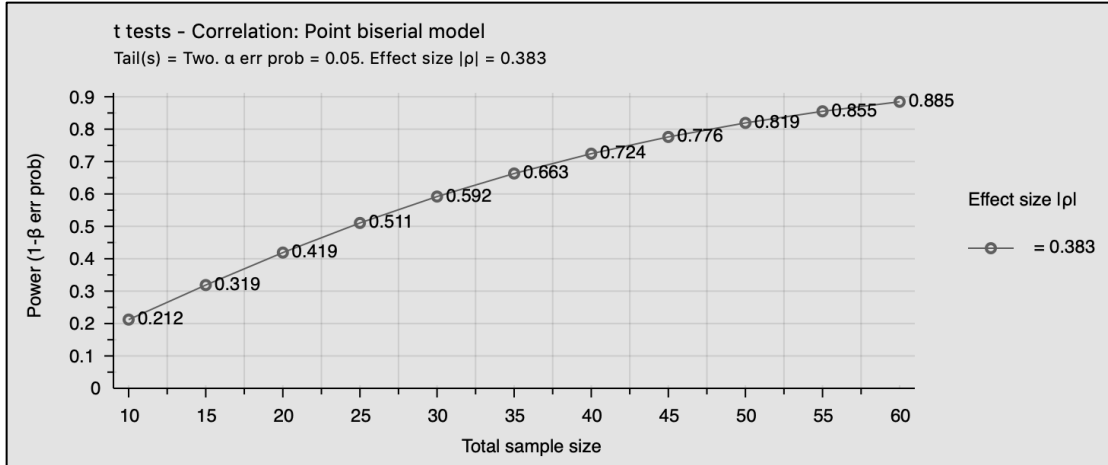
Araştırma, 05.01.2021-15.11.2023 tarihleri arasında yürütüldü. Veri toplama ve uygulama, 08.06.202-15.11.2022 tarihleri arasında bir üniversite hastanesi bünyesinde Psikiyatri Polikliniği'nde gerçekleştirildi.

3.5. ARAŞTIRMANIN EVRENİ ve ÖRNEKLEMİ

Araştırmanın evrenini bir üniversite hastanesi Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Polikliniği'ne Haziran 2020 ile Mayıs 2021 tarihleri arasında başvuran, DSM-5 TR kriterlerine göre şizofreni tanısı almış bireylere bakım veren aile üyeleri oluşturdu (N=279).

Araştırmanın örneklemini için kaç gözlem ile çalışılacağına karar vermek üzere istatistiksel güç (power) analizi uygulandı. Güç analizi için GPower yazılımı ile farklı örneklem sayılarına ilişkin güç değerleri hesaplandı. Güç değerleri hesaplanırken %95 güven düzeyi kapsamında sonuçlar belirlendi. Araştırmaya koştur olarak Tatu (2019) tarafından yapılan “Şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitiminin ilaç uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi oluşa etkisi” adlı tez çalışması referans alındı (Tatu, 2019). Referans çalışmanın, ön test İyilik Hali Ölçek puanı ile Tıbbi Tedaviye Uyum Oranı Ölçek puanı için uygulanmış korelasyon analizi kapsamında güç değerleri hesaplandı. Bu teste ilişkin etki büyüklüğü $d=0.383$ olarak belirlendi.

Güç değerlerine göre bu araştırmada toplam 60 gözlem ile çalışıldığı takdirde yaklaşık %88.5 düzeyinde bir test gücüne ulaşılacağı sonucu doğrultusunda, araştırmada 60 katılımcı ile uygulamanın yapılacağı belirlendi. Şekil 3.2.'de örneklem sayılarına göre güç değerleri grafiği çıkmıştır gösterilmektedir.



Şekil 3.2: Farklı örneklem sayıları için güç değerleri grafiği.

Güç analizi sonucuna göre örneklem hacminde, araştırma sürecinde olabilecek kayıpların da göz önüne alınması gerektiği dikkate alındı. Literatürde, çalışma sırasında veri kayıplarının %10-20 oranında olabileceği doğrultusunda (Abedi ve ark., 2020; Razei ve ark., 2018) toplam örneklem büyüklüğünün %20'si kadar fazla katılımcının dahil edilmesine karar verildi (n=72).

Örnekleme için yeterli kişi sayısı belirlendikten sonra araştırmaya alınacak bakım verenlerin seçim işlemine geçildi; tüm bakım verenler telefonla arandı; araştırmaya katılım için bilgi verilerek, gönüllü olanlar ve dahil edilme kriterlerini karşılayan bakım verenler araştırmaya alındı. Toplamda 72 bakım veren çalışmaya dahil edildi.

Örnekleme Dahil Olma Kriterleri:

- Bakım verilen hastanın en az bir yıl önce DSM-V TR tanı kriterlerine göre şizofreni tanısı almış olma,
- Bakım verilen hasta ile en az altı aydır birlikte yaşıyor olma,
- Bakım verilen hastanın bakımından doğrudan (tamamen) sorumlu olma,
- 18 yaş ve üzerinde olma,
- Okur-yazar olma,
- İşitme ve anlama sorunu olmama,
- Araştırmaya katılmaya gönüllü olma.

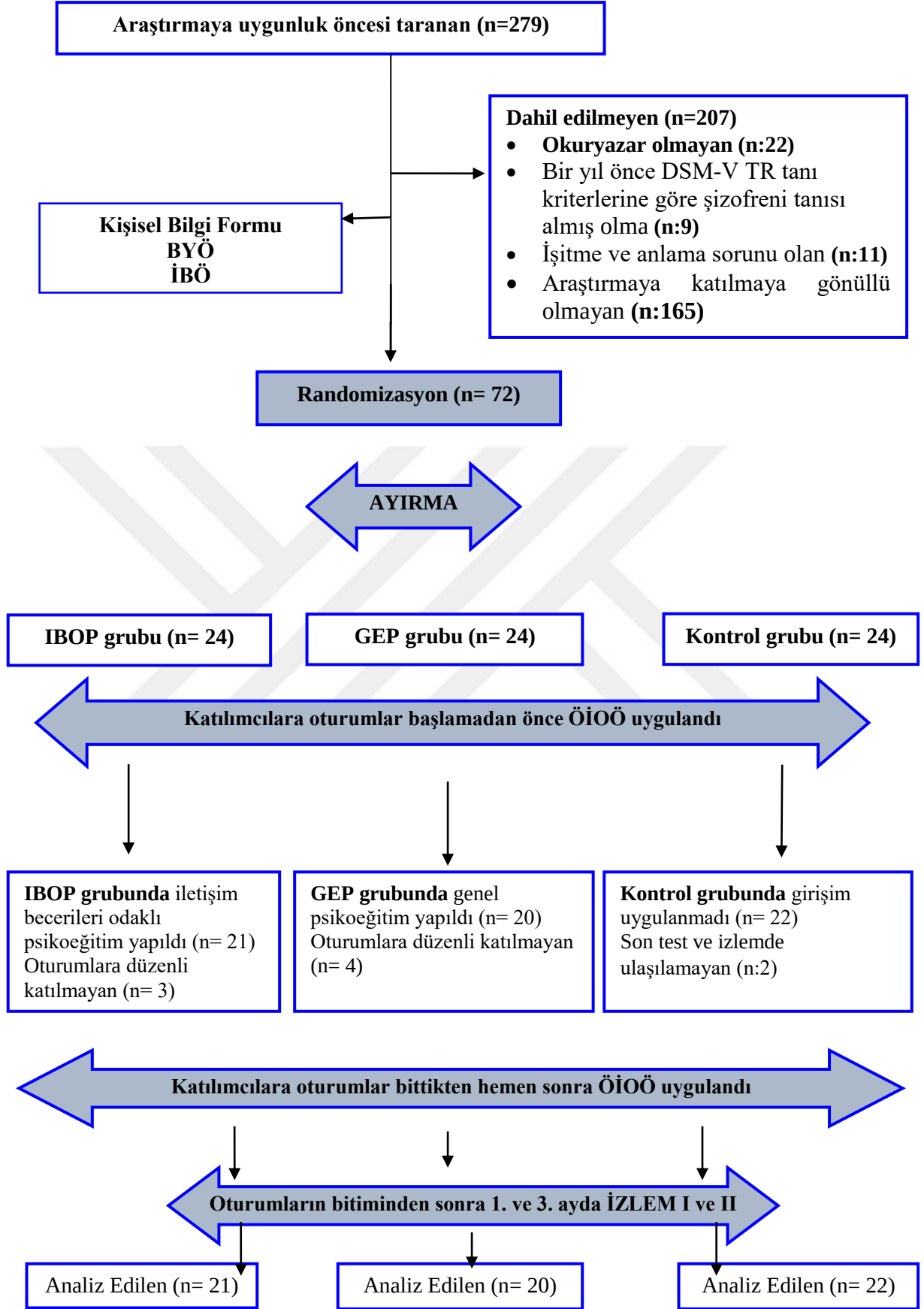
Örnekleme Dahil Olmama Kriterleri:

- Ruhsal Bozukluğun akut döneminde olma.

3.5.1. Randomizasyon

Randomizasyon yapılırken, katılımcıların bazı sosyodemografik ya da bireysel özelliklerinin girişimin sonucu üzerinde etki edebilecek etkiye sahip olması tabakalı randomizasyon yönteminin kullanılmasını gerektirebilir. Bu aşamada tabaka sayısı arttıkça random atamanın bozulabileceği dikkate alınarak tabaka sayısı minimum düzeyde tutulmalıdır (Akın & Koçoğlu, 2017). Bu çalışmada, katılımcıların sosyodemografik özellikleri (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu, medeni durum, ekonomik durum, bakım süresi, hasta ile yakınlık durumu), bakım yükü ve iletişim becerileri puanlarına göre tabakalandırma yapılarak grup atamaları bağımsız bir istatistik uzmanı tarafından gerçekleştirildi.

Araştırmanın örneklemini; İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı (İBOP) uygulanan 1. grup (n = 24), Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri İçin Genel Psikoeğitim Programı (GEP) uygulanan 2. grup (n = 24) ve kontrol amaçlı 3. grup (n = 24) olmak üzere toplam 72 şizofreni tanısı olan bireyin bakım vereni oluşturdu.



Şekil 3.3: CONSORT Akış Şeması.

3.6. ARAŞTIRMADA KULLANILAN VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.6.1. Kişisel Bilgi Formu

Literatür verileri doğrultusunda (Rezaei ve ark., 2018; Gharavi ve ark., 2018; Kızılırmak 2014, Arslantaş & Adana 2011, Awad & Voruganti 2008) araştırmacı tarafından hazırlanan form, katılımcıların bireysel, bakım verme ve bakım verilen birey ile ilgili özellikleri belirlemek amacıyla, “evet-hayır”, “GAS” (görsel analog skala), çok seçenekli toplam 32 sorudan oluştu (EK-1).

3.6.2. Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖÖ)

Üniversite öğrencileri için Dost (2004) tarafından geliştirilen ölçek, Nergis Tülek (2011) tarafından yetişkinlere uyarlanmıştır (EK-2). Ölçek 46 maddeden oluşmaktadır. Ölçeğin amacı bireylerin yaşamları hakkındaki bilişsel değerlendirmeleri ile olumlu ve olumsuz duyguların sıklığı ve yoğunluğunu belirleyerek ÖİÖ düzeylerini saptamaktır. ÖİÖÖ, yaşam alanlarına ilişkin kişisel yargılar ile olumlu ve olumsuz duygu ifadelerinden oluşmaktadır. Cevaplama sistemi her ifade için “(5) Tamamen Uygun”, “(4) Çoğunlukla Uygun”, “(3) Kısmen Uygun”, “(2) Biraz Uygun” ve “ (1) Hiç Uygun Değil” olarak beşli likert ölçeği şeklindedir. Her bir maddenin puanları “5 ile 1” arasında değişmektedir. Ölçek maddelerinin 26’sı olumlu, 20’si olumsuz ifade şeklindedir. Olumsuz ifadeler “2, 4, 6, 10, 13, 15, 17, 19, 21, 24, 26, 28, 30, 32, 35, 37, 38, 40, 43 ve 45.” maddelerdir. Olumsuz ifadelerin puanlanması tersine çevrilerek yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 46, en yüksek puan 230’dur. Yüksek puan ÖİÖ düzeyinin yüksek olduğuna işaret etmektedir.

Ölçek tek faktörlü modelde sınanmış ve ölçeğin orijinaline bağlı kalmak amacıyla ölçek tek boyutlu olarak kabul edilmiştir. Ölçeğin yetişkinler için güvenirlik çalışmasında iç tutarlık katsayısı .95 olarak bulunmuştur. (Tülek, 2011).

Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı, ön test ölçümünde 0.763 olarak bulundu. Öznel İyi Oluş Ölçeği (ÖİÖÖ)’nin güvenilir bir ölçek olduğu görüldü.

3.6.3. Zarit Bakım Verme Yüğü Ölçeği (BYÖ)

Zarit, Reeve ve Bach-Peterson tarafından 1980 yılında geliştirilmiş olup, İnci (2008) tarafından Türkçe’ye uyarlanmıştır (EK-3). Bakım gereksinimi olan bireye bakım verenlerin yaşadığı güçlüğü değerlendirmek amacıyla kullanılan bir ölçektir. Bakım verenlerin kendisi tarafından ya da araştırmacının soruları sorması ve cevapları işaretlemesi şeklinde

doldurulabilen ölçek, bakım vermenin bireyin yaşamı üzerine olan etkisini belirleyen 22 ifadeden oluşmaktadır. Ölçek “hiç”, “nadiren”, “bazen”, “sık sık,” ya da “hemen her zaman” şeklinde 0’ dan 4’e kadar değişen likert tipi değerlendirmeye sahiptir. Ölçekten en az 0, en fazla 88 puan alınabilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler genellikle “sosyal” ve “duygusal” alana yönelik olup, ölçek puanının yüksek olması, yaşanan sıkıntının “yüksek” olduğunu göstermektedir.

Bakım Verme Yüğü Ölçeğinin (BYÖ) yapılan faktör analizi sonunda tek boyutlu olarak kullanılabileceğı belirlenmiştir.

Ölçeğin iç tutarlılık katsayısının 0.95 olduğı, madde toplam korelasyon katsayılarının orta, güçlü ve çok güçlü düzeyde değerler (0.43-0.85) aldığı, test-tekrar test değişmezlik katsayısının 0.90 olduğı saptanmıştır (İnci, 2008). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alpha katsayısı, 0, 873 olarak bulundu.

Bu ölçek, girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlere grupların belirlenmesinden önce grupları birbirine eşitleme amacıyla uygulandı.

3.6.4. İletişim Becerileri Ölçeğı (İBÖ)

Buluş, Atan ve Sarıkaya (2017) tarafından geliştirilen İletişim Becerileri Ölçeğı (İBÖ), yetişkinlerde kişilerarası iletişim becerilerini ölçmeye yöneliktir (EK-4). Ölçme aracı 34 maddeden oluşmakta ve her bir maddeye “Hiç Uygun Değil”, “Çok Az Uygun”, “Kısmen Uygun”, “Çoğunlukla Uygun” ve “Tamamen Uygun” şeklinde derecelendirilmiş beşli likert tipi dereceler üzerinden cevap verilmektedir. Ölçekte 15, 16, 28, 32 ve 33 numaralı maddeler ters puanlanmaktadır. Ölçek için yapılan güvenirlik ve geçerlik analizlerinde, madde-toplam korelasyonlarının .32 ile .60 arasında değiştiğı görülmüştür.

Ölçek beş alt boyuttan oluşmaktadır. Bu alt boyutlar “egoyu geliştirici dil” (1, 2, 3, 8, 12, 14 numaralı maddeler), “etkin/katılımlı dinleme” (25, 26, 31, 32, 35, 36, 38, 42 numaralı maddeler), “kendini tanıma/açma” (48, 49, 53, 57, 58 numaralı maddeler), “empati” (67, 69, 70, 82, 83, 85, 86, 89 numaralı maddeler), “ben dili” (90, 92, 95, 99, 104, 106, 107 numaralı maddeler) dir. Ölçeğin yetişkinler için güvenirlik çalışmasında iç tutarlık katsayısı .82 olarak bulunmuştur (Buluş, Atan ve Sarıkaya, 2017).

Bu çalışmada, İletişim Becerileri Ölçeğı Cronbach Alfa değerleri; ön testte 0.744 olarak bulundu.

Bu ölçek, girişim ve kontrol grubundaki bakım verenlere grupların belirlenmesinden önce grupları birbirine eşitleme amacıyla uygulandı.

3.6.5. Katılımcı Grup Deneyim Formu

İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim uygulanan girişim grubundaki bakım verenlerin program hakkındaki görüşlerini değerlendirmek amacıyla, açık uçlu 5 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış bir formdur. (EK-5)

3.7. VERİ TOPLAMA SÜRECİ

Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan etik kurul izni alındı (EK-6).

Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği'nden kurum izni alındı (EK-7).

Çalışma NCT05068765 numarası ile Clinical Trials veritabanına kaydedildi.

Kurum izni alındıktan sonra Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği'ne yazı yazılarak, Haziran 2020 ile Haziran 2021 tarihleri arasında başvuran, DSM-5 TR kriterlerine göre şizofreni tanısı almış bireylerin sayısı ve iletişim bilgileri istendi (EK-8).

İletişim bilgileri alınan şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerine ulaşıp araştırma hakkında bilgi verildikten sonra, dahil olma kriterlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan bakım verenler kuruma davet edildi, yaklaşık 20 dakika süren Kişisel Bilgi Formu ve ölçekler uygulandı. Zaman ve ulaşım problemi olanlara ise telefon yolu ile form ve ölçekler doldurtuldu. Araştırmaya katılmayı kabul eden bakım verenlerden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam alındı (EK-9).

3.8. PSİKOEĞİTİM PROGRAMLARININ OLUŞTURULMASI

3.8.1. İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı (İBOP)

Araştırmacı tarafından literatür doğrultusunda (Rezaei ve ark, 2018; Gharavi ve ark, 2018; Verstaen ve ark, 2018; Kouri ve ark, 2011) bakım verenleri şizofreni hakkında bilgilendirmek, böylece bakım verme rolüne bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuz etkileri ortadan kaldırmak ve sosyal destek azlığı, motivasyon kaybı ve bilgi eksikliği, kişilik yapısı gibi nedenlerle yaşadıkları iletişim güçlüklerinin giderilmesi amacı ile iletişim becerileri odaklı psikoeğitim programı oluşturuldu.

Oturumlarda kazandırılması planlanan becerilerin davranışa dönüşmesini sağlamak için çok sayıda etkinliklere yer verildi. Bu kapsamda etkinlik temelli öğretim yapılması hedef alındı. Etkinlik temelli öğretim yaklaşımı; bireylerin zihinlerini aktif kullandığı, gözlem

yapmalarına, hataları fark etmelerine ve eleştirel bakış açısı kazanmaya yönlendirildiği bir öğretim yaklaşımıdır. Etkinlikler sayesinde, bireyde var olan bilgi ile etkinlik temelli öğretim sürecinde edindiği bilgiyi sentezlemesi ve kendi durumuna uyarlaması söz konusudur (Aslan & Bulut, 2021). Bir psikoeğitim grubu içinde etkinlikler, bir noktayı açıklamak, öz-eleştiriye geliştirmek, katılımı artırmak veya bir oturumu sonlandırmak gibi birçok amaca hizmet edebilmektedir. Etkinlik, beceri öğretimi ile birleştirildiğinde, bu süreç öğrenilen becerilerin hafızada kalış süresini artırmaktadır (Hale & Cows, 2015).

Bu bağlamda **“Tanışma ve Etkili İletişim”, “Şizofreni Hastalığı ve Bakım Sürecinde Yaşanan Sorunlar”, “Kendini Tanıma ve Etkin Dinleme”, “Sözsüz İletişim ve Beden Dilini Etkin Kullanma”, “Duygularımızı Fark Etme ve Ben Dili İle İfade Etme”, “Empati ve İletişimde Davranış Biçimlerini Tanıma”, “Öfke İle Baş Etme ve Çatışma Yönetimi” ve “Değerlendirme”** başlıkları altında toplanan sekiz oturumdan oluşan bir eğitim programı oluşturuldu. Program içeriği hakkında tez danışmanından görüş alındı.

İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı alanında uzman (Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi) görüşüne sunuldu. Öneriler doğrultusunda içerik kapsamında dilin sadeleştirilmesi ve gerekli olmayan bölümlerin çıkarılması değişiklikleri yapıldı. Program bakım verenlere projeksiyon cihazı ile sunuldu. Uzman görüşü önerisi doğrultusunda bakım verenler için eğitim kitapçığı oluşturuldu. Psikoeğitim programının başlıkları ve içerik bilgileri Tablo 3.1’de sunuldu.

Tablo 3.1: İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı İçeriği.

Oturumlar	İçerik	Açıklama
1.Oturum	Başlık	Tanışma ve Etkili İletişim
	Amaç	Katılımcıların birbirleri ve grup lideri ile tanışmalarını, programın amacını ve grup sürecine ilişkin kuralları öğrenmelerini, İletişim ile ilgili temel kavramları öğrenmelerini ve iletişimin önemini anlamalarını ve kendi iletişim problemlerini fark etmelerini sağlamak.
	Süre	100 dakika
	Etkinlik sayısı	3
	Etkinlik türleri	Oyun, rol oynama.
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Grup yöneticisi ve diğer grup üyeleri ile tanışır, - Programın amacı ve süreci hakkında bilgi sahibi olur, - Grup sürecine ilişkin kuralları öğrenir ve bu kuralların önemini kavrar, - İletişimi ve ilgili temel kavramları tanımlar, - İletişimin günlük yaşamdaki önemini açıklar, - Kendi iletişimi ile ilgili bilgi sahibi olur, farkındalık kazanır, - İletişim becerilerine yönelik bilgi sahibi olur.
2.Oturum	Başlık	Şizofreni Hastalığı ve Bakım Sürecinde Yaşanan Sorunlar
	Amaç	Şizofreni hastalığının tanımı, hastalığın nedenleri ve ortaya çıkmasında etkili olan faktörler, hastalığın belirtileri, tedavisi bilgi vermek, Bakım sürecindeki yaşanan iletişim problemleri ile ilgili bilgi vermek ve şizofreni hastaları ile birlikte yaşamak ve bakımdan sorumlu olmanın anlamı ile ilgili paylaşımlarda bulunmak.
	Süre	100 dakika
	Etkinlik sayısı	4
	Etkinlik türleri	Grup çalışması, rol oynama.
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Şizofreni hastalığı, bu hastalığın nedenleri, tedavisi ve seyri ile ilgili doğru bilgileri öğrenir, - Hastalarda görülen iletişim sorunları ve nedenlerini fark eder, - Hastalarla iletişimde dikkat edilmesi gereken noktaları ifade eder, - Yaşadığı sorunları ve tecrübeleri paylaşır.

3. Oturum	Başlık	Kendini Tanıma ve Etkin Dinleme
	Amaç	Katılımcıların kendi özelliklerini tanıyarak kendilerine ilişkin farkındalıklarını artırmak, olumlu ve olumsuz yönleriyle kendilerini kabul ile olumlu yönde gelişim ve değişimi desteklemek, İyi bir dinleyici olmanın önemli noktalarını anlamaları ve etkin dinleme becerilerini geliştirmelerinde yardımcı olmak.
	Süre	105 dakika
	Etkinlik sayısı	5
	Etkinlik türleri	Oyun, canlandırma, rol yapma, senaryo
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Kişisel özelliklerini fark eder, - Kendi önemini ve değerini kabul eder, - Kendine özgü niteliklere değer verir, - Kendini tanıır ve kabul eder, - Olumlu ve olumsuz yönlerini fark eder, - Kendini uygun şekilde ifade eder, - Kendisinin olumlu ve olumsuz yönlerini ifade eder, - Etkin dinlemenin önemini kavrar, - Kendi iletişimlerinde kullandıkları dinleme tepkilerinin farkına varır, - Etkin dinleme becerisi kazanır.
4. Oturum	Başlık	Sözsüz İletişim ve Beden Dilini Etkin Kullanma
	Amaç	Katılımcıların sözel olmayan davranışları gözleyerek başkalarının duygularını ve düşüncelerini anlama becerileri kazanmalarını sağlamaktır.
	Süre	90 dakika
	Etkinlik sayısı	3
	Etkinlik türleri	Video izletme, canlandırma
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Sözsüz iletişim ve özellikleri hakkında bilgi edinir, - İletişimde sözel olmayan mesajlara dikkat eder, - İletişimde beden dilinin önemini fark eder, - Kendi kullandığı beden dili hareketlerini fark eder, - Beden dilini etkin kullanarak düşünce ve duygularını ifade etme becerilerini geliştirir, - İletişim kurarken karşıdakinin beden dilinden duygu ve düşünceleri anlama becerilerini geliştirir.

5. Oturum	Başlık	Duygularımızı Fark Etme ve Ben Dili İle İfade Etme
	Amaç	Katılımcıların duygularını fark etmesi, tanıması, duygularını anlaması, olumlu ve olumsuz duyguları ifade etmesi becerisi geliştirmesini, Ben dili ve sen dili kavramlarının farkını ve sonuçlarını anlamalarını ve iletişimde ben dilini kullanmalarını sağlamaktır.
	Süre	100 dakika
	Etkinlik sayısı	5
	Etkinlik türleri	Video izletme, oyun, rol oynama.
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Kendi duygularını fark eder, - Kendi duygularını kabul eder, - Duyguları ile ilgili farkındalığını geliştirir, - Duyguları ifade ederken olumlu ve olumsuz duygularını tanıır, - Kendi duygularını açık ve doğru şekilde sözel ve sözsüz ifade edebilme becerisi kazanır, - Duyguları ifade etmek için kullandıkları kelime hazinesini artırır, yeni öğrendiği duygu ifade kelimelerini hangi durumda kullanabileceğini bilir, - Ben dili ve sen dili kavramlarını öğrenir, - Ben dili ve sen dilinin farkını ve sonuçlarını anlar, - Ben dilini kullanarak duygularını ve düşüncelerini ifade eder, - Ben dilini iletişiminin bir parçası haline getirir, - İletişiminde sen dili ifade kullanımını en aza indirir.
6. Oturum	Başlık	Empati ve İletişimde Davranış Biçimlerini Tanıma
	Amaç	Katılımcıların karşıdaki kişinin duygularını tanıma, anlama ve anladığını iletebilme becerisi kazanmalarını, İletişimlerinde kullandıkları davranış biçimlerini tanımaları ve atılğan davranış becerilerini geliştirmelerini sağlamaktır.
	Süre	105 dakika
	Etkinlik sayısı	4
	Etkinlik türleri	Oyun, grup çalışması, canlandırma, rol oynama, örnek olay.
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Empati ile ilgili bilgi sahibi olur, - Empatinin iletişimdeki öneminin farkına varır, - Karşıdaki kişinin duygularını, bu duyguların nedenlerini ve isteklerini anlama ve buna uygun tepki verme davranışlarını öğrenir, - İletişimde davranış biçimlerini tanımlar ve kendi davranışlarının nedenini kavrar, - Çekingen, saldırgan ve atılğan davranışları ayırt eder, - Diğer insanların ve kendisinin çekingen, saldırgan ve atılğan sözel olmayan davranışlarını fark eder, - Atılğanlık haklarını öğrenir ve “Hayır” diyebilme becerisini geliştirir, - Olumlu ve olumsuz duygu ve düşüncelerini doğrudan ve uygun ifade eder, - Atılğanca ricada bulunur.

7. Oturum	Başlık	Öfke İle Baş Etme ve Çatışma Yönetimi
	Amaç	Katılımcıların kendi öfke duygularını tanıma, uygun şekilde ifade etmeleri, baş etme yöntemlerini öğrenmelerini, Yaşadıkları çatışmaların, nedenlerinin farkına varmalarını, etkili çatışma çözme basamaklarını öğrenmelerini ve kavramalarını sağlamaktır.
	Süre	95 dakika
	Etkinlik sayısı	5
	Etkinlik türleri	Grup çalışması, oyun, örnek olay canlandırma, gevşeme egzersizi, hayal etme.
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Kendi öfke duygusunu tanımlar ve ifade eder, - Nelerin kendisini öfkeliendirdiğini ve öfkeliendiğinde vücudundaki değişimleri fark eder, - Öfkeliendiğinde verdiği tepkilerin farkına varır, - Öfke yaşadığında kendi baş etme yöntemlerini tanıır, - Öfke durumunda olumlu baş etme yöntemlerini öğrenir ve gevşeme tekniklerini kullanır, - Öfke ile baş etmede yapıcı yöntemler kullanmaları, - Öfkeyle başa çıkma için kendine uygun baş etme yollarını bulur, - Çatışmanın ne olduğunu kavrar, - Yaşadığı çatışma nedenlerini ve verdiği tepkilerin farkına varır, - Çatışma çözme becerilerini öğrenir, etkili çatışma çözme becerilerini kullanır, - Çatışma çözme becerilerini kendi yaşamlarına uyarlayabilir.
8. Oturum	Başlık	Değerlendirme
	Amaç	Katılımcıların oturumları hatırlamalarını, yapılan çalışmalarla ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmalarını ve oturumların genel değerlendirmelerini yapmalarını sağlamaktır.
	Süre	90 dakika
	Etkinlik sayısı	1
	Etkinlik türleri	Hayal etme.
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Psikoeğitim programından elde ettikleri kazanımları ifade eder, - Program hakkında duygu ve düşünceleri paylaşır, - Kendilerinde olan değişimleri ifade eder.

3.8.2. Şizofreni Olan Bireylerin Bakım Verenlerine Yönelik Genel Psikoeğitim Programı (GEP)

Şizofreni tanısı olan bireylerin bakım verenlerinin yaşadığı sorunlar ve eğitim ihtiyaçları hakkında literatür (Kızılırmak 2014; Chadda, 2014; Duman & Bademli 2013; Awad & Voruganti 2008) taraması yapılarak ihtiyaç duydukları eğitim konuları belirlendi. Bu doğrultuda **“Tanışma ve Şizofreni Hastalığı Nedir”, “Şizofreni Tedavisi ve İyileşme”, “İletişim ve Yaşanan Sorunlar”, “Stresle Başetme ve Problem Çözme” ve “Değerlendirme”** başlıkları altında toplanan beş oturumdan oluşan bir eğitim programı oluşturuldu. Program içeriği hakkında tez danışmanından görüş alındı.

Psikoeğitim programı, alanında uzman (Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı öğretim üyesi) görüşüne sunuldu; öneriler doğrultusunda anlatım dilinin sadeleştirildi ve gerekli olmayan bölümler çıkarıldı. Program sunum şekline aktararak bakım verenlere projeksiyon cihazı ile sunuldu. Uzman görüşü önerisi doğrultusunda bakım verenler için eğitim kitapçığı oluşturulmuştur. Psikoeğitim programının başlıkları ve içerik bilgileri Tablo 3.2.’de sunuldu.

Tablo 3.2: Genel Psikoeğitim Programı İçeriği.

Oturumlar	İçerik	Açıklama
1.Oturum	Başlık	Tanışma ve Şizofreni Hastalığı Nedir?
	Amaç	Katılımcıların birbirleri ve grup lideri ile tanışmalarını, programın amacını ve grup sürecine ilişkin kuralları öğrenmelerini sağlamak, Şizofreni hastalığının tanımı, hastalığın nedenleri ve ortaya çıkmasında etkili olan faktörler, hastalığın belirtileri, tedavisi bilgi hakkında vermek.
	Süre	90 dakika
	Etkinlik sayısı	3
	Etkinlik türleri	Oyun, rol oynama.
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Grup yöneticisi ve diğer grup üyeleri ile tanışır, - Programın amacı ve süreci hakkında bilgi sahibi olur, - Grup sürecine ilişkin kuralları öğrenir ve bu kuralların önemini kavrar, - Şizofreni hastalığı, bu hastalığın nedenleri ile ilgili doğru bilgileri öğrenir. - Şizofreninin belirtileri ile ilgili bilgileri kavrar, - Genellikle alevlenme göstergesi olan haberci belirtileri öğrenir, - Aile üyelerinin alevlenmeyi önleme konusunda oynadığı rolün önemini anlar, - Kendi hastalarında olan haberci belirtileri tanımlar ve hızlı hareket etmenin genellikle alevlenmeyi önleyebildiğini fark eder.
2.Oturum	Başlık	Şizofreni Tedavisi ve İyileşme
	Amaç	Şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaçlar ve diğer yöntemler, ilaçların yan etkileri ve yönetimi hakkında bilgi vermek.
	Süre	90 dakika
	Etkinlik sayısı	1
	Etkinlik türleri	Rol oynama.
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Katılımcılar şizofreninin tedavisinde kullanılan ilaçları bilir, - İlaçların tedavide oynadığı rolün önemini fark eder, - Şizofrenide ilaç tedavisinin sürdürülmesinde yaşanan güçlükleri öğrenir, - Şizofreni tedavisinde psikososyal tedavileri ve etkilerini öğrenir, - Psikososyal tedavilerin ilaç tedavisi ile birleştğinde alevlenmeyi önleyebildiğini fark eder, - Kullanılan ilaçların yan etkilerini öğrenir, - İlaç yan etkisi ortaya çıktığında tanır, - Ortaya çıkan yan etkileri yönetir, - Yan etkilerin başarılı bir şekilde yönetmede tedaviye uyumun arttığını fark eder, - İyileşme sürecine etki eden faktörleri tanır.

3. Oturum	Başlık	İletişim ve Yaşanan Sorunlar
	Amaç	Bakım sürecindeki yaşanan iletişim problemleri ile ilgili bilgi vermek ve şizofreni hastaları ile birlikte yaşamak ve bakımdan sorumlu olmanın anlamı ile ilgili paylaşımlarda bulunmak.
	Süre	95 dakika
	Etkinlik sayısı	1
	Etkinlik türleri	Rol oynama
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Hastalarda görülen iletişim sorunları ve nedenlerini fark eder, - Hastalarla iletişimde dikkat edilmesi gereken noktaları ifade eder, - Yaşadığı sorunları ve tecrübeleri paylaşır, - İletişimin geniş anlamını öğrenir, - Etkin iletişimde kullanılan becerileri kavrar, - İletişim engellerinin neler olduğu ve ne yapılacağını bilir, - Kendi iletişim biçimlerini tanımlar ve iletişim sorunlarının nedenlerini fark eder.
4. Oturum	Başlık	Stresle Başetme ve Problem Çözme
	Amaç	Stresle baş etme ve problem çözme konuları hakkında bilgiler vermek, Hayatta karşılaşılan karar alma durumlarında aktif bir biçimde nasıl rol üstlenileceği ile ilgili paylaşımlarda bulunmak, Problem çözme becerilerini kazanmalarını sağlamaktır.
	Süre	90 dakika
	Etkinlik sayısı	1
	Etkinlik türleri	Grup çalışması
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Kendi stres faktörlerinin farkına varır, - Stres yaşadıklarında kendi başa çıkma yöntemlerini tanımlar, - Stres durumunda baş etme yöntemlerini öğrenir ve gevşeme tekniklerini kullanır, - Stresle başa çıkma için kendine uygun baş etme yöntemini ifade eder, - Problem çözme tekniklerini tanımlar, - Problem çözme tekniklerini kendi yaşamlarına uyarlayabilir, - Kendi karar alma süreçlerini yapılandırır.
5. Oturum	Başlık	Değerlendirme
	Amaç	Katılımcıların oturumları hatırlamalarını, yapılan çalışmalarla ilgili duygu ve düşüncelerini paylaşmalarını ve oturumların genel değerlendirmelerini yapmalarını sağlamaktır.
	Süre	90 dakika
	Etkinlik sayısı	-
	Etkinlik türleri	-
	Elde edilmesi planlanan kazanımlar	- Psikoeğitim programından elde ettikleri kazanımları ifade eder, - Program hakkında duygu ve düşüncelerini paylaşır, - Kendilerinde olan değişimleri ifade eder.

3.8.3. Pilot Uygulama

20.05.2022 ve 26.05.2022 tarihlerinde pilot uygulama yapıldı. Pilot uygulama için araştırmanın uygulandığı merkezde şizofreni ve psikoz tanısı ile yatan bireylerin bakım verenleri (4 kadın, 3 erkek) ile İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'nın ilk ve üçüncü oturumu uygulandı. Oturumlar süre, içerik ve olası sorunlar yönünden değerlendirildi. Üçüncü oturum pilot uygulamasında, belirlenen süre aşıldı. Süre uzadıkça konsantrasyon azaldığı ve uzun süren oturumların diğer günlük aktiviteleri engellememesi için oturumlarda etkinlik sayılarında düzenlenme yapılarak programa son hali verildi. Ayrıca elde edilen deneyimler doğrultusunda bakım verenlere ikramlıklar verilmesinin katılım isteğini artıracığı düşünüldü.

3.9. UYGULAMA SÜRECİ

3.9.1. Hazırlık Aşaması

1. Belirlenen örneklem doğrultusunda dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden bakım verenler randevu verilerek, kuruma davet edildi. Bilgilendirme görüşmesinden sonra onam formu imzalatıldı. Kişisel bilgi formu, bakım yükü ve iletişim becerileri ölçekleri doldurtuldu (ön test).

2. Belirlenen özellikler ve BYÖ-İBÖ puanları yönünden benzer iki girişim ve bir kontrol grubuna bağımsız bir araştırmacı tarafından (istatistik uzmanı) randomize olarak atanarak gruplar belirlendi.

3. Araştırmanın uygulaması, merkezin toplantı odası uygun olmadığından, Tıp Fakültesi Dekanlığından araştırmacı tarafından istekte bulunuldu. Dekanlık tarafından sunulan toplantı odası, polikliniğe 100 metre kadar uzaklıkta ve binanın giriş katındadır. Toplantı odasında ısı ve ışık ayarlanabilir özelliktedir. Toplantı odası grup oturumları için uygun büyüklükte, giriş çıkışların olmadığı, etkileşim ve paylaşımlar için uygun koşulları olan, güvenli bir ortam olarak belirlendi. Ayrıca oturumlar sırasında kullanılmak üzere yazı tahtası ve projeksiyon aleti bulunmaktadır. Sandalyelerin, iletişimi kolaylaştırması açısından U düzeni şeklinde yerleştirilmesine dikkat edildi.

4. Gruplardaki katılımcı sayısının sağlıklı iletişim kurmak, duygu ve düşünceleri paylaşmak ve aktiviteleri yapmak için 8-12 kişi ile sınırlı olması önerilmektedir (Glynn,

Cohen & Niv, 2007). 24 kişiden oluşan birinci girişim grubu, 12 kişilik iki grup şeklinde ayrıldı. Araştırmacının belirlediği Salı ve Çarşamba günlerinden hangisinin kendileri için uygun olup olmadığı sorularak katılımcılardan bir gün belirlemeleri istendi. Belirledikleri günler doğrultusunda 12'şer kişilik gruplara "İBOP Programı" (8 oturum) Haziran-Ağustos 2022 tarihleri arasında haftada bir oturum olacak şekilde uygulandı. Kendi eğitim gününde devam edemeyen bakım veren bireyin diğer grupla eğitime katılmasına izin verildi. Tüm girişimler araştırmacı tarafından uygulandı.

5. 24 kişiden oluşan GEP grubu da, 12 kişilik iki grup şeklinde ayrıldı. Araştırmacının belirlediği Perşembe ve Cuma günlerinden hangisinin kendileri için uygun olup olmadığı sorularak katılımcılardan bir gün belirlemeleri istendi. Belirledikleri günler doğrultusunda 12'şer kişilik gruplara "Şizofreni Hastalarının Bakım Verenleri İçin Psikoeğitim Programı" (5 Oturum) Haziran-Temmuz 2022 tarihleri arasında haftada bir oturum olacak şekilde uygulandı. Kendi eğitim gününde devam edemeyen bakım veren bireyin diğer grupla eğitime katılmasına izin verildi. Tüm girişimler araştırmacı tarafından uygulandı.

3.9.2. Uygulama Aşaması

1. İBOP Programı 16.06.2022 tarihinde başladı, 11.08.2022 tarihinde tamamlandı. Program 12'şer kişilik iki grupla haftanın Salı ve Çarşamba günleri yürütüldü. Oturum tarihinden bir gün önce bakım verenlere oturumlar hatırlatıldı. Her bir oturum, konusu ve işleyiş planı doğrultusunda gerçekleştirildi. Oturumlar yaklaşık 90-105 dk arasında ve her bir grupla toplam sekiz hafta sürdü. Her bir oturum süresinde 10 dk'lık aralar verildi. Araştırmacı tarafından hazırlanan İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim programı kitapçığı son oturumda bakım verenlere dağıtıldı. Üç katılımcı programa düzenli katılmadı.

2. GEP Programı 14.06.2022 tarihinde başladı, 13.07.2022 tarihinde tamamlandı. Program 12'şer kişilik iki grupla haftanın Perşembe ve Cuma günleri yürütüldü. Oturum tarihinden bir gün önce bakım verenlere oturumlar hatırlatıldı. Her bir oturum, konusu ve işleyiş planı doğrultusunda gerçekleştirildi. Oturumlar yaklaşık 90 dk ve her bir grupla toplam beş hafta sürdü. Her bir oturum süresinde 10 dk'lık aralar verildi. Araştırmacı tarafından hazırlanan Şizofreni Olan Bireylerin Bakım Vericilerine Yönelik Psikoeğitim Programı kitapçığı son oturumda bakım verenlere dağıtıldı. Dört katılımcı programa düzenli katılmadı.

3. Sekiz haftalık süreçte kontrol grubu iki kez telefonla aranarak görüşüldü. İlk görüşmede, yaşanan sorunlarla baş etme ile ilgili konuşulup, gelen sorular cevaplandı. İkinci

görüşmede, psikiyatri polikliniğine davet edilip son test için ölçekler uygulandı. Zaman ve ulaşım problemi olanlara ise telefon yolu ile ölçekler doldurtuldu.

3.9.3. İzlem Aşaması

Psikoeğitim programlarının kalıcılığını belirlemek için; girişimlerden 1 ay ve 3 ay sonra yine tüm gruplara izleme ölçümleri 1 ve 2 yapıldı. Psikoeğitim oturumlarından 1 ay ve 3 ay sonra girişim ve kontrol grubundaki bakım verenler telefonla aranarak psikiyatri polikliniğine davet edilip ölçekler doldurtuldu. Zaman ve ulaşım problemi olanlara ise telefon yolu ile ulaşarak ölçek sorularını cevaplamaları sağlandı. İzlem aşamasında girişim gruplarından kayıp olmadı. Kontrol grubunda 2 kişiye ulaşamadı. Araştırma; İBOP girişim grubunda 21, GEP girişim grubunda 20 ve kontrol grubunda 22 kişi olmak üzere toplamda 63 kişi ile tamamlandı (Tablo 3.3: Araştırma Süreci Akış Şeması).

Tablo 3.3: Araştırma Süreci Akış Tablosu

1.aşama	Çalışmanın yapılabilmesi için Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan gerekli iznin alınması (EK-1)		
	Araştırma ve Uygulama Merkezi Başhekimliği'nden kurum izninin alınması (EK-7)		
	Gerekli izinler alındıktan sonra ilgili Anabilim Dalı yetkilileri ile araştırma için uygun günlerin belirlenmesi		
2. aşama	Araştırma evreninin belirlenmesi		
	Araştırma örnekleminin güç analizi ile belirlenmesi (n=72)		
	Örneklemden araştırma kriterlerine uyan bakım verenlerin çalışmaya dahil edilmesi		
3. aşama	Araştırmaya dahil edilen bakım verenlere Kişisel Bilgi Formu (KBF), Zarit Bakım Yüğü ve İletişim Becerileri Ölçeği, Öznel İyi Oluş Ölçeklerinin (ÖİÖÖ) uygulanması. (İlk ölçüm)		
4. aşama	Araştırmaya dahil olan bakım verenlerin bakım yükü ve iletişim becerileri ölçeğinden aldıkları puanlar ve bazı bireysel özelliklere göre tabakalı randomizasyon yöntemiyle iki girişim ve bir kontrol grubunun oluşturulması.		
	Girişim gruplarında bulunan bakım verenler ile psikoeğitim oturum tarihlerinin belirlenmesi ve grupların düzenlenmesi		
	1.İBOP Grubu (n:24)	2. GEP Grubu (n:24)	Kontrol Grubu(n:24)
5. aşama	İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programının uygulanması	Genel Psikoeğitim Programının uygulanması	Girişim yok. (Bir kez telefongörüşmesi)
6. aşama	Psikoeğitim programı sonunda katılımcılara ölçeklerin tekrar uygulanması (son ölçüm) ve katılımcı grup deneyim formunun doldurulması	Psikoeğitim programı sonunda katılımcılara ölçeklerin tekrar uygulanması (son ölçüm)	Gruptaki bakım verenlere ölçeklerin tekrar uygulanması (son ölçüm)
7. aşama	İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Grubu oturumlarının bitiminden 1 ay sonra katılımcılara ölçeklerin tekrar uygulanması (İzlem I)	Genel Psikoeğitim Grubu oturumlarının bitiminden 1 ay sonra katılımcılara ölçeklerin tekrar uygulanması (İzlem I)	Gruptaki bakım verenlere ölçeklerin tekrar uygulanması (İzlem I)
8. aşama	İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Grubu oturumlarının bitiminden 3 ay sonra grupta bulunan katılımcılara ölçeklerin tekrar uygulanması (İzlem II)(n:21)	Genel Psikoeğitim Grubu oturumlarının bitiminden 3 ay sonra grupta bulunan katılımcılara ölçeklerin tekrar uygulanması (İzlem II) (n:20)	Gruptaki bakım verenlere ölçeklerin tekrar uygulanması (İzlem II) (n:22)

3.10. VERİLERİN ANALİZİ ve DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın istatistiksel analiz aşamasında frekans analizi ve ortalama karşılaştırma testleri uygulandı. Kullanılacak istatistik testlerine karar verebilmek için verilerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro-Wilk testi ile kontrol edildi. Tanımlayıcı veriler için ortalama $\pm$ standart sapma ($\bar{X} \pm SS$), medyan (min-maks) değerleri verildi. Buna göre, gruplarda tanımlayıcı verilerin karşılaştırmaları, normal dağılıma sahip olan değişkenler için tek yönlü varyans analizi, normal dağılıma sahip olmayan değişkenler Mann-Whitney U, Kruskal-Wallis analizi ve kategorik değişkenlerin karşılaştırmasında Pearson Ki-kare analizi ile incelendi. Grup içi ve gruplar arası ve zamana göre ölçek puanlarındaki değişimi incelemek üzere Kruskal-Wallis ve Friedman Testleri kullanıldı. İkili karşılaştırmalarda farklılık gösteren gruplar harflendirme ile gösterildi.

İlk aşamada araştırmaya katılan bireylere yönelik bireysel özelliklerin frekans analizleri sunuldu. Frekans analizlerinde gruplara ait yüzde (%) ve frekans (n) değerleri birlikte gösterildi. Çalışmada bulunan nicel değişkenler için özet istatistikler tablolarda belirtildi.

İstatistiksel analiz bulgularının değerlendirilmesinde hata payı %5 olarak alındı. Uygulamalar SPSS v26 ile gerçekleştirilmiştir (IBM Inc., Chicago, IL, USA).

Grup Deneyimi Formu değerlendirilmesinde katılımcıların verdiği yanıtlara içerik analizi yapıldı. Bu yanıtlar istatistiksel olarak frekans ve yüzde şeklinde nicel veriler olarak sunuldu (Erdoğan, Nahcivan & Esin, 2016).

Randomize kontrollü çalışmalarda kimi katılımcılar bazı sebepler nedeni ile çalışmayı sonlandıramayabilirler. Böyle bir durum yapılacak olan analize hangi katılımcıların dahil edileceği ile ilgili sorunu gündeme getirmektedir. Bu durumda kullanılacak iki başlıca analiz vardır; Intent to Treat ve Per Protocol (Petavy ve ark., 2020). Mevcut çalışmada power analizi sonucunda örneklem sayısı girişim ve kontrol gruplarında 20 katılımcı olarak belirlendi. Çalışma, İBOP grubu 21, GEP grubu 20 ve kontrol 22 katılımcı ile tamamlandı. Ayrıca İBOP grubuna katılan katılımcılardan 2'si ilk oturumdan sonra, 1'i üçüncü oturumdan sonra, GEP grubuna katılan katılımcılardan 2'si birinci oturumdan sonra, 2'si ikinci oturumdan sonra ayrılmış olup son testi yapmadı. Kontrol grubu katılımcılarından 2'sine son test ve izlem aşamasında ulaşamaması nedeniyle çalışmadan ayrıldı. Bu nedenlerle çalışmayı tamamlayamayan (drop out) katılımcıların

analize dahil edilmesi, psikoeğitim oturumlarını tamamlayan bireylerden elde edilen verilerle birlikte ele alındığında sonuçların olduğundan farklı çıkacağı düşünülerek Intention to Treat analizi yerine Peer Protokol analizi tercih edildi.

3.11. ARAŞTIRMANIN ETİK İLKELERİ

Araştırmaya başlamadan önce XXXX Etik Kurulu'ndan 2020/25 nolu karar ile 30.12.2020 tarihinde izin alındı (EK-6).

Araştırmanın XXXX Psikiyatri Polikliniği'nde yapılabilmesi için E-39633678-300-46165 nolu 08.06.2021 tarihli karar ile kurum izni alındı (EK-7).

Araştırmacı, Bolu İzzet Baysal Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Toplum Ruh Sağlığı Merkezi'nde, 2-6 Mayıs 2011 tarihleri arasında yapılan “Psikiyatride Profesyonel İletişim Becerileri” beş günlük toplam 40 saatlik eğitimi tamamlamıştır (EK-10). Ayrıca Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Gündüz Hastanesinde bipolar bozukluğu olan hastalar için hazırlanan psikoeğitim programına (14 oturum) katılmıştır (2009). Tüm girişimler araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Nisan-Mayıs 2022 tarihlerinde şizofreni tanısı olan bireylerin bakım verenleri telefonla aranarak, çalışma için bilgilendirildi. Gönüllü olan bakım verenler polikliniğe davet edilerek, Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu imzalatılmış olup, Kişisel Bilgi Formu, Bakım Yüğü ve İletişim Becerileri Ölçekleri uygulanmıştır. Yeterli sayıda bakım verene ulaşıldıktan sonra, gruplar belirlenmiştir. Haziran-Ağustos 2022 tarihleri arasında Salı, Çarşamba, Perşembe ve Cuma günleri Psikoeğitim Programları gerçekleştirilmiştir. Psikoeğitim programlarının ilk oturumunda ÖİÖÖ bakım verenler tarafından doldurulmuştur. Psikoeğitim programları son oturumda son test uygulanmıştır. Eylül ve Kasım 2022 tarihlerinde 1. ve 2. izlem ölçümleri yapılmıştır. Araştırmada gönüllülük ilkesi ön planda tutularak, bireylere bilgilendirilmiş gönüllü onam formları verildi, gönüllü olarak araştırmaya katılmayı sözlü ve yazılı şekilde kabul eden bireyler araştırma kapsamına dahil edildi. Araştırmaya katılacak bireylere araştırmanın amacı ve yapmaları gerekenler anlatıldıktan sonra araştırmaya katılma ya da katılmamama konusunda özgür oldukları şeklinde bilgi verilerek “bilgilendirilmiş gönüllü onam formu” imzalatılarak “Aydınlatılmış Onam” ilkesi gözetildi (EK-9.1, 9.2, 9.3). Araştırmaya katılacak bireylere, paylaştıkları kişisel verilerinin başkalarına açıklanmayacağı ve araştırma için kullanılacağı

konusunda güvence verilerek “Gizlilik ve Gizliliğin Korunması” ilkesi gözetildi. Aynı zamanda istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “Özerklik” ilkesi yerine getirildi.

Araştırmada kullanılan ölçekler için ölçeklerin geçerlilik ve güvenirliğini yapan araştırmacılardan e-mail yolu ile izin alındı (EK-11, EK 12, EK-13).

Araştırma tamamlandıktan sonra psikoeğitim kitapçıkları kontrol grubundaki katılımcılar ile paylaşıldı.

3.12.ARAŞTIRMANIN GÜÇLÜ VE SINIRLI YÖNLERİ

Araştırmanın Güçlü Yönleri;

Araştırmanın ön test-son test kontrol gruplu, tekrarlayan ölçümlü deneysel tasarımda olması,

Girişim ve kontrol grubunun tabakalı randomizasyon yöntemi ile belirlenmesi,

İki girişim ve bir kontrol grubunun bulunması,

Girişimin etkinliği, etkili olduğu bilinen bir girişim ile karşılaştırarak ortaya koymaya çalışılması,

Türkiye’de şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerine yönelik müdahaleler arasında iletişim becerileri odaklı psikoeğitimin ilk kez uygulanması,

Araştırmanın Sınırlılıkları;

Veri toplama araçlarının öz bildirime dayalı olması nedeni ile anket ve ölçek sorularına verilen yanıtların, sonuçlara etki etmiş olabilmesi,

Psikoeğitim programlarının, araştırmacının belirlediği konuların içeriği ile sınırlı olmasıdır.

4. BULGULAR

Bu çalışmanın bulguları üç bölümde sunuldu.

Birinci bölümde; girişim ve kontrol grubu katılımcılarının tanımlayıcı özellikleri (bakım veren ve şizofreni tanılı bireye ait ve bakım vermeye ilişkin özellikler) ve iletişim sorunları (Tablo 4.1- Tablo 4.4 arası);

İkinci bölümde; uygulanan psikoeğitim programlarının katılımcıların öznel iyi oluş düzeyine etkisinin gruplararası ve içi karşılaştırılması (Tablo 4.5);

Üçüncü bölümde; IBOP programı uygulanan bakım verenlerin programa ilişkin görüşlerine ait özbeöz bildirimler (Tablo 4.6).

4.1. KATILIMCILARIN TANIMLAYICI ÖZELLİKLERİ

Tablo 4.1: Katılımcıların tanımlayıcı özellikleri (n:72*).

Değişkenler	İBOP Grubu		GEP Grubu		Kontrol Grubu		Test İstatistiği
	n	%	n	%	n	%	P
Cinsiyet							
Kadın	18	75.0	17	70.8	14	58.3	$\chi^2=1.661$
Erkek	6	25.0	7	29.2	10	41.7	p = 0.436
Yaş (yıl)	49.6±13.7		50.21±12.35		50.9±14.0		F=0.56 p= 0.946
Öğrenim Durumu							
İlköğretim	13	54.2	20	85	15	62.5	KW=5.453 p = 0.065
Lise	3	12.5	2	5	7	29.2	
Üniversite	8	33.3	2	10	2	8.3	
Medeni Durum							
Evli	17	70.8	19	76.2	22	91.7	U= 228.0 p = 0.067
Bekâr	7	29.2	5	20.8	2	8.3	
Çalışma Durumu							
Evet	11	45.8	4	16.7	9	37.5	U= 264.0 p = 0.562
Hayır	13	54.2	20	83.3	15	62.5	
Aylık Gelir Düzeyi							
Gelir giderden az	11	45.8	15	62.5	12	50.0	KW= 1.131 p = 0.568
Gelir gider dengeli	11	45.8	7	29.2	10	41.7	
Gelir giderden fazla	2	8.3	2	8.3	2	8.3	
Tedavi görmeyi gerektiren bir sağlık problemi							
Var (fiziksel)	12	50.0	8	33.3	9	37.5	KW= 2.04 p = 0.361
Var (ruhsal)	2	8.3	1	4.2	1	4.2	
Yok	10	41.7	15	62.5	14	58.5	
Fiziksel sağlık algılama düzeyi	7.71±1.78		7.8±1.95		7.29±1.65		U= 243.5 p = 0.34
Ruhsal sağlık algılama düzeyi	6.92±2.87		6.42±2.98		7.75±1.72		U= 252.5 p = 0.457
Yaşadığı aile tipi							
Eşi ve kendisi	1	4.2	1	4.2	0	0	KW= 1.7 p = 0.428
Eşi, kendisi ve çocukları	10	41.7	12	50	15	62.5	
Kendisi ve çocukları	4	16.7	3	12.5	3	12.5	
Ebeveynleri, kendisi ve kardeşleri	1	4.2	4	16.7	1	4.2	
Ebeveynler, eşler ve çocukları	1	4.2	2	8.3	4	16.7	
Diğer**	7	29.2	2	8.3	1	4.	
Evde birlikte yaşayan birey sayısı	3.38± 0.92		3.79± 1.25		4.05±1.1		KW=4.45 p= 0.108
Sigara Kullanım							
Evet	7	29.2	3	12.5	10	41.7	$\chi^2= 5.42$ p = 0.067
Hayır	17	70.8	21	87.5	14	58.3	

χ^2 : Pearson Chi-Square test, F: One Way ANOVA, KW: Kruskal Wallis, U: Mann-Whitney.

*:girişim öncesi araştırmaya dahil edilen katılımcı sayısı, **: teyzesi, yeğeni, kuzeni vb. gibi ikinci derece akrabalar.

Tablo 4.1'e göre girişim ve kontrol grubundaki katılımcıların çoğunlukla kadın, ilköğretim mezunu, evli, çekirdek aileye sahip ve çalışmadıkları oldukları görüldü. Katılımcıların yaş ortamları incelendiğinde, İBOP grubu 49.6 ± 13.7 yıl, GEP grubu 50.21 ± 12.35 yıl ve kontrol grubu 50.9 ± 14.0 yıl olarak bulundu. Girişim ve kontrol grubundaki katılımcıların yarısı aylık gelir düzeylerini “gelir giderden az”, tedavi görmeyi gerektiren bir sağlık problemi durumlarını çoğunluğu da daha fazla fiziksel sağlık problemi, daha az ruhsal sağlık problemi durumu bildirdi. Katılımcıların fiziksel sağlık algılama düzeyi ortalaması incelendiğinde, İBOP grubunun 7.95 ± 1.36 ; GEP grubunun 7.8 ± 2.09 ; kontrol grubunun 7.36 ± 1.65 'ti. Katılımcıların ruhsal sağlık algılama düzeyinin İBOP grubunun 6.92 ± 2.8 ; GEP grubunun 6.42 ± 2.98 ; kontrol grubunun 7.75 ± 1.72 olduğu görüldü. Katılımcıların birlikte yaşadığı birey sayısı ortalamalarına bakıldığında, İBOP grubu 3.38 ± 0.92 , GEP grubu 3.79 ± 1.2 ve kontrol grubu 4.05 ± 1.1 kişidir. Her üç grupta da katılımcıların çoğunluğunun sigara kullanmadığı saptandı.

Girişim ve kontrol gruplarındaki katılımcıların yaş, cinsiyet, öğrenim, medeni ve çalışma durumları, aile tipi, aylık gelir düzeyi, tedavi görmeyi gerektiren sağlık problemi durumu, algılanan fiziksel ve ruhsal sağlık düzeyleri ve birlikte yaşadığı birey sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görüldü. ($p > 0.05$).

Tablo 4.2: Katılımcıların bakım vermeye ilişkin özellikleri (n=72*).

Değişkenler	İBOP Grubu		GEP Grubu		Kontrol Grubu		Test İstatistiği
Bakım verilen birey ile yakınlık düzeyi	n	%	n	%	n	%	p
Anne	2	8.3	1	4.2	2	8.3	KW= 0.933 p = 0.627
Kardeş	4	16.7	3	12.5	2	8.3	
Eş	6	25.0	8	33.3	4	16.7	
Çocuk	7	29.2	11	45.8	13	54.2	
Diğer**	5	20.8	1	4.2	3	12.5	
Bakım verme süresi (yıl)	12.38±8.47		11.46±8.90		10.21±8.28		KW=0.892 p= 0.640
Bakım verilen bireyin hastalık süresi (yıl)	14.42±8.50		12.21±8.98		14.17±9.50		KW=1.124 p= 0.570
Bakım verilen bireyin psikiyatri yatış sayısı	2.71±2.11		2.10±2.37		5.33±6.41		KW=7.166 p= 0.028
Bakmakla yükümlü olunan başka engeli olan birey varlığı							
Evet	2	8.3	5	20.8	3	12.5	$\chi^2 = 2.03$ p = 0.484
Hayır	22	91.7	19	79.2	21	87.5	
Bakım verirken destekleyen başka yakının varlığı							
Evet	10	41.7	11	45.8	15	62.5	$\chi^2 = 2.333$ p = 0.420
Hayır	14	58.3	13	54.2	9	37.5	
Bakım için maddi destek alımı							
Evet	4	16.6	9	40	4	18.2	$\chi^2 = 3.70$ p = 0.158 ^a
Hayır	20	83.4	15	60	20	81.8	
Bakım veren olmanın algılanan fiziksel sağlığı etkilene düzeyi	3.67±3.63		1.92±2.99		2.92±3.0		KW= 3.672 p = 0.156
Bakım veren olmanın algılanan ruhsal sağlığı etkilene düzeyi	4.96±3.70		5.38±3.77		4.71±3.11		KW= 1.003 p = 0.606
BYÖ Puanı (Ön test)	33.21±12.34		30.58±16.27		35.46±15.74		F=0.387 p=0.680
İBÖ Puanı (Ön test)	129.96±7.91		127.58±11.57		129.04±8.37		F=0.644 p=0.528

KW: Kruskal Wallis, χ^2 =: Pearson Chi-Square test, F: One Way Anova.

*:girişim öncesi araştırmaya dahil edilen katılımcı sayısı, **: teyzesi, yeğeni, kuzeni vb. gibi ikinci derece akrabalar.

Tablo 4.2’ de katılımcıların bakım vermeye ilişkin özelliklerine yönelik yapılan tanımlayıcı analizlerin sonuçları gösterildi:

Bakım verilen birey ile yakınlık düzeyi durumu incelendiğinde, her üç gruptaki katılımcıların çoğunluğu “eş” ve “çocuğuna” bakım verdiklerini bildirdi. Katılımcıların ortalama bakım verme ve bakım verilen bireyin ortalama hastalık süresi, tüm gruplarda 10 yıl üzeri olduğu saptandı. Bakım verilen bireyin ortalama hastaneye yatış sayısı, İBOP grubunda 2.71±2.11, GEP grubunda 2.10±2.37 ve kontrol grubunda 5.33±6.41’dir. Tüm gruplarda çoğunluğun başka bir bireye bakmakla yükümlü olmadığı görüldü. Katılımcıların bakım verirken destek alma durumu incelendiğinde, İBOP grubunun %41.72’si, GEP grubunun %45.8’i ve kontrol grubunun %62.5’i bakım verirken başka

yakınları tarafından desteklenmekteydi. Her üç grupta da katılımcıların çoğunluğunun bakım verirken maddi destek almadığı saptandı. Katılımcıların bakım vermenin algılanan fiziksel sağlığı etkileme düzeyi ortalamaları incelendiğinde, İBOP grubunun 3.67 ± 3.63 , GEP grubunun 1.92 ± 2.99 , kontrol grubunun 2.92 ± 3.0 'dü. İBOP grubunun bakım vermenin algılanan ruhsal sağlığı etkileme düzeyi ortalaması 4.96 ± 3.70 , GEP grubunun 5.38 ± 3.77 , kontrol grubunun 4.71 ± 3.11 olarak saptandı. Her üç grupta BYÖ ve İBÖ ön test puan ortalamalarının benzer olduğu saptandı.

Bakım verilen birey ile yakınlık düzeyi, bakım verme süresi, bireye tanı konulduktan sonra geçen süre, birlikte yaşanan ve bakmakla yükümlü engeli olan başka bireyin varlığı, bakımda destekleyen başka yakınlar, bakım için maddi destek alma, bakım vermenin algılanan fiziksel ve ruhsal sağlığı etkileme düzeyi, BYÖ ve İBÖ ön test ortalama puan değişkenlerine göre gruplar birbirine benzerdi ($p > 0.05$). Diğer taraftan gruplar arasında bakım verilen bireyin hastane yatış sayısı yönünden anlamlı fark bulundu ($p < 0.05$).

Tablo 4.3: Katılımcıların bakım verdikleri şizofreni tanılı bireylere ait tanımlayıcı özellikler (n=72*)

Değişkenler	İBOP Grubu		GEP Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
Cinsiyet	n	%	n	%	n	%	n	%
Kadın	9	37.5	5	20.8	8	33.3	22	30.6
Erkek	15	62.5	19	79.2	16	66.7	50	69.4
Yaş (yıl)	43.67±11.63		39.79±9.73		39.38±12.87		40.94±11.49	
Öğrenim Durumu								
İlköğretim	16	66.7	14	58.4	16	66.7	46	62.5
Lise	3	12.5	6	25.0	7	29.2	16	22.2
Üniversite	5	20.8	4	16.7	1	4.2	810	13.9
Medeni Durum								
Evli	8	33.3	9	37.5	6	25.0	23	31.9
Bekâr	16	66.7	15	62.5	18	75.0	49	68.1
Çalışma Durumu								
Çalışıyor	5	20.8	3	12.5	5	20.8	13	18.1
Çalışmıyor	19	79.2	21	87.5	19	79.2	59	81.9
Sigara kullanımı								
Evet	9	37.5	11	45.8	12	50	32	44.4
Hayır	15	62.5	13	54.2	12	50	40	55.6
Sigara kullanma süresi (yıl)	22.56±5.36		24.73±7.76		20.42 ±9.23		22.53.±7.78	

*:girişim öncesi araştırmaya dahil edilen katılımcı sayısı.

Tablo 4.3’de bakım verilen şizofreni tanılı bireylere ait bireysel özelliklere yönelik tanımlayıcı istatistikler gösterildi:

Girişim ve kontrol gruplarında şizofreni tanılı bireylerin özellikleri incelendiğinde, çoğunluğunun erkek, ilköğretim mezunu, bekar ve çalışmadığı görüldü. Yaş ortalamaları İBOP grubunda 43.67±11.63 yıl, GEP grubunda 39.79±9.73 yıl, kontrol grubunda 39.38±12.87 olduğu bulundu. Şizofreni tanılı bireylerin %44.4’ünün sigara içtiği ve sigara kullanma süresinin yirmi yıl ve üzeri olduğu saptandı.

Tablo 4.4: Katılımcıların iletişim sorunlarına ait tanımlayıcı veriler (n=72*).

Değişkenler	İBOP Grubu		GEP Grubu		Kontrol Grubu		Toplam	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Hastama kendimi ifade etmekte güçlük yaşıyorum								
Evet	10	41.7	12	50	13	54.2	35	48.6
Hayır	14	58.3	12	50	11	45.8	37	51.4
Hastama duygularımı ifade güçlük yaşıyorum								
Evet	7	29.2	11	45.8	13	54.2	31	43.1
Hayır	17	70.8	13	54.2	11	45.8	41	56.9
Hastamı dinlemekte güçlük yaşıyorum								
Evet	4	16.7	5	20.8	9	37.5	18	25.0
Hayır	20	83.3	19	79.2	15	62.5	54	75.0
Hastamın yaşadıklarına empati yapmakta güçlük çekerim								
Evet	5	20.8	7	29.2	14	58.3	26	36.1
Hayır	19	79.2	17	70.8	10	41.7	46	63.9
Hastam konuşmadığında iletişimi başlatmada zorluk yaşıyorum								
Evet	10	41.7	12	50	13	54.2	35	48.6
Hayır	14	58.7	12	50	11	45.8	37	51.4
Tuhaf konuşmalar ve davranışlar sergilediğinde iletişim kurmakta zorluk								
Evet	11	45.8	16	66.7	18	75.0	45	62.5
Hayır	13	54.2	8	33.3	6	25.0	27	37.5
Aynı cümleleri tekrar etmekte zorluk yaşıyorum								
Evet	12	50	14	58.3	16	66.7	42	58.3
Hayır	12	50	10	41.7	8	33.3	23	41.7
Hastalık hakkında hastamla konuşmakta zorluk yaşıyorum.								
Evet	6	25	13	54.2	12	50	31	43.1
Hayır	18	75	11	45.8	12	50	41	56.9
Hastam öfkelenildiğinde tepkilerimi kontrol edemem ve iletişimimiz bozulur.								
Evet	7	29.2	10	41.7	11	45.8	28	38.9
Hayır	17	70.8	14	55.3	13	54.2	44	61.1
Hastanıza bakım vermek için herhangi bir eğitim alma durumu								
Evet	2	8.3	0	0	0	0	2	2.8
Hayır	22	91.7	24	100	24	100	70	97.2

*:girişim öncesi araştırmaya dahil edilen katılımcı sayısı,

Tablo 4.4' de araştırmaya katılan İBÖP, GEP ve kontrol grubunda olan şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin iletişim sorunlarına yönelik yapılan frekans analizi sonuçları gösterildi:

Buna göre, katılımcıların, %48.6'sı bakım verilen bireye kendilerini ve %43.1'i duygularını ifade etmekte sorun yaşarken, %25'i bireyi dinlemekte güçlük yaşamaktaydı. Kontrol grubunda olan katılımcıların yarısından fazlası bakım verilen bireyin yaşadıklarına empati kurmakta güçlük çekmekteydi. Bakım verilen birey konuşmadığında, katılımcıların %48.6'sı iletişimi başlatmada zorluk yaşamaktaydı. Her üç grupta da katılımcıların yarısından fazlası, tuhaf konuşmalar ve davranışlar sergilediğinde iletişim kurmakta zorlandığını ve aynı cümleleri tekrar etmekte güçlük çektiğini bildirdi. GEP ve kontrol grubundaki katılımcıların çoğunluğu (sırasıyla, %54 ve %50) hastalık hakkında bakım verilen birey ile konuşmakta daha fazla güçlük çektiğini ifade etti. Katılımcıların %42.8'i bakım verilen birey öfkelenildiğinde kendi tepkilerini kontrol edemediğini ve iletişimlerinin bozulduğunu belirtti. Katılımcıların tamamına yakını (%97.2) bakım vermek için eğitim almadığı belirlendi. (Tablo 4.4).

4.2. UYGULANAN PSİKOEĞİTİM PROGRAMLARININ KATILIMCILARIN ÖZNEL İYİ OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİ (GRUP İÇİ ve GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMALAR)

İBOP programı, bireylerin başkalarıyla etkileşimlerini geliştirme, olumsuz duygu ve tutumlarını azaltma, sosyal performansı artırma ve yaşam kalitesini yükseltme gibi etkilerle ÖİÖ düzeyini artırabilecektir. Bu kapsamda İBOP programının bakım verenlerin ÖİÖ düzeyine etkisinin değerlendirildiği bu araştırmaya ilişkin hipotezlere ait bulgular aşağıda sunuldu.

H₁: İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'na katılan bakım verenlerin Öznel İyi Oluş Ölçeği puanları, girişim sonrasında yalnızca Genel Psikoeğitim Programı'na katılanlara kıyasla daha yüksek olacaktır.

H₂: İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'na katılan bakım verenlerin Öznel İyi Oluş Ölçeği puanları, izlem aşamalarında yalnızca Genel Psikoeğitim Programı'na katılanlara kıyasla daha yüksek olacaktır.

H₃: İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'na katılan bakım verenlerin Öznel İyi Oluş Ölçeği puanları, girişim sonrasında kontrol grubuna katılanlara kıyasla daha yüksek olacaktır.

H₄: İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'na katılan bakım verenlerin Öznel İyi Oluş Ölçeği puanları, izlem aşamalarında kontrol grubuna katılanlara kıyasla daha yüksek olacaktır.



Tablo 4.5: Katılımcıların farklı zamanlarda uygulanan Öznel İyi Oluş Ölçeği puanının grup içi ve gruplar arası karşılaştırmaları (n=63).

İzlem/ Grup	İBOP ^(d)		GEP ^(e)		Kontrol ^(f)		Gruplar arası karşılaştırmalar (KW/p)	
	Ort± SS	Med (min-maks)	Ort± SS	Med (min-maks)	Ort± SS	Med (min-maks)		
Ön test ^a	157.81± 26.38	158 (85-197)	150.95± 25.39	149.50 (99-198)	169.14± 21.1	164.5 (133-214)	5.802	0.079
Son test ^b	203.24± 20.45	210 (159-225)	179.85± 23.18	177 (123-222)	170.41± 21.14	166 (130-212)	20.102	<0.001(d>e, f)
İzlem 1 ^c	217± 13.26	221 (174-230)	207.65± 12.54	209.5 (184-230)	190.64± 24.43	192.5 (136-229)	18.100	<0.001 (d>f)
İzlem 2 ^d	213.52± 17.26	219 (170-230)	198± 22.2	206 (152-230)	185.73± 26.71	185.5 (125-230)	13.633	<0.001(d>f)
Grup içi karşılaştırmalar (F/p)	45.188	<0.001 (a<b,c,d)	49.423	<0.001 (a<b,c,d)	18.558	<0.001 (a,b<c)		

Ort: Ortalama, SS: Standart sapma Med: Medyan Min: Minimum Maks: Maksimum F: Friedman test KW: Kruskall Wallis

Tablo 4.5’de; araştırmaya katılan İBOP, GEP ve kontrol grubunda olan şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin ÖİÖÖ puanları zamana göre gösterildi. İletişim becerileri odaklı psikoeğitim ve genel psikoeğitim girişimlerinin etkisini belirlemek amacıyla; girişim ve kontrol gruplarındaki ön test, son test, bir aylık ve üç aylık izlem puanları farkı incelendi.

Katılımcıların **ÖİÖÖ ön test** puan ortalamaları gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı değildi (KW=5.802, p=0.079).

Katılımcıların **ÖİÖÖ son test** puan ortalamaları gruplara göre farklılık gösterdiği saptandı (KW=20.102, **p<0.001**). Buna göre İBOP grubu puan ortalaması hem GEP hem de kontrol grubu puan ortalamasına göre anlamlı olarak daha yüksekti. Ayrıca GEP ve kontrol gruplarının puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu.

Katılımcıların **ÖİÖÖ bir aylık İzlem1** puan ortalamalarında gruplara göre anlamlı farklılık gösterdiği saptandı. (KW=18.100, **p<0.001**). İBOP grubu puan ortalaması kontrol grubuna göre daha yüksek olup anlamlı fark bulundu. İBOP grubu ÖİÖÖ puan ortalaması GEP grubu puan ortalamasına göre yüksek olmasına rağmen arasındaki fark istatistiksel olarak önemli değildi.

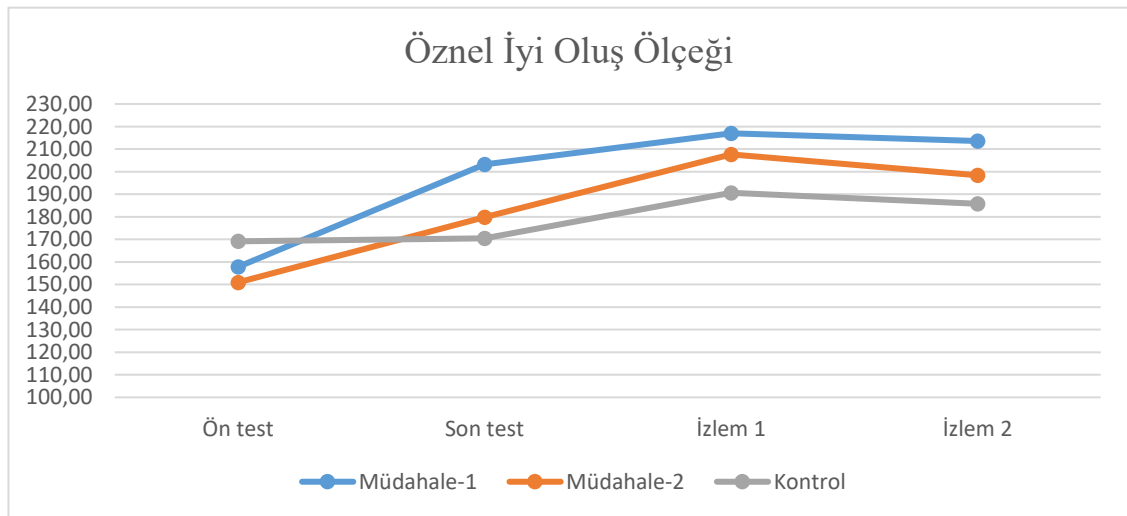
Katılımcıların **ÖİÖÖ üç aylık İzlem2** puan ortalamalarında gruplara göre anlamlı farklılık bulundu. (KW=13.633, $p=0.001$). İBOP grubu puan ortalamaları kontrol grubuna göre daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. Ayrıca İBOP ile GEP grubu katılımcılarının puan ortalamaları arasındaki fark İBOP grubu lehine olduğu fakat istatistiksel olarak önemli olmadığı saptandı.

Araştırmaya katılan **İBOP grubunda** olan katılımcıların ÖİÖÖ ön test ile kıyaslandığında son test, İzlem1 ve İzlem2 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı ($F= 45.188$, $p<0.001$). Buna göre ön test ortalama puanı, son test, İzlem1 ve İzlem2 puan ortalamalarından daha düşüktü. Ayrıca son test, İzlem1 ve İzlem2 puan ortalamaları birbirleri ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel bir farklılık bulunmamakla ($p>0,05$) birlikte izlemlerde kalıcı bir yükselme eğilimi izlendi.

Araştırmaya katılan **GEP grubunda** olan katılımcıların ÖİÖÖ ön test ile son test, İzlem1 ve İzlem2 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardı ($F= 49.423$, $p<0.001$). Buna göre ön test puan ortalaması, son test, izlem1 ve İzlem2 puan ortalamalarından daha düşüktü. Ayrıca son test, İzlem 1 ve İzlem 2 puan ortalamaları birbirleri ile karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel bir farklılık saptanmadı ($p>0,05$).

Araştırmaya katılan **kontrol grubunda** olan katılımcıların ÖİÖÖ ön test, son test, İzlem1 ve İzlem2 puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlendi. ($F= 18.558$, $p<0.001$). Buna göre İzlem1 puan ortalaması, ön test ve son test puan ortalamalarından daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Girişim ve kontrol gruplarında katılımcıların ÖİÖÖ ortalama puanlarında zaman içinde meydana gelen değişimler grafik üzerinde de sunuldu:



Şekil 4.1: Gruplarda Öznel İyi Oluş Ölçeği puanlarının zamanla değişimi.

4.3. İLETİŞİM BECERİLERİ ODAKLI PSİKOEĞİTİM PROGRAMI KATILIMCILARININ UYGULANAN GİRİŞİMLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİ

Nicel verilere ek olarak, İBOP Programı katılımcılarının, Katılımcı Grup Deneyim Formu'ndaki beş açık uçlu soru aracılığıyla program hakkındaki deneyim ve görüşleri ile ilgili veriler toplandı. Bakım verenlerin ifadeleri değerlendirilerek, verilen cevaplar üzerinden frekans analizleri Tablo 4.6'da sunuldu:

Tablo 4.6: İBOP grubundaki katılımcıların uygulanan girişimle ilgili görüşleri ve frekans dağılımı (n:21)

İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı Sonrası Deneyimler	n	% *
Kendiniz açısından katıldığınız bu grup deneyimini nasıl tanımlarsınız?		
Bakım verenin program sonrası kendisi ile ilgili verdiği geribildirim (olumlu düşünmeye başladım, bilgilendim, özgüvenim arttı, birçok insanın aynı zorlukları yaşadığını bilmek rahatlatıcı vb...)	14	46.6
Bakım verenin program sonrası bakım verdiği birey ve sosyal çevresi ile iletişimiyle ilgili verdiği geribildirim (hastamı daha iyi anladım ve iletişimimiz düzeldi, sorunları ile daha kolay baş etmeye başladım, iletişim ile ilgili davranışlarım olumlu etkilendi vb...)	16	53.4
Program boyunca duygusal açıdan neler hissettiniz?		
Olumlu duygular (Yalnız olmadığımı hissettim, birinin bizi farketmesi iyi geldi vb)	20	86.9
Olumsuz duygular (Hastamı anlayamadığım için üzgün hissettim, geçmişini hatırladım ve üzüldüm vb...)	3	13.1
Şimdi ne hissediyorsunuz?		
Olumlu hissediyorum (Rahat ve güvenli, iyi hissediyorum, vb..)	18	69.2
Güçlü hissediyorum (Yalnız olmadığımı hissediyorum, farkındalık oldu, bilinçli hissediyorum, özgüvenli hissediyorum vb..)	8	30.8
Programın yararlı olduğunu düşünüyor musunuz?		
Bakım verenin program sonrası kendisi ile ilgili verdiği geribildirim (Psikolojik açıdan iyi hissettirdi, hastalık hakkında bilgim arttı, Şimdiye kadar böyle bir eğitim yapılmalıydı vb...)	15	53.5
Bakım verenin program sonrası bakım verdiği birey ve sosyal çevresi ile iletişimiyle ilgili verdiği geribildirim (Hasta ile iletişimim gelişti, içerik ve etkinlikler iletişimle ilgili davranışlarımı olumlu etkiledi, bütün yakınların eğitime katılmasını öneririm vb...)	10	35.8
Yararlı ancak eksiklikler var (ulaşım ve zaman problemi yaşadım, psikolojik problemlerimiz ele alınmalı)	3	10.7
Programda sizin için en yararlı/hoşlandığınız oturum hangisi/hangileriydi?		
Bütün oturumlardan memnun kaldım	16	55.1
Bütün oturumlar yararlı ancak biraz daha geliştirilmeli	2	6.9
İlk oturumu beğendim, çünkü başka insanları tanıdım, sıkıntılarımı paylaştım.	3	10.4
Duyguları ifade etmek ve ben dili oturumunu yararlı buldum	2	6.9
Empati ve davranış biçimlerini tanıma oturumunu yararlı buldum	1	3.4
Kendini tanıma ve etkin dinleme	2	6.9
Şizofreni ve yaşanan sorunlar, çünkü bilinçlendim.	3	10.4

*n ve yüzdeler verilen yanıtlar üzerinden hesaplanmıştır.

Katılımcılar, İBOP programı grup deneyimlerine ilişkin çoğunlukla olumlu düşüncelere sahip olduklarını belirttiler. Katılımcılar çoğunlukla (n:16) bakım verdiği birey, sosyal ve aile ilişkilerine yönelik hatalı düşüncelerinin ve davranışlarının farkına vardığını ifade ederken oturumlarda verilen bilgiler ve yapılan etkinliklerle kazanımların daha etkili hale geldiğini bildirdi. Çoğu katılımcı (n:14), paylaşım yapmanın, aynı sorunu yaşayan kişilerle tanışmanın ve hastalık hakkında yeni bilgiler öğrenmenin kendilerine iyi geldiğinden ve rahatladıklarından söz etti.

Katılımcılar çoğunlukla (n:20) program boyunca duygularını olumlu olarak bildirdiler. Kendilerine zaman ayırarak bu programa gelmeye bağlı iyi hissetme, başka insanların da benzer duygu, düşünce ve yaşantılara sahip olduklarını gördükçe kendilerini rahatlamış hissetme ve paylaşım yaptıklarında diğerleri tarafından anlaşıldığını hissetme duyguları vurgulandı. Daha fazla bilinçlenmeyle daha dayanıklı ve güvende hissettiklerini belirttiler. Ayrıca birisinin onları fark etmesi ve sorunlarına eğilmesinin iyi ve değerli hissettirdiğinden söz ettiler Katılımcılardan bazıları ise(n:3), geçmişte bakım verdikleri birey ile iletişimlerinde yaptıkları hatalardan dolayı üzüldüklerini ifade etti.

Katılımcıların tamamı program sonrası güvenli ve güçlü hissetme gibi olumlu duygulara sahipti. Program sonrası daha iyi ve bilgili hissettiklerini, programın devam etmesini istediklerini ifade ettiler. Rahat ve güvenli olma, yalnız olmadıklarını hissetme öne çıkan duygulardı. Bakım verdikleri bireye karşı daha anlayışlı olma ve iletişim sorunlarını daha az hissetme de vurgulandı.

Katılımcıların tamamına yakını programı yararlı olarak değerlendirirken, öğrendiklerini kendi hayatlarında uygulayacaklarından söz etti. Bazıları edindikleri kazanımlarla kendilerini ve yakın ilişkilerini gözden geçirdiklerini belirtti. Öğrenilenlerin aile ve sosyal ilişkilerinde uygulanabileceğini ifade etti. Bazı katılımcılar (n:3) ise programa katılmanın ulaşım ve zaman problemi nedeniyle onlara zorluk yaşattığını ve eksiklikler olduğunu belirtti.

Katılımcıların çoğunluğu (n:16) oturumların hepsini yararlı bulurken, geliştirilmesi gerektiği bir katılımcının ifadesinde yer aldı. Özellikle, bazıları (n:3), aynı sıkıntıları yaşayan başka insanları tanıdıkları için ilk oturumu daha çok beğendiklerini bildirdi. Ayrıca hastalığın ve yaşanan sorunların ele alındığı ikinci oturumda bilgilerinin ve deneyimlerinin arttığını ifade ederlerken, duyguları ifade etme ve ben dili, empati ve davranış biçimlerini tanıma ve

kendini tanıma ve etkin dinleme oturumlarının da yararlı bulunduğu görüldü. Bazı katılımcıların ifadeleri:

“Olaylara daha pozitif bakabilme açısından bu eğitim olumlu oldu, benim gibi birçok insanın da zorluk yaşadığını bilmek biraz da beni rahatlatı”

“Bu eğitimle daha çok bilgilendim, yapılan örnek uygulamalarla özgüvenim arttı.”

“Hastamla daha fazla ilgilenmem gerektiğini, ona empati yaparak yaklaşmam gerektiğini anladım ve onun için üzüldüm.”

“Aynı sebepten bir arada bulunan insanlarla eğitim alarak yalnız olmadığımı hissettirirken, hastalığı daha iyi anlamak beni daha dayanıklı ve güvenli hale getirdi diyebilirim.”

“Mutlu hissettim, anlaşıldığımı hissettim”

“Çocuğumu anlayamadığım için üzüldüm.”

“Hastalığın ilk aşamasından bugüne kadar yaşadıklarımı tekrar hatırladım ve üzüldüm.”

“Bazı konularda yanlış davrandığımı öğrendim, o yüzden biraz üzüldüm.”

“Hep hastalarla ilgilenip konuştuğumuz için kendimizi düşünemiyoruz. Birinin size ‘siz nasılsınız’ demesi çok güzeldi.”

“Şimdi iyi hissediyorum, deneyim kazandım.”

“Yalnızlık hissi vardı, şimdi öyle hissetmiyorum.”

“Evet, program yararlı. Bazen ne yapmalıyım dediğim noktalar vardı. Şimdi nasıl davranmam gerektiğini biliyorum. Hastalarımızla nasıl iletişim kurmamız gerektiğini de öğrendik”

“Yararlı olduğunu düşünüyorum, kendimi geliştirdim. Hastamla hakkında daha fazla bilgi sahibi oldum. Uzaktan gelmem benim için zor oldu.”

“Hastama nasıl davranmam ve tepki vermem gerektiğini öğrendim. Ailemle olan ilişkilerimde uyguladım. Devamını isterim.”

“Yararlı olduğunu düşünüyorum. Bize de psikolojik sıkıntılarımıza yönelik çalışmalar da yapılmalı.”

“Kendimi tanıma ve iletişim konusunda bilgi zenginliği yaşıyorum. Hastalığı anlamak açısından kesinlikle yararlı.”

“Bütün oturumlardan memnun kaldım.”

“İlk oturumu beğendim, çünkü başka insanları tanıdım, sıkıntılarımı paylaştım.”

“Evet yararlı. Kişinin hem kendisini hem de karşı tarafı iyi tanımasında olumlu. Herkesin katılmasını tavsiye ederim.”

5. TARTIŞMA

Giderek artan kanıtlar, sağlık-uzun ömür, etkin iletişim becerisi ve gelişmiş toplum yararı gibi sağlığı önemli ölçüde iyileştiren özelliklerin ÖİÖ'nün yüksek düzeyde olması ile ilgili olduğunu göstermektedir (Diener, Oishi & Tay, 2018; Gencer 2018). Bakım verenlerin ruhsal ve fiziksel sağlığının geliştirilmesi, hem toplumun, hem bakım verenlerin hem de bakım verilen bireyin sağlığı yönünden önem kazanmaktadır (Abedi ve ark., 2020; Behrouian ve ark., 2020). Bakım verenlerin etkin iletişim becerilerinin iyileştirilmesi ile hem hastaların hem de bakım verenlerin psikososyal sağlığı ile birlikte ÖİÖ düzeyi artabilecektir (Chien ve ark., 2020). Az sayıda çalışma (Razei ve ark., 2018; Gharavi ve ark., 2018) iletişim becerilerine yönelik psikoeğitimin şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin ÖİÖ'sü üzerinde olumlu etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Bu çalışma; İBOP'un etkinliğini şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin ÖİÖ'sü üzerinde değerlendiren, genel psikoeğitim grubunun da dahil olduğu iki girişim ve bir kontrol grubu randomize-kontrollü ve etkinliğin uzun vadeli sonuçlarını izleyen, tekrarlayan ölçümlü bir tasarımda yürütülmesi kapsamında önemlidir.

Bu bölümde, İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'nın şizofreni tanılı bireylerin bakım verenlerinin Öznel İyi Oluşu'na etkisini ortaya koymak amacıyla yapılan araştırmadan elde edilen bulgular ilgili literatür doğrultusunda tartışıldı.

Sonuçlar, araştırmanın hipotezleri ile paralel biçimde, grup içi ve gruplar arası karşılaştırmalarla ele alınarak üç başlıkta sunuldu:

5.1. Katılımcıların bireysel- bakım vermeye ilişkin özellikleri ve bakım veren bireylerin iletişimde yaşadıkları sorunların tartışılması (Tablo 4.1- 4.4. arası) ,

5.2. Uygulanan Psikoeğitim Programlarının ÖİÖ düzeylerindeki etkisine ilişkin grup içi ve gruplar arası karşılaştırmaların tartışılması (Tablo 4.5),

5.3. İBOP katılımcılarının uygulanan girişimle ilgili görüşlerine ait bulguların tartışılması (Tablo 4.6).

5.1. KATILIMCILARA İLİŞKİN BİREYSEL ÖZELLİKLERİN ve İLETİŞİMDE YAŞADIKLARI SORUNLARIN TARTIŞILMASI

Şizofreni, dünyadaki en şiddetli ruhsal bozukluklardan biridir ve biliş, duygulanım ve algıyı ciddi şekilde bozmaktadır (Charlson ve ark., 2018; Razei ve ark., 2018). Dünya çapında yaklaşık 21 milyon kişi şizofreni ile mücadele etmektedir (Charlson ve ark., 2018). Şizofreninin birey üzerindeki biyopsikososyal sağlık etkilerinin yanı sıra, bakım verenler ve aile üyeleri önemli ölçüde ek sıkıntı yaşamaktadır (İçel & Aydoğan, 2022; Arslantaş, 2018; Ak ve ark., 2012). Bakım verenler, şizofreni hastalığının uzun süreli doğası nedeniyle önemli ölçüde strese maruz kalmakta (Brain ve ark., 2018; Chadda, 2014) ve özellikle birey hastaneden taburcu olduktan sonra iş ve sosyal iletişimlerinde çok sayıda zorlukla karşılaşmaktadır (Labrum & Newhill, 2021; Gater ve ark., 2014).

Bakım verenlerin ÖİÖ düzeylerinin artırılmasını hedefleyen bu çalışmada grupların tüm özelliklerinin birbirine benzer olduğu saptanmıştır ($p>0,05$, Tablo 4.1). Literatür incelendiğinde şizofreni tanısı olan bireylere bakım verenler ile yapılan çalışmalarda benzer özellikteki bireylerle çalışıldığı görülmektedir (Abedi ve ark., 2020; Behrouian ve ark., 2020; Gharavi ve ark., 2018).

Bu çalışmada, katılımcıların çoğunun orta yetişkinlik döneminde olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda şizofreni tanılı bireylere bakım verenlerin yaş ortalamasının bu çalışmadaki bulgularla benzer olduğu görülmüştür (Durmaz & Okanlı, 2021; Flyckt ve ark., 2013). Behrouian ve ark.'nın (2020) bakım verenlere duygu düzenleme eğitimi verdikleri çalışmalarında ($n:70$) yaş ortalaması müdahale grubunda $46,68 \pm 15,50$, kontrol grubunda $45,34 \pm 12,63$ olarak belirtmişlerdir.

Tüm gruplarda katılımcıların çoğunluğunun kadın olduğu görüldü. Behrouian ve ark.'nın (2020) bakım verenler ile yaptıkları çalışmalarında da kontrol %82,9 ve müdahale %62,9 olmak üzere örnekleminin çoğunluğu kadındı. Bakım veren bireylerin çoğunlukla kadın olması, toplum tarafından kadınlara yüklenen bakım verme rolüyle ilişkili olabilir. Öte yandan, bazı araştırmalar ÖİÖ'nün kadınlar için erkeklerden daha kötü olma eğiliminde olduğunu bildirmekle beraber (Ma, Zang & Ye, 2015; Patel ve ark., 2021) kadınlar ailedeki bireylerin hastalığına duyarlı ve daha fazla etkilenmekte, daha derinden üzüntü hissetmektedir (Kim & Müeser, 2011). Söz konusu durumun da çalışmadaki katılımcıların ÖİÖ düzeylerinin genel nüfustan daha düşük olmasının bir sebebi olabileceği düşünüldü. (Yolcu & Bakar;

2019). Ayrıca, çalışmadaki kadın oranının fazla olmasının sonuçların genellemesi açısından sınırlılık getirebileceği düşünülebilir.

Şizofreni tanısı olan bireylerin bakım verenlerinin evli olması, sosyal destek ve bakıma katkı sağlaması yönünden değerli görülmektedir (Kate ve ark., 2013). Bu çalışmada katılımcıların çoğunluğunun evli olduğu bulundu. Bu bulgu ulusal ve uluslararası araştırmalarla örtüşmektedir (Gharavi ve ark., 2018; Ong, Ibrahim & Wahab, 2016; Cunkuş, 2016; Kızılırmak, 2014; Kate ve ark., 2013).

Bakım verenlerin çoğunluğunun öğrenim durumu ilköğretim düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Bu sonuç, ulusal çalışmalar (Cunkuş, 2016; Kızılırmak, 2014; Duran, 2014) ile uyumlu olmakla beraber uluslararası çalışmalarla (Gupta ve ark., 2015; Gater ve ark., 2014; Kate ve ark., 2013) örtüşmemektedir. Bu durumun ülkemizin eğitim düzeyi ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı coğrafi bölge ve kültür yapısının etkisi de göz önünde bulundurulabilir. Bakım verenlerin eğitim düzeyinin yaşam kalitelerinin yanı sıra bakım yüküne ve ÖİÖ'ya katkıda bulunan bir faktör olabileceği kaydedilmiştir (Hou ve ark., 2022; Gater ve ark., 2014).

Her üç grupta da bakım verenlerin çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmadığı saptandı. Brain ve ark., (2018) ve Chadda (2014) bakım verenlerin işten fazla izin alma ve sorumluluklarını yerine getirememesi gibi nedenlerden dolayı çalışma durumlarının etkilendiğini vurgulamaktadır. Ayrıca katılımcıların çoğunluğunun kadın olması ve ilköğretim düzeyindeki öğrenim durumlarının bu sonuca yol açtığı düşünülebilir. Bu sonuç, aynı zamanda bakım verenlerin mali olarak da güçlük çekmesine neden olmaktadır (Kamil & Velligan, 2019; Gater ve ark., 2014). Bu çalışmada da bakım verenlerin yarısından fazlası gelirinin giderini karşılamadığını belirtmişlerdir.

Katılımcıların üçte birinden fazlası tedaviyi görmeyi gerektiren fiziksel sağlık problemi olduğunu bildirdi. Şizofreni tanısı olan bireye bakım vermek bakım verenlerin fiziksel sağlığını etkilediği düşünülebilir (Gater ve ark., 2014). Cunkuş (2016) tarafından gerçekleştirilen başka bir çalışmada, şizofreni tanılı bireylere bakım veren bireylerin %36,2'si fiziksel sağlık problemi bildirmişlerdir.

Tüm gruplardaki katılımcıların çoğunluğunun çekirdek aileye sahip olduğu görüldü. Cunkuş (2016)'un şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleri ile yaptığı çalışmada %62,7'sinin çekirdek aileye sahip olduğu, Durmaz (2015)'in şizofreni tanılı bireye bakım veren aile

üyelerinin kişilerarası ilişkiler terapi teknikleri ve psikoeğitimin bakım yüküne etkisini incelenmek amacıyla yapmış olduğu çalışmasında da katılımcıların %85,6'sının çekirdek aileye sahip olduğu belirtildi. Bu çalışmadaki bulgular diğer çalışma bulguları ile benzerlik göstermektedir. Ülkemizde son yıllardaki kentleşme bu konuda etkili olmuş olabilir.

Bakım verme ile ilgili özellikler incelendiğinde ise; bakım verilen birey ile yakınlık “ebeveyn” ve “eş” düzeyindedir. Bu bulgu şizofreni tanısı alan bireylerin bakım verenlerinden ile oluşan örneklerle yapılan önceki araştırmalarla tutarlıdır (Kamil & Velligan, 2019; Razei ve ark., 2018; Ong, Ibrahim & Wahab, 2016; Gater ve ark., 2014). Literatür incelendiğinde; eş ve ebeveyn rolünde olan bakım verenler daha yüksek düzeyde olumsuz duygulanım ve düşük düzeyde ÖİÖ bildirmektedir (Hsiao ve ark., 2020; Mohammed & Ghaith, 2018, Gupta ve ark., 2015; Hammond, Weinberg & Cummins, 2014) Ebeveynlerin, ileri yaş nedeni ile fiziksel sağlık sorunlarının olması, eşlerin ise evlilik ilişkilerinin bozulması ve sorumlulukların artması dolayısıyla daha fazla duygusal yük ve daha düşük iyilik hali yaşadıkları ileri sürülmektedir (Li, Wister, & Mitchell, 2021; Hsiao ve ark., 2020) Buna göre, bu çalışmaya katılan bakım verenlerin risk grubunda olduğu düşünülebilir.

Bakım verme süresi, tüm gruplarda ortalama 10 yıl üstü olarak saptandı. Uzun bakım verme sürelerinin şizofreni hastalığının kronik özelliği ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Uzun bakım verme sürelerinin bakım verenlerin yaşadığı yükün derinliğinde önemli bir rol oynamakla (Aubeeluck & Luximon-Ramma, 2020) beraber; bakım verenin deneyimin artması ve hastalığı yönetme becerilerini geliştirmesi nedeniyle stresi ve yükünü de azaltabileceği ileri sürülmektedir (Ong, Ibrahim & Wahab, 2016).

Bu çalışmada, bakım alan bireylerin gruplara göre ortalama hastane yatış sayılarının; IBOP grubunda 3, GEP grubunda 2 ve kontrol grubunda 5 olarak belirlendi. Möller-Leimkühler & Wiesheu, (2012) şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleri (n: 102) ile yaptıkları çalışmalarında ortalama hastane yatış sayısını 6 olarak belirlemiş olup çalışmanın bulguları ilke benzerdir. Tekrarlayan hastane yatışlarının bakım verenlerin işlevselliği üzerinde olumlu ve olumsuz etkileri olabilmektedir. Olumlu etki olarak bakım verenler, bakım verdikleri birey ile ilişkilerinin geliştiğini ve daha derin bir bağ kurduklarını belirtmişlerdir. Olumsuz etki olarak, hastane yatışları bakım veren için hem fiziksel hem de mali yük getirmektedir. Birçok bakım veren, hastane yatışı sonrası, damgalanma, günlük yaşamda aksamalar, daha kötü genel sağlık, uyku ve yeme düzeninde değişiklikler, ekonomik sorunlar ve ilişkilerde değişiklikler yaşadıklarını bildirmektedir (Weller ve ark.,

2015). Nüksün prognoz üzerinde negatif etkisi göz önüne alındığında da bakım verenler, bakım verdikleri bireyin işlevselliğinde yeni bozulmalarla karşı karşıya kalmaktadır (Jobe & Harrow, 2010). Yaşanan damgalanma, temel ihtiyaçları karşılamada düzenin bozulması ve ekonomik sıkıntıların, bakım veren bireyin, ÖİÖ'nün bir ögesi olan yaşam doyumunu etkileyerek ÖİÖ düzeyinde olumsuz etki yapabileceği düşünülebilir.

Bu çalışmadaki katılımcıların bakım verme sırasında diğer yakınlarından yetersiz destek aldıkları belirlendi. Çalışmada elde edilen bu bulgu, ulusal ve uluslararası yapılan çalışmalarla (Gray & Pattaravanich, 2020; Yu ve ark., 2018; Duran, 2014) uyumludur. Araştırmalara göre bakım sorumluluğunu tek başına üstlenen bakım verenlerde yük düzeyi daha yüksektir (Cunkuş, 2016; Kızılırmak, 2014). Sosyal desteğin, bakım verme ile ilişkili olumsuz etkilere karşı bir tampon görevi gördüğü (Mohammed & Ghaith, 2018; Raj, Shiri & Jangam, 2016) göz önüne alınırsa bakım verenlerin ruhsal durum ve refah düzeyi olarak risk grubunda olduğu söylenebilir.

Katılımcıların girişimler öncesi gruplara göre Zarit Bakım Yüğü Ölçeği puan ortalamaları incelendiğinde; bakım yüklerinin “orta-şiddetli” bandında olduğu görülmüştür (Söğüt & Dündar, 2017). Bakım verenlerin, ölçekteki sorulara “bakmak zorundayız”, “başka nereye gidecek”, “bu da bizim sınavımız”, “atamayız” gibi ifadeleri ile çekingen ve başka yol olmadığını ima eden cevaplar verdikleri gözlenmiş olup, ölçek maddelerine yanıtlarına yansımış olabilecektir. Ek olarak, olumsuz cevap verdiklerinde “şikayet” ya da “isyan” gibi görüneceğini düşünmüş olabilirler. Ayrıca, bazı bakım verenler bu soruların cevapları ile ilgili maddi desteklerinin kesileceği ile ilgili endişelerini dile getirmiştir. Bu subjektif algılamalar, sonuçlar üzerinde etki etmiş olabilecektir.

Ülkemizde şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleri ile yapılan çalışmalarda, Zarit Bakım Yüğü Ölçeği puanları; Durmaz & Okanlı, (2021), $66,3 \pm 7,4$; Karaağaç & Var, (2019), $64,78 \pm 14,23$; Özlü, Yıldız & Aker, (2015), $60,45 \pm 9,9$ olarak bulunmuştur. Uluslararası çalışmalarda ise, Japonya’da, 44,5; İran’da 65,1; İtalya’da 49,68; Hindistan’da, 45,7; İspanya’da, 86,3 olarak bulunmuştur (Rahmani ve ark., 2022; Di Lorenzo ve ark., 2021; Yu ve ark., 2018; Fujino & Okamura 2009; Caqueo-urizar, Meldonado & Castillo 2009). Genellikle, şizofreni olan bireylerin bakım verenlerinin şiddetli ve ağır yük bildirdikleri görülmektedir. Bu çalışmada bakım verenler duygu ve düşüncelerini bahsedilen nedenlerden dolayı ifade etmekten çekindiği için, yük puan ortalamaları bazı çalışmalara göre daha düşük olabilecektir (Durmaz & Okanlı, 2021; Caqueo-urizar, Meldonado & Castillo 2009). İlaveten,

çalışılan örneklem sayısı, yaş ve bakım süreleri gibi değişkenlerin de yük düzeyinde farklılıklar ortaya çıkardığı düşünüldü (Yu ve ark., 2018).

Çalışma bulgularına göre şizofreni tanısı olan bireylere bakım verenlerin en çok yaşadıkları iletişim sorunları sırasıyla; şizofreni tanılı bireyin tuhaf konuşmalar ve davranışlar sergilediğinde iletişim kurmakta ve aynı cümleleri tekrar etmekte zorluk, kendilerini ve duygularını ifade etmekte güçlük, şizofreni tanılı birey öfkelenildiğinde davranışları kontrol edememe ve iletişimlerinin bozulması, bireyin yaşadıklarına empati yapamama ve onları dinlemekte güçlütür. Son yıllarda ulusal ve uluslararası literatürde şizofreni tanılı bireye bakım verenlerin benzer şekilde iletişim sorunları yaşadıkları gösterilmiştir (Durmaz & Okanlı, 2021; Gharavi ve ark., 2018; Sabancıoğulları & Tel, 2015). Literatürde bakım veren ve şizofreni tanılı birey arasındaki olumsuz etkileşimler bakım yükünü artıran faktör olarak değerlendirilmekle birlikte, bu durumun çoğu zaman diğer aile üyeleri ve arkadaşları ile olan ilişkilerini de olumsuz yönde etkilediği belirtilmektedir (Kamil & Velligan, 2019). Bakım veren ve ailelerin bu konuda bilgiye ve nasıl baş edecekleri ile ilgili yardıma ihtiyaç duydukları yapılan araştırmalarda saptanmıştır (Ong, Ibrahim & Wahab, 2016; Sabancıoğulları & Tel, 2015; Gater ve ark., 2014).

5.2. UYGULANAN PSİKOEĞİTİM PROGRAMLARININ KATILIMCILARIN ÖZNEL İYİ OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİNE İLİŞKİN GRUP İÇİ ve GRUPLAR ARASI KARŞILAŞTIRMALARIN TARTIŞILMASI

Şizofreni tanılı bireye bakım vermenin getirdiği ekonomik, psikolojik ve sosyal yükün, bakım verenlerin ÖİÖ'sunu etkileyebileceği kabul edilmektedir (Mohammed & Ghaith, 2018, Gupta ve ark., 2015). Bakım verenlerin şizofreni tanılı bireylerin tedavisi ve rehabilitasyonunu sürdürmek için çok önemli olduğu kabul edildiğinden, onların ÖİÖ düzeylerini yükseltmek önemlidir (Duran & Barlas 2016; Hammond, Weinberg & Cummins, 2014; Arslantaş ve Adana, 2011).

Çalışmada, her üç grupta bakım verenlerin ÖİÖ ön test puan ortalamalarının; İBOP grubunda 157.81 ± 26.38 , GEP grubunda 150.95 ± 25.39 ve kontrol grubunda 169.14 ± 21.10 olduğu tespit edildi (Tablo 4.5). Ölçek puanının yüksek olması ÖİÖ düzeyinin iyi olduğunu göstermektedir (Tülek, 2011). Bu çalışmada, bakım verenlerin ÖİÖ düzeyi orta seviyede bulundu. Duran (2014) zihinsel engelli çocuğa sahip olan ebeveynler üzerinde yaptıkları

çalışmada, ebeveynlerin ÖİÖÖ puan ortalamalarını 154 ± 3 olarak bulmuş olup, bu çalışmanın bulgusu ile örtüşmektedir.

Otizm spektrum bozukluğu, zihinsel engelli ve fiziksel engelli bireylerin bakım verenlerinden oluşan bir örnekleme ($n = 176$) ÖİÖ, normal düzeyin altında ve özellikle Otizm spektrum bozukluğu olan bireylerin bakım verenlerinde daha düşük olduğu belirtilmiştir (Werner & Shulman, 2013).

Avustralya’da kronik, fiziksel, engelli, yaşlı ve ruhsal hastalığı bulunan bireylerin 3.824 bakım vereninin ÖİÖ’su üzerinde yapılan bir çalışmada ortalama ÖİÖ düzeyi, genel nüfusun ortalamasından önemli ölçüde düşük olarak tespit edilmiştir (Hammond, Weinberg & Cummins, 2014).

Noguchi ve ark. (2020) Japonya’da kanser hastalarının bakım verenleri ($n:5080$) ile yaptığı çalışmalarında bakım yükü fazla katılımcıların ÖİÖ düzeyinin, bakım yükü az olanlara göre daha düşük olduğunu belirtmişlerdir. Benzer şekilde Pakistan’da yapılan çalışmanın bulgularında da bakım yükü fazla olan fiziksel engelli ($n: 50$) ve demansı ($n: 50$) olan yaşlıların bakım verenlerinin ÖİÖ düzeyleri düşük bulunmuştur (Shakeel ve ark., 2015). Bu sonuçlar, çalışmada belirlenen grupların ÖİÖ düzeyi girişim öncesi puan ortalamaları ile benzerlik göstermektedir. Neticede, bakım verenler tarafından bu bildirilen düşük düzeydeki ÖİÖ, yalnızca bireysel özelliklerin bir sonucu olmadığına dair bir gösterge olabilir. Daha ziyade bu, bakım rolünü üstlenmenin getirdiği zorlukların bakım verenin ruh sağlığı ve refahı açısından risklerinin olabileceğinin bir yansıması olabilir.

ÖİÖ, fizyoloji ve sağlıkla ilişkilidir (Gencer, 2018; Hamama & Sharon, 2013). Yüksek ÖİÖ, daha düşük ölüm oranı, inme oranları ve daha az ağrı ile ilişkilendirilmiştir (Hansson ve ark., 2020). Ayrıca yüksek ÖİÖ’ya sahip bireyler, zihinsel olarak sağlıklı bir yaşam tarzı sürdürürler, daha aktif ve açık düşünürler, yaşamları üzerinde daha fazla kontrol duygusuna sahiptirler, stresli durumlarla daha iyi başa çıkarlar ve yaşamda kendilerine hedefler koyarlar. Yakın ilişkiler kurabilen ve sosyal ilişkilerinde başarılı bireylerdir. Düşük ÖİÖ ise; düşünce-eylem dağarcığını daraltır, dikkati azaltır (Han, Kim & Hong, 2021; Abdullahi ve ark., 2020). Hem bireysel olarak fiziksel ve zihinsel sağlıklarının korunması ve geliştirilmesi hem de şizofreni tanılı bireylerin nitelikli bakım alması yönünden bakım verenlerin ÖİÖ’sunun iyileştirilmesi önemlidir.

Bu bağlamda, bakım veren bireylerin kendilerini daha iyi tanımaları ve ifade etmelerini sağlamak, olumlu-olumsuz duygularını ifade etme becerilerini artırmak, sosyal ve aile içi ilişkilerini geliştirmek, etkili iletişim becerilerini aktif kullanmalarını sağlamak, öfke ile başa çıkma ve etkili problem çözme becerisi kazanmalarını, kısacası bireylerin iletişim becerilerini geliştirerek ÖİÖ'lerini artırmak üzere İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim programı literatüre dayalı olarak oluşturuldu. Ardından geliştirilen bu programın bakım verenlerde ÖİÖ'yu geliştirmede etkili olup olmadığı değerlendirildi ve programın ÖİÖ düzeyini artırmada etkili olduğu görüldü.

İBOP grubunda yer alan bakım verenlerin grup içinde girişim öncesine göre **girişim sonrası** puanlarında ÖİÖ düzeylerinde anlamlı ve önemli bir artış saptandı. İBOP programının, ÖİÖ puanları üzerindeki olumlu etkisini görmek amacıyla yapılan izlem testlerinde; son test puan ortalaması (203.24 ± 20.45) ile izlem1 testi (217 ± 13.26) ve İzlem2 testi (213.52 ± 17.26) puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamasına rağmen izlemlerde puan ortalamaları yükseldi (Tablo 4.5). Bu bulgu, İBOP grubunda uygulanan müdahalenin sonucunda elde edilen yüksek ÖİÖ düzeyinin korunduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar, aile ve bakım verenlerin sürekli desteklenmeleri gerektiğini düşündürmektedir.

Ulusal ve uluslararası literatürde çeşitli hastalığı olan bireylere bakım verenlerin ÖİÖ'sunu artırmaya yönelik yapılmış girişimsel müdahaleler bulunmaktadır (Hvalic-Touzery, Smole-Orehek & Dolnicar 2022; Han, Kim & Hong, 2021; Fuller-Tyszkiewicz ve ark., 2020; Karimi ve ark., 2019; Pankong ve ark., 2018, Duran & Barlas, 2016). Bu müdahaleler, psikoeğitimsel müdahalelerden tele-uygulamaya kadar değişen özellikte girişimlerdir. Yapılan çalışmalarda, psikoeğitimsel müdahalelerin bakım verenlerin bilgi gereksinimini karşıladığı, öz-etkililik, öz-yeterlik, yaşam kalitesi üzerine olumlu etkilerinin bulunduğu ve bakım yükünü azalttığı bulunmuştur (Durmaz & Okanlı, 2021; Gharavi ve ark., 2018; Razei ve ark., 2018; Altan-Sarıkaya, 2017; Duran, 2014; Günal, 2014). Bu çalışmalara bakıldığında iletişim becerilerinin farklı öğeleri ele alınmakla beraber, bakım verenlerin farklı alanlarına etkisi incelenmiştir:

Kaufman ve ark., (2010) şizofreni tanısı alan çocukların ebeveyn bakım verenlerine çok boyutlu bir problem çözme müdahalesi (on oturum) uygulamış ve girişim grubu katılımcılarının kontrol grubundaki katılımcılara kıyasla yaşam doyumunda, duygusal iyi oluşunda artış ve yük duygularında azalma saptamıştır.

Karimi ve ark., (2019)'nın yaşam kalitesi müdahalesinin madde kullanım sorunu olan bireylerin bakım verenlerinin stres ve yaşam doyumları üzerindeki etkililiğini değerlendirdikleri çalışmalarında, yedi oturum yaşam kalitesi grup danışmanlığı uygulanmıştır. Müdahaleden on iki hafta sonra, bakım veren bireylerde stres düzeyinin azaltılmasında ve yaşam doyumunun artırılmasında anlamlı düzeyde olumlu etki yaptığı bulunmuştur.

Bakıma muhtaç yaşlıların bakım verenlerinin tele-bakım işlevlerini kullanırken öz-yeterlik ile ÖİÖ arasındaki ilişkileri ve algıları değerlendiren bir çalışmada, tele-bakım kullanımının, daha yüksek öz yeterlik ve ÖİÖ düzeyine katkıda bulunabileceğini saptamışlardır (Hvalic-Touzery, Smole-Orehek & Dolnicar 2022).

Pankong ve ark., (2018) demansı olan yaşlı bireylerin bakım verenleri arasında bakım vermenin olumlu yönlerini ve ÖİÖ'yu geliştirmeye yönelik bir programın etkinliğini incelemiştir. Bakım Vermenin Olumlu Yönlerini Geliştirme Programı, bakım verme öz-yeterliğini artırma, maneviyatı keşfetme ve algılanan sosyal desteği artırmayı içermektedir. Programın uygulanmasından sonra 8, 12 ve 20. haftalarda yapılan izlemlerde bakım verenlerin ÖİÖ düzeyinin önemli ölçüde arttığı tespit edilmiştir.

Fiziksel veya zihinsel engelli bireylere bakım verenler için kendi kendine yönlendirilen mobil uygulama tabanlı psikolojik müdahalenin etkinliğini değerlendiren bir çalışmada, müdahale grubunda iyimserlik, benlik saygısı, sosyal destek ve ÖİÖ düzeylerinde kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde yükselme saptanmıştır. Müdahale, metin, video, ses ve grafikler gibi yardımcı araçlarla psikoeğitim ve bir dizi etkinlik sağlamaktadır (Fuller-Tyszkiewicz ve ark., 2020).

Han, Kim & Hong tarafından (2021), simülasyona dayalı bir empati geliştirme programı ile derse dayalı bir eğitim programının demanslı kişilerin bakım verenlerinin iyi oluşlarında etkisi değerlendirilmiştir. Simülasyon programının eşlik ettiği ders programı, tek başına ders programına göre mutluluk açısından daha yüksek iyilik hali sağladığı bulunmuştur (Han, Kim & Hong, 2021). Çalışmada da İBOP katılımcılarının ÖİÖ düzeyindeki artış da bu literatür sonuçları ile paraleldir.

Literatürde bakım verenlere yönelik yapılan bu çalışmalarda yapılan müdahalelerin etkili olduğu görülmekle beraber iletişim becerilerini ele alan psikososyal girişimlerin ÖİÖ'ya etkisine yönelik bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu doğrultuda bu çalışma, şizofreni tanısı olan

bireylerin bakım verenlerine yönelik İletişim Becerilerine Odaklı Psikoeğitim'in Öznel İyi Oluşları'na etkisini değerlendirmesi yönünden önemlidir.

Etkili iletişim, bakım kalitesini artıran, bakım vermekten memnuniyeti ve bakım verdikleri ve sosyal çevrelerindeki kişilerle olumlu ilişkiyi sağlayan, bakım verenlerin yükünü, tükenmişliğini ve sıkıntısını azaltan ve iyi oluşlarını artıran, birey merkezli bakımın temel bir bileşeni olduğundan, bakım verenlerin iletişim becerilerini iyileştiren müdahalelerin geliştirilmesi gerekmektedir (Razei ve ark., 2018; Kouri, Ducharme & Giroux, 2011; Savundranayagam, & Orange, 2011).

ÖİÖ düzeyi, bireylerin iletişim becerilerini etkili kullanabilmelerinden ve yeterli iletişim kurabilmelerinden etkilenmektedir (Eryılmaz, 2012). Dolayısıyla şizofreni tanılı bireylerin bakımında önemli yapı taşlarından olan bakım verenlerin iletişim sorunlarını çözmenin ve iletişim becerilerini geliştirmenin ÖİÖ düzeylerini artırabileceği düşünülmektedir. Bu çalışmada da İBOP katılımcılarının iletişim becerilerinde görülen olumlu gelişmelerin, girişim öncesine göre girişim sonrası ve izlem aşamaları sonucunda ÖİÖ düzeyini anlamlı yükselttiği görüldü (Tablo 4.5).

Çalışma sonucunda, gruplar arasında fark kapsamında, İBOP grubundaki bakım verenlerin ÖİÖÖ **girişim sonrası** ile GEP grubu girişim sonrası puan ortalamaları arasında İBOP grubu lehine anlamlı bir farklılık olduğu bulundu. Bu doğrultuda H_1 hipotezi doğrulandı.

Ancak, İBOP ve GEP gruplarında **izlem1** ve **izlem2** puan ortalamaları arasında, İBOP grubunda yüksek olmakla beraber, anlamlı bir farklılık bulunmadı. Bu doğrultuda; H_2 hipotezi doğrulanamadı anlamına gelen bu sonuçlar doğrultusunda, İBOP ile GEP girişimlerinin hedef grupta hedef çıktıda bendzer etkiler oluşturan iki yapı olduğu anlaşılabilmektedir.

İBOP grubu bakım verenlerinin girişim sonrası ile kontrol grubu **girişim sonrası** puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık saptandı. Bu fark, analizde İBOP grubu lehine olduğu görüldü ve H_3 hipotezi doğrulandı.

İBOP grubunun ÖİÖÖ **izlem1** ve **izlem2** puan ortalamaları ile kontrol grubunun İzlem1 ve izlem2 puan ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık vardı. Analizde, İBOP grubunun lehine bir farklılık saptandı ve bu sonuca göre H_4 hipotezi doğrulandı (Tablo 4.5).

Ek olarak, GEP grubu bakım verenlerinin girişim sonrası. izlem1 ve izlem2 puan ortalamaları ile kontrol grubu arasında ise anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo 4.5).

Bu çalışma şizofreni tanılı bireylerin bakım verenleri ile yapılan İBOP girişimini GEP girişimi ile karşılaştırdı. Bu çalışmadaki niceliksel karşılaştırmayla elde edilen bulgular ve başka çalışmalarda bildirilen GEP'in göreceli etkinliğine ilişkin bulgular, (Razei ve ark, 2018; Al-HadiHasan, Callaghan & Lymn, 2017) her iki müdahalenin ÖİÖ üzerine etkili olduğunu gösterdi. Bunun sebebinin olası bir açıklaması, psikososyal girişimlerde ortak paylaşımların ve yeni ilişkiler kurmanın yarattığı olumlu değişim olabilir (Al-HadiHasan, Callaghan & Lymn, 2017). Diğer bir açıklama ise bakım verenlerin kendileriyle de ilgilendiğini hissetmesiyle birlikte her iki girişimi de etkili olarak görmeleri olabilir (Batchelor ve ark., 2022). Benzer şekilde de kronik ruhsal hastalığı olan bireylerin aile üyeleriyle yapılan eski tarihli bir çalışmada, hastalık hakkında bilgi ve destek sağlamayı vurgulayan bir psikoeğitimsel girişim ile aileler arasındaki etkileşimleri vurgulayan terapötik ittifak odaklı bir aile girişimi karşılaştırılmış ve her iki grupta da katılımcıların aile tükenmişliği, aile iyi oluşları ve fiziksel sağlıkları üzerinde aynı etkiler saptanmıştır (Levy-Frank ve ark., 2012). Aynı çalışmada, psikososyal müdahalelerin kişilerarası etkileşim ve iletişim becerilerini ele alacak şekilde tasarlanması önerilmiştir.

Ayrıca bu çalışmada, ÖİÖ izlem1 ve izlem2 testi puan ortalamalarının İBOP ile GEP grupları arasında anlamlı olmamasına rağmen; İBOP grubu katılımcılarının ÖİÖ düzeyinde görülen artışın daha yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4.5). Bu durumda, daha büyük sayıda ve farklı gruplarla çalışmanın tekrarlanması sonucların yeniden ele alınmasında yararlı olacağı düşünüldü. Öte yandan, puan ortalamalarının daha yüksek olmasının İBOP'un kişilerarası ilişkileri daha iyi geliştirmesi ve bakım verenlere davranış değişikliği motivasyonunu daha çok sağlaması ile ilgili olabileceği düşünüldü.

Çalışmada grup içi karşılaştırmalarda dikkat çeken bir bulgu da genel psikoeğitimin uygulandığı GEP grubunda ÖİÖ puan ortalamasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmasıdır. Grup içinde puan ortalamaları incelendiğinde ortaya çıkan anlamlı farklılığın girişim öncesi ile girişim sonrası ve izlem testleri arasındaki farktan kaynaklandığı bulunmuştur (Tablo 4.5). Genel psikoeğitim programında 3. ve 4. oturumlarda ele alınan iletişim, stresle başetme ve problem çözme konularının ÖİÖ düzeyinin artmasında etkili olabileceği düşünüldü. Benzer şekilde, Duran (2014) zihinsel engelli çocukların ebeveynlerine, aile içi etkileşim, stresle başetme, duyguları tanıma ve ifade etme konularına

yer verdiği psikoeğitim programını uygulamış, ebeveynlerin ÖİÖ düzeylerinde kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde bir yükselme saptamıştır. Bu sonuç, çalışma bulgularını desteklemektedir. İlaveten, GEP katılımcılarının ÖİÖÖ puan ortalamalarının anlamlı artışı, ÖİÖ düzeyinde önemli bir etken olan sosyal destek faktörünü akla getirmektedir. Örneğin, yeni arkadaşlar edinerek ve program sonrası görüşmeye devam ederek sosyal ağlar geliştirilebilir. Deneyim paylaşımında bulunarak kazanılan duygusal destek, kendine ayrılan zaman ve yalnız olmadığının farkına varmanın damgalamayla mücadelede katkısı ile ÖİÖ ve ruhsal durumda bir iyileşmeye yol açtığı kabul edilebilir (Sibitz ve ark., 2007; Chen ve ark., 2004).

Bu çalışmanın sonuçları da, farklı hastalık tanısı olan bireylere bakım verenlere uygulanan psikoeğitim programlarının ÖİÖ düzeyini artırdığını desteklemiş olup yurt içi ve yurt dışı çalışmalar ile paralellik göstermektedir (Hvalic-Touzery, Smole-Orehsek & Dolnicar 2022; Han, Kim & Hong, 2021; Karimi ve ark., 2019; Pankong ve ark., 2018, Duran & Barlas, 2016; Levy-Frank ve ark., 2012).

Çalışma bulgularının diğer dikkat çeken sonuçlarından biri de kontrol grubunda yer alan bakım verenlerin ÖİÖÖ girişim öncesi, girişim sonrası ve izlem puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farkın saptanmasıdır ($p < 0,05$). İzlem 1 puan ortalamaları girişim öncesi ve sonrasına göre anlamlı bulundu. Bakım verenlerde herhangi bir destek veya bilgi gerekip gerekmediği gibi bakım verenin özel ihtiyaçlarının sorulması önemlidir (Batchelor ve ark., 2022; Al-HadiHasan, Callaghan & Lymn, 2017; Harding ve ark., 2012). Çalışma süresince kontrol grubu katılımcıları ile telefonla görüşmede nasıl oldukları ve yaşadıkları sorunlar ile ilgili konuşuldu. Önemsiz dokunuşlar gibi görünen bu kısa görüşmelerin sonucunda bile ÖİÖ düzeyinde artış olabileceği görüldü. Ruh sağlığı hemşireleri, şizofreni tanılı birey ile konuşurken bakım vereni görmezden gelmemesi ve mümkün olduğunca bakımda karar verme sürecine dahil etmesi ÖİÖ'ya katkı sağlayabilecektir (Batchelor ve ark., 2022; Rexhaj ve ark., 2017; Hyde, 2013). ÖİÖ düzeyindeki bu artışın diğer bir sebebi olarak zaman etkisi düşünülebilir; yani çalışma sırasında katılımcılar üzerinde olumlu etkili olan bir ya da daha fazla beklenmeyen olay meydana gelebilir (Köksal, 2013). Çalışma süresince, kontrol grubu katılımcılarının poliklinik kontrollerinde ya da Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri gibi yerlerde bilgi, destek alabileceği ya da eğitime katılmış olabileceği düşünüldü.

5.3. İBOP GRUBU KATILIMCILARININ UYGULANAN GİRİŞİMLE İLGİLİ GÖRÜŞLERİNE AİT BULGULARIN TARTIŞILMASI

İBOP programına katılan bakım verenlerin programa yönelik görüşlerini değerlendirmek için “Grup Sonrası Deneyim Formu” yanıtları incelendi. Formdan elde edilen bulgulara, belirtilen ifadelerde, katılımcıların programı oldukça olumlu değerlendirdikleri görüldü. Bu olumlu yorumların, Cristancho-Lacroix ve ark. (2015)’nın Alzheimer tanılı yakınlarına bakım verenlerden oluşan girişim grubuna uyguladığı web tabanlı psikoeğitim programına ilişkin değerlendirmelerini ele alan çalışmalarından elde ettiği bulgularla tutarlı olduğu görülmektedir. Bu olumlu değerlendirmelerin, hazırlanan program ile bakım verenlere yalnız olmadıkları duygusu kazandırıldığı ve paylaşım yapma fırsatı vererek iyi hissettirmesi sonucu olduğu düşünüldü. Batchelor ve ark. (2022) psikoz tanılı bireylerin bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada, çevrimiçi psikoeğitim ve akran destekli müdahalenin; katılımcıların, başkalarının da benzer zorluklar yaşadığını görerek yalnızlık duygularını azalttığını, benzer deneyimleri paylaşarak anlaşıldıklarını hissettirdiğini açıklamışlardır. Ayrıca bakım verenler hastalık hakkında bilgi artışına çok önem verdiklerini ve rahatlatıcı etkisi olduğunu belirttiler. Bakım verenlerin en çok hastalık ve yönetimi hakkında bilgiye gereksinimleri olduğu önceki çalışmalarda da ortaya konmuştur (Cunkuş, 2016; Sabancıogulları & Tel, 2015; Kızılırmak, 2014).

Bakım verenlerin İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı’nı yararlı buldukları görülmektedir. İletişim becerileri odaklı psikoeğitim programına yönelik değerlendirmelerde, programın içeriğinin bakım verenlerin içinde bulundukları durumu dikkate alarak planlanmış olması etkili olabilir. Ek olarak, program planlanırken edinilen bilgilerin etkinliklerle pekiştirilmesi şeklinde bir içeriğe yer verildi. Örneğin, her oturuma bir ısınma oyunu ile başlanmış ve programda ele alınan tüm kazanımlar etkinlik temelli öğrenmeye dayalı sunuldu. Söz konusu bu düzenlemelerin elde edilen olumlu sonuçlara katkı sağladığı düşünüldü. Ayrıca bakım verenler programın, zengin ve güvenilir bilgi dağarcığına erişim sağlamada ve özgüvenlerini ve anlayışlarını artırarak iyi-olumlu hissetmelerinde etkili olduğunu bildirdiler.

Psikoeğitimsel destek müdahalelerinin grup boyutu, hastalığın yıkıcı etkisi karşısında duygusal desteği, hastalığın kronik doğasına bağlı duruma uyum sağlamayı, duygu ve deneyimlerin paylaşılmasını, bilgi ve pratik alışverişini sağlamaktadır (Silaen, Dewi & Satyadi, 2021; Sin ve ark., 2017; Hale & Cowls, 2015; Levy-Frank ve ark., 2012; Sibitz ve

ark., 2007). Grup, aynı durumu yaşayan insanların paylaşım yapması ve rahatlaması sonucunda katılımcıların anlaşıldığını ve güveni hissettiği küçük bir ekiptir (Al-HadiHasan, Callaghan & Lymn, 2017; Sibitz ve ark., 2007). İzolasyon ve yalnızlık duygusunu hafifleten yeni sosyal ilişkilerin geliştirilmesi, etkili iletişim ve problem çözme stratejilerinin tartışılması neticesinde; değişime, kişiler arası öğrenme ve etkileşim deneyimlerine izin vermektedir (Batchelor ve ark., 2022; Han, Kim & Hong, 2021). Bu çalışmada, İletişim Becerileri Psikoeğitim Programı'nda oluşturulan grup süreci sayesinde, bakım verenler kendilerini daha az yalnız hissettiklerini ifade ettiler. Bazıları, grup tartışmaları sırasında da kendilerine benzer sorunlarla mücadele eden katılımcılarla benzer duyguları ve deneyimleri paylaşmanın olumlu etkisini defalarca anlattılar. Bakım verenler grup içinde paylaştıkları deneyimlerin kendilerini güçlendirdiğini bildirdi. Aynı zamanda program boyunca hissedilen üzüntü ve suçluluk duygularının yerini; program sonunda olumlu duyguların aldığı görülmektedir. Programın bu niteliksel değerlendirmeleri literatür ile benzerlik göstermekle beraber (Batchelor ve ark., 2022; Han, Kim & Hong, 2021; Al-HadiHasan, Callaghan & Lymn, 2017; Sibitz ve ark., 2007), bulguların nicel ölçümleri ile de örtüşmektedir.

Psikoeğitimsel programların ÖİÖ'yu iyileştirme açısından işlevsel olan çeşitli yönlerini belirlemek mümkündür. İlk olarak, bir şizofreni tanısının bakım verenlerde hem damgalama hem de fazla sorumluluk nedeniyle ilişkilerin eksikliğine ve yalnızlık duygularına yol açabileceği düşünüldüğünde, grup içinde aynı deneyimlerden geçen ve aynı sorunları paylaşan insanların varlığı, katılımcıların yalnızlığını hafifletir ve bu kadar yakın bir sosyal ilişkiler ağı sayesinde yeni bir topluluğun parçası olduklarını hissederler (Batchelor ve ark., 2022; Han, Kim & Hong, 2021; Hyde, 2013; Sibitz ve ark., 2007). Sorunları ve duyguları ve aynı zamanda umutları ifade etmek, paylaşmak ve bilmek, bir özgürleşme duygusu ve somut bir psikolojik destek sağladığı için, zorlukları ifade etme ve bir katarsis duygusu yaşama fırsatı sunulur. Özellikle grupta yer almak ve ait olma hissi, benlik saygısını, yeterlilik ve sorumluluk duygusunu ve yararlı olma bilincini geliştirir ve gruptaki diğerlerinin yeteneklerini harekete geçirir (Al-HadiHasan, Callaghan & Lymn, 2017). Bu doğrultuda; bu programa katılan bakım verenlerin karşılıklı destek ve ait olma hissinin geliştiği ve dolayısıyla özgüvenlerinin oluşarak ÖİÖ'ya katkıda bulunduğu ve bunun gelecekteki araştırmalarla büyük gruplarda objektif değerlendirilmesinin gereği düşünüldü (Han, Kim & Hong, 2021).

Al-Hadi Hasan ve ark. (2017)'nın şizofreni tanısı olan bireylerin bakım verenleri ile yaptıkları çalışmada, bakım verenler, psikoeğitimsel programın hastalık konusundaki bilgilerini ve anlayışlarını artırarak sosyal etkileşimlerini geliştirdiğini ifade etmişlerdir. Bu durumda daha güçlü hissederek özgüvenlerinin arttığını belirtmişlerdir. Benzer şekilde, bu çalışmada da bakım verenler, “bilgili olma”, “bilinçli hissetme” ve “farkındalık” gibi düşünce temalarından sıkça bahsettiler. Buna bağlı olarak da “özgüven” ve “güçlü hissetme” gibi duyguların da ön plana çıktığı görülmektedir. Ayrıca, bu bulgular, bakım verenlerin özgüven ve güçlenmeyi artırmada bilgidaki artışın önemini vurgulayan diğer çalışmaların bulgularıyla da uyumludur (Batchelor ve ark., 2022; Al-HadiHasan, Callaghan & Lymn, 2017; Chien ve ark., 2016; Bademli ve Duman 2011; Chen ve ark., 2004).

Bakım verenler çoğunlukla iyi-olumlu, rahat ve güvenli hissettiklerini belirttiler. Aynı zamanda birisinin onları umursamasının ve destek ihtiyaçlarının farkında olunmasının onlara değer verildiği hissini oluşturduğu görüldü. Bakım verenler genellikle kendilerini yetersiz ve bunalmış hissederler (Mohammed & Ghaith, 2018; Gupta ve ark., 2015; Durmaz & Okanlı, 2014). Onlara ilgili davranmak ve bakım verenin yetkinliğini takdir etmek kendisini değerli hissetmesine yardımcı olmaktadır. “Çok iyi ilgileniyorsun” gibi basit bir yorum çok anlamlı olabilir. Herhangi bir destek veya bilgi gerekip gerekmediği gibi bakım verenin özel ihtiyaçlarının sorulması önemlidir (Batchelor ve ark., 2022; Al-HadiHasan, Callaghan & Lymn, 2017; Harding ve ark., 2012). Ruh sağlığı hemşireleri, şizofreni tanılı birey ile konuşurken bakım vereni görmezden gelmemesi ve mümkün olduğunca bakımda karar verme sürecine dahil etmesi ÖİÖ’ya katkı sağlamaktadır (Batchelor ve ark., 2022; Rexhaj ve ark., 2017; Hyde, 2013). Desteklenmediklerini hisseden ve başa çıkacak kaynaklardan (örneğin, hastalık durumu, belirtilerle baş etme ve ilaçları yönetme hakkında bilgi) yoksun olan bakım verenlerin nitelikli bakım verme olasılığı daha düşüktür. Bu da hem bakım verenleri hem de bakım alan bireyleri olumsuz etkileyebilir (Mohammed & Ghaith, 2018). Bundan dolayı bakım verenlerin bakıma katılması için desteklenmesi ve ihtiyaçlarının karşılanması anlamında hemşirelerin önemli farkındalık geliştirmeleri gerekmektedir (Harding ve ark., 2012).

Bakım verenler İBOP’dan yarar sağladıklarını, psikoeğitim programını çok öncesinden almaları gerektiğini ve başkalarına tavsiye edeceklerini ifade ettiler. Bakım verenlerin programın ardından kendi sosyal etkileşimlerinin ve bakım verdikleri birey ile iletişimlerinin arttığını bildirmeleri de önemlidir. Programın, iletişimin bir beceri olarak önemine ve iletişimi

geliştirmedeki bireylerin rollerine ilişkin farkındalıklarını geliştirdiği söylenebilir. Program aynı zamanda şizofreninin sosyal yaşamlar üzerindeki damgalama, duygusal problemler gibi bazı olumsuz etkilerinin etkisini giderebilmektedir. Bu sonuçlar, literatürle uyumludur (Silaen, Dewi & Satyadi, 2021; Razei ve ark., 2018; Sin ve ark., 2017; Petrakis & Laxton, 2017; Kim & Mueser, 2011).

Bakım verenlerden bazıları, zaman ve ulaşım kısıtlamaları nedeniyle gruplara katılmakta sıklıkla güçlük çektiğini ifade etmişlerdir. Bakım verenlerin bakımını üstlendikleri bireyi emanet edebilecekleri başka bir kişi olmaması ve diğer ev sorumlulukları nedeni ile bu sorunu yaşadıkları düşünüldü. Aynı zamanda programın yapıldığı yer şehrin dışında kaldığı için ulaşım açısından zorluklar yaşanmış olabilir. Yapılan birçok çalışmada da bakım verenler aynı zorluklar ve engellerden bahsetmişlerdir (Rexhaj ve ark., 2017; Abreu ve ark., 2015; Harding ve ark., 2012). Bu tür programların ihtiyacı olan bireylere ulaşmasında, bu tür kısıtlılıkların da baştan dikkate alınmasının programa devamlılığı ve katılımcıların görecekları faydayı artırmaya katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

Özetle, bu çalışmada iletişim becerileri ve iletişim sorunları bir psikoeğitim programı dahilinde ele alınmış ve gereksinimler giderilmeye çalışılmıştır. Yapılan İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı ile ÖİÖ düzeyinde anlamlı değişimler gerçekleşmiştir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. SONUÇLAR

Şizofreni tanılı bireylere bakım veren primer bakım verenlerin ÖİÖ düzeyini artırmada İBOP'un etkinliğini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen bu çalışmadan elde edilen sonuçlar:

Bakım verenler, şizofreni tanısı olan bireyle ilişkilerinde, kendini ve duygularını ifade etme, dinleme, empati kurma, iletişimi başlatma ve sürdürme, öfke kontrolünde, karşı tarafı anlamada sorun yaşama gibi iletişime yönelik güçlükler yaşamaktadır.

İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı'na katılım ÖİÖ düzeyini artırmada yararlıdır.

İBOP katılımcılarının, GEP ve kontrol grubuna göre ÖİÖ puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Buna göre İBOP'un ÖİÖ düzeyi üzerine daha etkili olduğu sonucuna ulaşıldı.

GEP uygulanan katılımcıların ÖİÖ düzeyinde de olumlu değişimler meydana geldi. Buna göre İBOP ve GEP'in benzer etkiler oluşturan iki yapı olduğu görüldü.

Uygulama sonrası İBOP katılımcılarının öz bildirimleri ile kendileri ve çevreleriyle iletişimlerine karşı farkındalıklarında artış olduğu, sosyal etkileşimlerinde artış olduğu ve özgüvenlerinin geliştiği belirlendi.

Sonuç olarak, İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Programı bakım verenlerin Öznel İyi Oluşu artırmada etkili, yararlı ve ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireleri tarafından kullanılabilir bir müdahale olduğu düşünüldü.

6.2. ÖNERİLER

Bu çalışmanın sonuçları doğrultusunda gelecek araştırmalar ve uygulamalar için şu önerilerde bulunulabilir;

Mevcut çalışmanın ülkemizde İBOP'un bakım verenlerde ÖİÖ üzerine etkisine yönelik randomize kontrollü yapılan ilk çalışma olması nedeniyle, etkililiğini daha fazla ortaya

koymak amacıyla, benzer gruptaki bakım verenler ile yineleme çalışmalarının yapılması önerilmektedir.

Gelecek araştırmalarda, İBOP'un etkinliğini incelemek amacıyla, farklı ruhsal hastalığı olan bireylerin bakım verenlerine de uygulanmalıdır.

İBOP'un etkinliği daha fazla sayıda örneklem ve daha uzun izlem süreleri ile değerlendirilmelidir.

Psikoeğitim programları planlanırken katılımcıların ulaşım ve zaman koşulları göz önünde bulundurulmalıdır. Psikoeğitim programının yapılacağı yerlerin merkezi konumda olması (Toplum Ruh Sağlığı Merkezi vb.) katılım açısından kolaylık sağlayabilir. Oturumların zamanı bakım verenler ile işbirliği yapılarak belirlenmesi katılımda rahatlık temin edebilir. Ulaşım ve zaman koşulları nedeniyle katılım sağlayamayan bakım verenler için ev ziyaretleri yapılarak eğitimler verilmesi planlanmalıdır. Bu sayede fırsat eşitliği sunulabilir.

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireleri'nin İBOP için gerekli eğitimi almaları, rehabilitasyon hizmetlerinin sunumunda şizofreni tanılı bireylere bakım verenler ile terapötik ilişkiyi geliştirerek tedavi işbirliğini artırabilir.

Ruh Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireleri'nin bakım verenlerde ÖİÖ'yu artırmak ve iletişim becerilerini geliştirmek için İBOP'u psikososyal müdahalelerine entegre etmeleri önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

- Abdullahi, A. M., Orji, R., Rabi, A. M., & Kawu, A. A. (2020). Personality and Subjective Well-Being: Towards Personalized Persuasive Interventions for Health and Well-Being. *Online journal of public health informatics*, 12(1).
- Abedi, Z., Alavi, M., Ghazavi, Z., Visentin, D., & Cleary, M. (2020). Improving coping styles in family caregivers of psychiatric inpatients using planned behavior problem-solving training. *Journal of Nursing Research*, 28, e70. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000320>.
- Abreu, M., Silva, A. L., Costa, N., & Abreu, W. (2015). Psychoeducational programs for informal caregivers of dependent older adults: Barriers to participation. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 629-634.
- Ak, M., Yavuz, K.F., Lapsekili, N., Türkçapar, M.H. (2012). Kronik psikiyatrik bozukluğu bulunan hastaların ve bakım verenlerinin bakım yükü açısından değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 25, 330-337.
- Akgün, R. & Çetin, H. (2018). Üniversite öğrencilerinin iletişim becerilerinin ve empati düzeylerinin belirlenmesi. *MANAS Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 7 (3), 0-0. Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/mjss/issue/43001/520543>
- Akın, B. & Koçoğlu, D. (2017). Randomize kontrollü deneyler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 4(1), 73-92.
- Aktaş, M. C. (2020). *Şizofreni Tanılı Bireylere Bakım Veren Aile Üyelerinin Hasta Kaynaklı Şiddet Deneyimleri: Nitel Çalışma*. Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi.
- Al-Hadi Hasan, A., Callaghan, P., & Lymn, J. S. (2017). Qualitative process evaluation of a psycho-educational intervention targeted at people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan. *BMC psychiatry*, 17, 1-17.
- Altan-Sarıkaya, N. (2017). *Ruhsal bozukluğu olan hastaların yakınlarına uygulanan duygusal gelişim psikoeğitim programının duygu yönetme becerisine ve bakım verici yüküne etkisi*, Doktora Tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul Üniversitesi.
- Amati, V., Meggiolaro, S., Rivellini, G., & Zaccarin, S. (2018). Social relations and life satisfaction: The role of friends. *Genus*, 74, 1-18.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: Author.
- Arısoy, A. ve Taş, M. A. (2020). Kültürel boyutların evde bakım hizmetleri tutumuna etkisi: Burdur ili kent merkezi örneği. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 78: 333-359. <https://doi.org/10.26650/jspc.2019.78.0041>

- Arslantaş, H., Adana, F. (2011). Şizofreninin Bakım Verenlere Yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 3:251-77
- Arslantaş, H. (2018). Psikiyatri hastalarının bakım vericilerinde yük ve baş etme stratejileri. *Türkiye Klinikleri*, 4(1), 39-47.
- Aslan, S., & Bulut, B. (2021). 6. sınıf sosyal bilgiler dersinde etkinlik temelli öğretimin kullanılmasının öğrencilerin çevresel okuryazarlık düzeylerine etkisi. *Turkish Journal of Educational Studies*, 8(1), 85-108.
- Aşçı, Ö., Hazar, G., & Yılmaz, M. (2015). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri ve ilişkili değişkenler. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(3), 160-165.
- Aubeeluck, N. D., & Luximon-Ramma, A. (2020). The burdens of family caregivers of schizophrenia in Mauritius. *SciMedicine Journal*, 2(3), 118-131.
- Avci, D., Yılmaz, F. A., & Koç, A. (2012). Correlation Between Subjective Well Being and Self-Esteem Levels of College Nursing Students. *IAMURE International Journal of Social Sciences*, 2(1), 1-1.
- Awad, GA., Voruganti, LN. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*; 26:149-1
- Bademli, K., & Cetinkaya, D. Z. (2011). Family to family support programs for the caregivers of schizophrenia patients: a systematic review. *Türk Psikiyatri Derg*, 22(4), 255-65.
- Batchelor, R., Gulshan, S., Shritharan, H., Williams, E., Henderson, C., Gillard, S., ... & Sin, J. (2022). Perceived acceptability and experiences of a digital psychoeducation and peer support intervention (COPE-support): interview study with carers supporting individuals with psychosis. *Journal of Medical Internet Research*, 24(2), e27781.
- 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., *Journal of Psychiatric Nursing*, 9(3):175-185.
- Behrouian, M., Ramezani, T., Dehghan, M., Sabahi, A., & Ebrahimnejad Zarandi, B. (2020). The effect of emotion regulation training on stress, anxiety, and depression in family caregivers of patients with schizophrenia: a randomized controlled trial. *Community mental health journal*, 56(6), 1095-1102.
- Bhattacharjee, D., Rai, A. K., Singh, N. K., Kumar, P., Munda, S. K., & Das, B. (2011). Psychoeducation: A measure to strengthen psychiatric treatment. *Delhi Psychiatry Journal*, 14(1), 33-39.
- Binbay, T., Ulas, H., Elbi, H., Alptekin. K. (2011). Türkiye’de Psikoz Epidemiyolojisi: Yaygınlık Tahminleri ve Başvuru Oranları Üzerine SistematiK Bir Gözden Geçirme. *Türk Psikiyatri Derg.*; 22(1): 40-52.
- Blanchflower, D. G. (2021). Is happiness U-shaped everywhere? Age and subjective well-being in 145 countries. *Journal of Population Economics*, 34(2), 575-624.
- Blanchflower, D. G., & Oswald, A. J. (2019). Do humans suffer a psychological low in midlife? Two approaches (with and without controls) in seven data sets. *In The economics of happiness*, (pp. 439-453). Springer, Cham.

- 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.
- Buluş M., Atan A., Erten Sarıkaya H. (2017). Etkili iletişim becerileri: bir kavramsal çerçeve önerisi ve ölçek geliştirme çalışması. *International Online Journal of Educational Sciences*, 9 (2), 575 – 590.
- Buluş, M., & Bağcı, B. (2016). Evlilik doyumu: Aile yılmazlığı ve etkili iletişim becerilerinin rolü. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(40), 136-152.
- Caicedo, C. (2014). Families with special needs children: family health, functioning, and care burden. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 20(6), 398-407.
- Canbay, H. (2010). *Lise öğrencilerinin öznel iyi oluş düzeyleri ile sosyal beceri düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- Caqueo-urizar, A., Gutiereg-Meldonado, J., Miraid-Castillo, C. (2009). Quality of life in caregivers of patients with schizophrenia – a literature review. *Health Qual Life Outcomes* 7, 84. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-84>
- Chadda, R. K. (2014). Caring for the family caregivers of persons with mental illness. *Indian journal of psychiatry*, 56(3), 221-7.
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., ... & Whiteford, H. A. (2018). Global epidemiology and burden of schizophrenia: findings from the global burden of disease study 2016. *Schizophrenia bulletin*, 44(6), 1195-1203.
- Chen, P. S., Yang, Y. K., Liao, Y. C., Lee, Y. D., Yeh, T. L., & Cheng Chen, C. (2004). The psychological well-being and associated factors of caregivers of outpatients with schizophrenia in Taiwan. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 58(6), 600-605.
- Chien, W. T., Bressington, D., Lubman, D. I., & Karatzias, T. (2020). A Randomised Controlled Trial of a Caregiver-Facilitated Problem-Solving Based Self-Learning Program for Family Carers of People with Early Psychosis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(24), 9343. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph17249343>
- Chien, W. T., Thompson, D. R., Lubman, D. I., & McCann, T. V. (2016). A randomized controlled trial of clinician-supported problem-solving bibliotherapy for family caregivers of people with first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 42(6), 1457-1466.
- Cristancho-Lacroix, V., Wrobel, J., Cantegreil-Kallen, I., Dub, T., Rouquette, A., & Rigaud, A. S. (2015). A web-based psychoeducational program for informal caregivers of patients with Alzheimer's disease: a pilot randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 17(5), e117.
- Cunkuş, N. (2016). *Şizofreni hastalarının primer bakım vericilerinin hastalığa ilişkin gereksinimleri ve bakım yüküne etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Çalışır, G. (2015). Contribution Of Body Language On An Efficacious Interpersonal Communication. *The Online Journal of Communication and Media*, 1(4), 34.

- Çoban, M., & Esatoğlu, AE. (2004). Evde bakım hizmetlerine genel bir bakış. *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği-Hukuku-Tarihi Dergisi*, 12(2), 109-20.
- Darrington, J. & Brower, N. (2012). "Effective Communication Skills: "I" Messages and Beyond". *All Current Publications*. Paper 791. https://digitalcommons.usu.edu/extension_curall/791
- Demirbilek, M. (2016). Aile danışmanlığı: Bir uygulama örneği. *Turkish Journal of Family Medicine and Primary Care*, 10(2), 109-120.
- Di Lorenzo, R., Girone, A., Panzera, N., Fiore, G., Pinelli, M., Venturi, G., ... & Ferri, P. (2021). Empathy and perceived burden in caregivers of patients with schizophrenia spectrum disorders. *BMC Health Services Research*, 21, 1-13.
- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2005). Psychological empowerment and subjective well-being. *Measuring empowerment: Cross-disciplinary perspectives*, 125.
- Diener, E., Oishi, S., & Tay, L. (2018). Advances in subjective well-being research. *Nature Human Behaviour*, 2(4), 253-260.
- Doğan, T. (2013). Beş faktör kişilik özellikleri ve öznel iyi oluş. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 14(1), 56-64. <https://dergipark.org.tr/en/pub/doujournal/issue/66668/1043081> adresinden erişildi.
- Doğan, T., & Sapmaz, F. (2012). Kişiler arası ilişki tarzları ve öznel iyi oluş. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 10(3), 585-602.
- Duman, Z.Ç. & Bademli, K. (2013). Kronik Psikiyatri Hastalarının Aileleri: SistematiK Bir İnceleme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 5(1), 78-94.
- Duran, S. & Barlas, G. (2016). Effectiveness of psychoeducation intervention on subjective well being and self compassion of individuals with mental disabilities. *International Journal of Research in Medical Sciences*. 181-188.
- Duran, S. (2014). Zihinsel engelli bireylerin ebeveynlerinin öznel iyi oluş, öz duyarlık ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. *Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 7 (3), 69-79.
- Durmaz, H., & Okanlı, 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](https://doi.org/10.1080/01926187.2020.1820401)
- Durmaz, H., & Okanlı, A. (2014). Investigation of the effect of self-efficacy levels of caregiver family members of the individuals with schizophrenia on burden of care. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 290-294.
- Erdoğan, S., Nahcivan, N., Esin, M.N. (2014). *Hemşirelikte Araştırma: Süreç, uygulama ve kritik*. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Eryılmaz, A. (2012). Ergenler öznel iyi oluş düzeylerini, çevreyle ilişkiler aracılığıyla nasıl artırırlar? *TAF Prev Med Bull*, 11(4): 407-414.
- Flyckt, L., Löthman, A., Jørgensen, L., Rylander, A., & Koernig, T. (2013). Burden of informal caregiving to patients with psychoses: a descriptive and methodological study. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(2), 137-146.

- Fujino, N., & Okamura, H. (2009). Factors affecting the sense of burden felt by family members caring for patients with mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 23(2), 128-137.
- Fuller-Tyszkiewicz, M., Richardson, B., Little, K., Teague, S., Hartley-Clark, L., Capic, T., ... & Hutchinson, D. (2020). Efficacy of a smartphone app intervention for reducing caregiver stress: randomized controlled trial. *JMIR mental health*, 7(7), e17541.
- Gater, A., Rofail, D., Tolley, C., Marshall, C., Abetz-Webb, L., Zarit, S. H., & Berardo, C. G. (2014). "Sometimes it's difficult to have a normal life": Results from a qualitative study exploring caregiver burden in schizophrenia. *Schizophrenia research and treatment*, vol. 2014, Article ID 368215, 13 pages. <https://doi.org/10.1155/2014/368215>
- Genç, Y. (2016). Engellilerin sosyal sorunlari ve beklentileri. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, (35/2).
- Gencer, N., (Çeviren) (2018). Öznel iyi oluş: genel bir bakış. *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 11(3), 2621-2638. doi: 10.17218/hititsosbil.457382
- Gharavi, Y., Stringer, B., Hoogendoorn, A., Boogaarts, J., Van Raaij, B., & Van Meijel, B. (2018). Evaluation of an interaction-skills training for reducing the burden of family caregivers of patients with severe mental illness: a pre-posttest design. *BMC psychiatry*, 18(1), 1-8.
- Glynn, S. M., Cohen, A. N., & Niv, N. (2007). New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert review of neurotherapeutics*, 7(1), 33-43.
- Gray, R. S., & Pattaravanich, U. (2020). Internal and external resources, tiredness and the subjective well-being of family caregivers of older adults: a case study from western Thailand, Southeast Asia. *European Journal of Ageing*, 17(3), 349-359.
- 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.
- Günel, A. (2014). *İnmeli Bireylere Bakım Verenlerde Sosyal Problem Çözme Yaklaşımının Bakım Verme Rolü, Depresyon ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi*. Doktora tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Hale, S., & Cows, J. (2015). Psychoeducational groups. In *International Handbook of Occupational Therapy Interventions* (pp. 509-518). Springer, Cham.
- Hamama, L., & Sharon, M. (2013). Posttraumatic growth and subjective well-being among caregivers of chronic patients: A preliminary study. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1717-1737.
- Hammond, T., Weinberg, M. K., & Cummins, R. A. (2014). The dyadic interaction of relationships and disability type on informal carer subjective well-being. *Quality of Life Research*, 23(5), 1535-1542.
- Han, A., Kim, T. H., & Hong, H. (2021). A factorial randomized controlled trial to examine separate and combined effects of a simulation-based empathy enhancement program and a lecture-based education program on family caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*, 25(10), 1930-1940.

- Hansson, I., Buratti, S., Thorvaldsson, V., Johansson, B., & Berg, A. I. (2020). Disentangling the mechanisms of retirement adjustment: Determinants and consequences of subjective well-being. *Work, Aging and Retirement*, 6(2), 71-87.
- Harding, R., Epiphaniou, E., Hamilton, D., Bridger, S., Robinson, V., George, R., ... & Higginson, I. J. (2012). What are the perceived needs and challenges of informal caregivers in home cancer palliative care? Qualitative data to construct a feasible psycho-educational intervention. *Supportive Care in Cancer*, 20, 1975-1982.
- Hercelinskyj, G. J., & Alexander, L. (2019). *Mental health nursing: Applying theory to practice*. Cengage AU.
- Harvey, C. (2018). Family psychoeducation for people living with schizophrenia and their families. *BJPsych Advances*, 24(1), 9-19.
- Hill, C. E. (2009). *Helping skills: Facilitating, exploration, insight, and action* (3rd ed.). American Psychological Association, Washington.
- Hou, T., Zhang, R., Xie, Y., Yin, Q., Cai, W., Dong, W., & Deng, G. (2022). Education and subjective well-being in Chinese rural population: A multi-group structural equation model. *PloS one*, 17(3), e0264108.
- 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. *J Psychiatr Ment Health Nurs.*, 27(5):572–83. <https://doi.org/10.1111/jpm.12608>.
- Huitt, W. (2009). *Empathetic listening. Educational psychology interactive*. Valdosta, GA: Valdosta State University. Retrieved from: <http://www.edpsycinteractive.org/topics/process/listen.html>.
- Hvalič-Touzery, S., Smole-Orehek, K., & Dolničar, V. (2022). Informal Caregivers' Perceptions of Self-Efficacy and Subjective Well-Being When Using Telecare in the Home Environment: A Qualitative Study. *Geriatrics*, 7(5), 86.
- Hyde, B. (2013). Mutual aid group work: Social work leading the way to recovery-focused mental health practice. *Social Work with Groups*, 36(1), 43-58.
- İçel, S., Aydoğan, A. (2022). Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakım Veren Yüünün Gözden Geçirilmesi. *YIU Saglik Bil Derg*; 3:15-20.
- İnci, F.H., Erdem, M. (2008). Bakım Verme Yüü Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(4): 85-95.
- Jeyagurunathan, A., Sagayadevan, V., Abdin, E. et al. (2017). Psychological status and quality of life among primary caregivers of individuals with mental illness: a hospital based study. *Health Qual Life Outcomes*; 15, 106.
- Jobe, T. H., & Harrow, M. (2010). Schizophrenia course, long-term outcome, recovery, and prognosis. *Current Directions in Psychological Science*; 19(4), 220-225.
- 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.
- Kane, J. M., & Correll, C. U. (2010). Pharmacologic treatment of schizophrenia. *Dialogues in clinical neuroscience*; 12:3, 345-357, doi: 10.31887/DCNS.2010.12.3/ jkane

- Karaağaç, H., & Var, E. Ç. (2019). Şizofreni hastalarına bakım verenlerin bakım yüklerinin yaşam kalitesine etkisinin incelenmesi. *Klinik Psikiyatri*, 22, 16-26.
- Karakuş, G., Kocal, Y., & Sert D. (2017). Şizofreni: etyoloji, klinik özellikler ve tedavi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 26(2), 251-267.
- Karimi, Z., Rezaee, N., Shakiba, M., & Navidian, A. (2019). The effect of group counseling based on quality of life therapy on stress and life satisfaction in family caregivers of individuals with substance use problem: a randomized controlled trial. *Issues in mental health nursing*, 40(12), 1012-1018.
- Kate, N., Grover, S., Kulhara, P., & Nehra, R. (2013). Relationship of caregiver burden with coping strategies, social support, psychological morbidity, and quality of life in the caregivers of schizophrenia. *Asian journal of psychiatry*, 6(5), 380-388.
- Kaufman, A. V., Scogin, F., MacNeil, G., Leeper, J., & Wimberly, J. (2010). Helping aging parents of adult children with serious mental illness. *Journal of Social Service Research*, 36(5), 445-459.
- Kaya, A. (2018). *Kişilerarası ilişkiler ve etkili iletişim*. Pegem Akademi, Ankara, 13. Baskı.
- Kern Koegel, L., Ashbaugh, K., Navab, A., & Koegel, R. L. (2016). Improving empathic communication skills in adults with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(3), 921-933.
- Kızılırmak, B.(2014). *Ruhsal Bozukluğu Olan Bireylerin Ailelerinde Bakım Yüğü ve Ruhsal Sağlık Durumu*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Mueser, K. T., Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2018). Interpersonal skills. *Process-based CBT: The science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy*, 309-324.
- Kim, C., & Mueser, K. T. (2011). The Effects of Social Skills Training vs. Psychoeducation on Negative Attitudes of Mothers of Persons with Schizophrenia: A Pilot Study. *Psychiatry investigation*, 8(2), 107–112. <https://doi.org/10.4306/pi.2011.8.2.107>
- Kouri, K. K., Ducharme, F. C., Giroux, F. (2011). A psycho-educational intervention focused on communication for caregivers of a family member in the early stage of Alzheimer's disease: Results of an experimental study. *Dementia*, 10(3), 435–453.
- Köksal, M. S. (2013). A comprehensive research design for experimental studies in science education. *Elementary Education Online*, 12(3), 628-634. Retrieved from <http://ilkogretim-online.org.tr/>
- Kristoffersen I. (2018). Great Expectations: Education and Subjective Wellbeing. *J Econ Psychol.*; 66:64–78.
- Kuyumcu, B. (2011). Üniversite öğrencilerinin duygusal romantik duygularını ifade etme benlik kurgusu ve öznel iyi yapılar arasındaki bakışın incelenmesi. *Uluslararası Sosyal Bilimler Eğitimi Dergisi*, 1 (2), 104-113.
- Labrum, T., & Newhill, C. E. (2021). Perceived Isolation among Family Caregivers of People with Mental Illness. *Social Work*, 66(3), 245-253.
- Lamu, A. N., & Olsen, J. A. (2016). The relative importance of health, income and social relations for subjective well-being: An integrative analysis. *Social Science & Medicine*, 152, 176-185.

- Levy-Frank, I., Hasson-Ohayon, I., Kravetz, S., & Roe, D. (2012). A narrative evaluation of a psychoeducation and a therapeutic alliance intervention for parents of persons with a severe mental illness. *Family Process*, 51(2), 265-280.
- Li, L., Wister, A. V., & Mitchell, B. (2021). Social isolation among spousal and adult-child caregivers: Findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(7), 1415-1429.
- Lian, L., Kim, D. D., Procyshyn, R. M., Fredrikson, D. H., Cázares, D., Honer, W. G., & Barr, A. M. (2022). Efficacy of long-acting injectable versus oral antipsychotic drugs in early psychosis: A systematic review and meta-analysis. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(6), 589-599.
- López Ulloa, B.F., Møller, V. & Sousa-Poza, A. (2013). How Does Subjective Well-Being Evolve with Age? A Literature Review. *Population Ageing*, 6, 227–246. <https://doi.org/10.1007/s12062-013-9085-0>
- Kopsov, I. (2019). A new model of subjective well-being. *The Open Psychology Journal*, 12(1).
- Lyman, D. R., Braude, L., George, P., Dougherty, R. H., Daniels, A. S., Ghose, S. S., & Delphin-Rittmon, M. E. (2014). Consumer and family psychoeducation: Assessing the evidence. *Psychiatric Services*, 65(4), 416-428.
- Ma, Z. W., Zeng, W. N., & Ye, K. Y. (2015). Gender differences in Chinese adolescents' subjective well-being: the mediating role of self-efficacy. *Psychological reports*, 116(1), 311-321.
- Maddux, J. E. (2017). *Subjective well-being and life satisfaction: An introduction to conceptions, theories, and measures*. In Subjective well-being and life satisfaction (pp. 3-31). Routledge. Maddux, J.E. (Ed.), Routledge, New York.
- Mekap, T., Varghese, M., Manisha, K., Nishant, G. (2020); Stressful Life Events, Coping, Social Support, Subjective Well-Being and Burnout in Primary Key Caregivers of Patients with Schizophrenia and Bipolar Affective Disorder in Relapse; International Journal of Scientific and Research Publications (IJSRP) 10(07) (ISSN: 2250-3153), DOI: <http://dx.doi.org/10.29322/IJSRP.10.07.2020.p10340>
- McFarlane, W. R. (2016). Family interventions for schizophrenia and the psychoses: A review. *Family process*, 55(3), 460-482.
- Mckay, M., Davis, M., & Fanning, P. (2012). *İletişim Becerileri*. (Ö. Gelbal, Çev.). HYB Basım Yayım, Ankara.
- Mittendorfer-Rutz, E., Rahman, S., Tanskanen, A., Majak, M., Mehtälä, J., Hoti, F., ... & Tiihonen, J. (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.
- 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.
- Morin, A., & Racy, F. (2021). *Dynamic self-processes*. The handbook of personality dynamics and processes (pp. 336–386). In J. Rauthmann (Ed.), Elsevier, <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-813995-0.00015-7>

- Möller-Leimkühler, A. M., & Wiesheu, A. (2012). Caregiver burden in chronic mental illness: the role of patient and caregiver characteristics. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 262(2), 157-166.
- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L., & Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, 9, 465-497.
- Ngwa, E., Winkfield, D., & Okunji, P. (2020). Factors Affecting the Readmission Rates and Health Care Costs of Patients Hospitalized with Schizophrenia: Non-Adherence to Treatment and Increased Relapses. *Journal of National Black Nurses' Association: JNBNA*, 31(2), 67-70.
- Noguchi, T., Nakagawa-Senda, H., Tamai, Y., Nishiyama, T., Watanabe, M., Kamiya, M., ... & Suzuki, S. (2020, April). The association between family caregiver burden and subjective well-being and the moderating effect of social participation among Japanese adults: A cross-sectional study. In *Healthcare*, 8 (2), 87. MDPI.
- Ong, H. C., Ibrahim, N., & Wahab, S. (2016). Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia. *Psychology research and behavior management*, 9, 211.
- Otis-Green, S., & Juarez, G. (2012, November). Enhancing the social well-being of family caregivers. In *Seminars in oncology nursing*, 28(4), 246-255. WB Saunders.
- Özçelik, E. K., & Yıldırım, A. (2018). Schizophrenia patients' family environment, internalized stigma and quality of life. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, 9(2).
- Özdemir, E. (2017). *Duygu Yönetimi Eğitimi Programının AVM Çalışanlarının Duygularını Yönetme Beceri Düzeyine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, Toros Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.
- Yolcu, H., & Bakar, H. (2019). Okul yöneticilerinin öznel iyi oluş düzeylerinin farklı değişkenler bakımından incelenmesi: Kastamonu ili örneği. *Akdeniz Eğitim Araştırmaları Dergisi*, 13(29), 275-295.
- Ozlu, A., Yildiz, M., & Aker, T. (2015). Burden and burden-related features in caregivers of schizophrenia patients. *Dusunen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28(2), 147.
- Özsungur, B., Akdemir, D., Kültür, E. Ç., Zeki, A., & Sınır, H. (2012). Çok erken başlangıçlı şizofrenide klinik görünüm ve tanı güçlükleri: olgu sunumları. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 19(2), 87-95.
- Öztürk, O., Uluşahin, Ö. (2020). *Ruh Sağlığı Bozuklukları Kitabı*, 13. Baskı. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
- Pankong, O., Pothiban, L., Sucamvang, K., Khampolsiri, T. A. (2018). Randomized Controlled Trial of Enhancing Positive Aspects of Caregiving in Thai Dementia Caregivers for Dementia. *PRIJNR* [Internet]. [cited 2023 Jan. 30];22(2):131-43. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/86178>
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), 638.
- Pétavy, F., Guizzaro, L., Antunes dos Reis, I., Teerenstra, S., & Roes, K. C. (2020). Beyond “Intent-to-treat” and “Per protocol”: Improving assessment of treatment effects in

- clinical trials through the specification of an estimand. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 86(7), 1235-1239.
- Petrakis, M., & Laxton, S. (2017). Intervening early with family members during first-episode psychosis: an evaluation of mental health nursing psychoeducation within an inpatient unit. *Archives of psychiatric nursing*, 31(1), 48-54.
- Poon, A. W. C., Curtis, J., Howard, A., Ward, P. B., & Lappin, J. M. (2019). Health of carers of young people with early psychosis: A biopsychosocial approach. *Australian Social Work*, 72(3), 260-273.
- 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.
- Raj EA, Shiri S, Jangam KV. (2016). Subjective burden, psychological distress, and perceived social support among caregivers of persons with schizophrenia. *Indian J Soc Psychiatry* [serial online] [cited 2022 Nov 17]; 32:42-9. Available from: <https://www.indjsp.org/text.asp?2016/32/1/42/176767>
- Rexhaj, S., Leclerc, C., Bonsack, C., Golay, P., & Favrod, J. (2017). Feasibility and accessibility of a tailored intervention for informal caregivers of people with severe psychiatric disorders: a pilot study. *Frontiers in psychiatry*, 8, 178.
- Rezaei O., Bayani A., Mokhayeri Y., Waye K., Sadat Y., Haroni J., Latifi M., Mohammadi R., Ghaffari M., Noroozi M., Alibeigi N., Sayadnasiri M., Fadai F., Ghahestany D.A., Dieji B., Ahounbar E., Etivand M., Armoon B. (2018). Applying psychoeducational program on general health and communication skills in caregivers of patients with schizophrenia: A randomized controlled trial. *Eur. J. Psychiat.*, 32.(4), 159-196.
- 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.
- Sabanciogullari, S., & Tel, H. (2015). Information needs, care difficulties, and coping strategies in families of people with mental illness. *Neurosciences Journal*, 20(2), 145-152.
- Saddique, A., Chong, S. C., Almas, A., Anser, M., & Munir, S. (2021). Impact of perceived social support, resilience, and subjective well-being on psychological distress among university students: Does gender make a difference. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 11(1), 528-542.
- Sadock, J.B., Sadock, V.A., Ruiz P. (2016) *Kaplan & Sadock Psikiyatri Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri*, In: Bozkurt A (Çeviri Ed). 11th ed. Güneş Tıp Kitapevleri, İstanbul. Williams & Wilkins: 300-323.
- Sarkhel, S., Singh, O. P., & Arora, M. (2020). Clinical practice guidelines for psychoeducation in psychiatric disorders general principles of psychoeducation. *Indian journal of psychiatry*, 62(Suppl 2), S319.
- Savundranayagam, M. Y., & Orange, J. B. (2011). Relationships between appraisals of caregiver communication strategies and burden among spouses and adult children. *International Psychogeriatrics*, 23(9), 1470-1478.

- Schulz, S. C., Green, M. F., & Nelson, K. J. (Eds.). (2016). *Schizophrenia and psychotic spectrum disorders*. Oxford University Press, New York.
- Segrin, C., & Taylor, M. (2007). Positive interpersonal relationships mediate the association between social skills and psychological well-being. *Personality and individual differences*, 43(4), 637-646.
- Shah, A. J., Wadoo, O., & Latoo, J. (2010). Psychological distress in carers of people with mental disorders. *British Journal of Medical Practitioners*, 3(3), a327.
- Shakeel S., Rana S. A., and Malik N. I. (2015). Burden of care, mental health and subjective well being of family caregivers of elderly patients. *Pakistan Journal of Professional Psychologists*, 6(1), 1-16.
- Sibitz, I., Amering, M., Gössler, R., Unger, A., & Katschnig, H. (2007). Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia: a qualitative study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 42, 909-915.
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social indicators research*, 117(2), 561-576.
- Silaen, E. A., Dewi, F. I. R., & Satyadi, H. (2021, December). How Psychoeducational Intervention Effects on Burden in Caregivers of Schizophrenia: A Systematic Literature Review. In *1st Tarumanagara International Conference on Medicine and Health (TICMIH 2021)*, 5-6 August 2021, Jakarta, Indonesia, Atlantis Press, ISBN: 978-94-6239-473-5, (pp. 120-130).
- 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.
- Smeerdijk, M., Keet, R., Van Raaij, B., Koeter, M., Linszen, D., De Haan, L., & Schippers, G. (2015). Motivational interviewing and interaction skills training for parents of young adults with recent-onset schizophrenia and co-occurring cannabis use: 15-month follow-up. *Psychological Medicine*, 45(13), 2839-2848. doi:10.1017/S0033291715000793
- Smith, K. W., & Street, R. L. (2022). The Moderating Effects of Emotional Intelligence on Clinical Communication Self-Efficacy and Caregiver Burden. *Communication Studies*, 73(4), 497-510. doi: [10.1080/10510974.2022.2116468](https://doi.org/10.1080/10510974.2022.2116468)
- Söğüt, Ç., & Dündar, P. E. (2017). Evaluation of caregivers' burden of the patients receiving home health service in Manisa. *Turkish Journal of Public Health*, 15(1), 37-46.
- Stilo, S.A., Murray, R.M. (2019). Non-Genetic Factors in Schizophrenia. *Curr Psychiatry Rep.* 21, 100. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1091-3>
- Şengün, F., Üstün, B., & Altıok, H. Ö. (2011). Kanıta Dayalı Uygulama: Psikoeğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 27(3), 66-74.
- Tatu, K. M., (2019). *Şizofreni hastalarına uygulanan sosyal beceri geliştirmeye odaklı grup psikoeğitiminin ilaç uyumu, yaşam kalitesi, iyilik hali ve sosyal iyi oluşa etkisi*, Doktora tezi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Gazi Üniversitesi, Ankara.
- Tekke, M., & Coşkun, M. (2019). Kendini tanıma, kendini gerçekleştirme, kendini aşmışlık, potansiyelin tam kullanan kişi: kişilerarası iletişim. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 18(70), 790-797.

- Tenney, E. R., Vazire, S., & Mehl, M. R. (2013). This examined life: The upside of self-knowledge for interpersonal relationships. *PloS one*, 8(7), e69605.
- Tov, W. & Diener, E. (2013). *Subjective well-being*. Encyclopedia of cross cultural psychology; In K. D. Keith (Eds.), Wiley-Blackwell, Chichester, UK, ISBN: 978-0-470-67126-9 pp. 1239-1245.
- Townsend, M. C., & Morgan, K. I. (2017). *Psychiatric mental health nursing: Concepts of care in evidence-based practice*. FA Davis Company, Philadelphia, 9. Edition.
- Tülek, N. (2011). *Evli Bireylerin Öznel İyi Olma Düzeylerinin Yordanması*. Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ege Üniversitesi.
- Uygur, S. S. (2018). Yaşam doyumunun yordanmasında kendini açma ve sosyal desteğin rolü. *Ulusal Eğitim Akademisi Dergisi (UEAD)*, 2(1), 16-33.
- Van Meijel, B., Megens, Y., Koekkoek, B., De Vogel, W., Kruitwagen, C., & Grypdonck, M. (2009). Effective interaction with patients with schizophrenia: qualitative evaluation of the interaction skills training programme. *Perspectives in Psychiatric Care*, 45(4), 254-261.
- Verstaen, A., Moskowitz, J., Snowberg, K., Merrilees, J., & Dowling, G. (2018). Life Enhancing Activities for Family Caregivers of people with dementia: protocol for a randomized controlled trial of a positive affect skills intervention. *Open Access Journal of Clinical Trials*, Volume 10, 1–12.
- Vertino, K. A. (2014). Effective interpersonal communication: A practical guide to improve your life. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*, 19(3), 1-6.
- Videbeck, S.L. (2020). *Psychiatric-Mental Health Nursing. 8th Edition*, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Wang, Z., & Sohail, M. T. (2022). Short-and long-run influence of education on subjective well-being: the role of information and communication technology in China. *Frontiers in Psychology*, 13.
- Ward, M. (2012). The Turku Declaration: A Consensus Document on Psychiatric-Mental Health Nursing Roles, Education, and Practice. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 50(3), 4-5.
- Weller, B.E., Faulkner, M., Doyle, O., Daniel, S.S., Goldston, D.B. (2015) Impact of patients' psychiatric hospitalization on caregivers: a systematic review. *Psychiatr Serv*, 66:527–535.
- Werner, S., & Shulman, C. (2013). Subjective well-being among family caregivers of individuals with developmental disabilities: The role of affiliate stigma and psychosocial moderating variables. *Research in developmental disabilities*, 34(11), 4103-4114.
- Whiteford, H.A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter A.J., Ferrari, A.J., Erskine, H.E., Charlson, F.J., Norman, R.E., Flaxman, A.D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C.J, Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. Nov 9;382(9904):1575-86. doi: 10.1016/S0140-6736(13)61611-6.

- Wittenberg-Lyles, E., Washington, K., Demir, G., Oliver, D. P., & Shaunfield, S. (2014). Understanding social support burden among family caregivers. *Health communication*, 29(9), 901-910.
- 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.
- Wrosch C, Amir E, Miller GE. (2011). Goal adjustment capacities, coping, and subjective well-being: the sample case of caregiving for a family member with mental illness. *J Pers Soc Psychol*;100(5):934.
- Yavaş, G. (2020). *Ergenlerin öznel iyi oluşu artırma stratejileri, oyun bağımlılığı ve akran ilişkilerinin, öznel iyi oluş ile ilişkisinin incelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Biruni Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü.
- 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.

EKLER

EK-1 KİŞİSEL BİLGİ FORMU

KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Açıklama;

Bu çalışma “İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitimin Şizofreni Tanılı Bireylerin Bakım Vericilerinin Öznel İyi-Oluş Düzeyine Etkisi”ni belirlemek amacı ile planlanmıştır. Bu araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır. Bu araştırmaya isteyerek katılmanız, bu alanda yapılan bilimsel çalışmaların geliştirilebilmesi için önemli bir etkiye sahiptir. Bu araştırma ile ilgili sormak istediğiniz tüm soruları uygulamayı yürüten kişiye uygulama sırasında veya sonrasında verilen telefonla sorabilirsiniz. İsminizi belirtmenize gerek yoktur. Çalışma sonuçlarının sağlıklı olabilmesi için lütfen tüm soruları yanıtlamaya ve ankete ilişkin görüşlerinizi belirtmeye özen gösteriniz. Bu ankete verilecek yanıtlarla ilgili, kişisel bilgilerin gizliliği korunarak, araştırma amacı dışında hiçbir kişi ya da kuruma bilgi verilmeyecektir.

Katkılarınız için teşekkür ederim.

Araştırmacı

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Ruh
Sağlığı ve Psikiyatri Hemşireliği
Programı Doktora Programı

Uzman Hemşire Şirin Harkın

Tarih:

I. BAKIM VERİCİYE İLİŞKİN TANITICI BİLGİLER

1. Yaşınız :
2. Cinsiyetiniz: ☐Kadın ☐Erkek
3. Öğrenim Durumunuz:
☐İlköğretim ☐Lise ☐Üniversite
4. Medeni Durumunuz:
☐Evli ☐Bekar ☐Eşinden ayrılmış ☐Eşi vefat etmiş ☐Ayrı yaşıyor
5. Gelir getiren bir işte çalışma durumunuz:
☐Çalışıyorum (tam gün) ☐Çalışıyorum (yarım gün)
☐Çalışmıyorum
6. Aylık gelir düzeyiniz:
☐Gelir giderden az ☐Gelir gider dengeli ☐Gelir giderden fazla
7. Sosyal güvence durumunuz:
☐Var (.....) ☐Yok

8. Tedavi görmeyi gerektiren fiziksel ve/veya psikiyatrik bir sağlık probleminiz var mı ?

- ☐ Var (Fiziksel)
☐ Var (Psikiyatrik.....)
☐ Yok

9. Kimlerle yaşıyorsunuz?

- ☐ Yalnız
☐ Eşı ve kendisi
☐ Eşı, kendisi ve çocukları
☐ Kendisi ve çocukları
☐ Ebeveynleri, kendisi ve kardeşleri
☐ Ebeveynler, eşler ve çocukları
☐ Diğer (.....)

10. Evde birlikte yaşıadığınız birey sayısı: (.....)

11. Fiziksel sağlık düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?



12. Ruhsal sağlık düzeyinizi nasıl buluyorsunuz?



13. Sigara kullanımınız : ☐ Evet (süresi/miktarı)

☐ H

II. ŞİZOFRENİ TANILI BİREYE AİT TANITICI BİLGİLER

1. Hastanızın yaşı:.....

2. Hastanızın cinsiyeti: ☐ Kadın ☐ Erkek

3. Hastanızın öğrenim durumu:

☐ Okur-yazar değil ☐ İlköğretim ☐ Lise ☐ Üniversite

5. Hastanızın gelir getiren bir işte çalışma durumu:

☐ Çalışıyor- tam gün

☐ Çalışıyor-yarım gün

☐ Çalışmıyor

6. Hastanıza tanı konulduktan sonra geçen süre (yıl ve ay olarak belirtiniz): (.....)

7. Hastanıza tanı konulduktan sonra hastaneye yatış sayısı: (.....)

8. Hastanın kendi gereksinimlerini karşılama durumu:



9. Sigara kullanımı: ☐ Evet (süresi/miktarı)

☐ Hayır

III. BAKIM VERMEYE İLİŞKİN ÖZELLİKLER

1. Bakım verilen birey ile yakınlık düzeyiniz:

☐ Anne

☐ Baba

☐ Kardeş

☐ Eş

☐ Çocuk

☐ Diğer (.....)

2. Bakım verme süresi (yıl ve ay olarak belirtiniz): (.....)

3. Birlikte yaşadığınız ve bakmakla yükümlü olduğunuz başka kronik fiziksel/psikiyatrik bozukluğu/engelliği olan birey var mı?

☐ Evet

☐ Hayır

4. 3. soruya cevabınız evet ise; bakmanız gereken diğer kişi veya kişileri ve bakım gerektiren durumlarını yazınız:

(.....)

5. Hastanızın bakımında sizi destekleyen başka yakınlarınız var mı?

☐ Evet (açıklayınız.....)

☐ Hayır

6. Hastanızın bakımı için maddi destek alıyor musunuz?

☐ Evet (açıklayınız.....)

☐ Hayır

7. Bakım verici olmanız fiziksel sağlığınızı olumsuz yönde etkiler mi?



EK-2 ÖZNEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

ÖZNEL İYİ OLUŞ ÖLÇEĞİ

Bu envanterde kişiliğinizin ve yaşamınızın çeşitli yönlerine ilişkin ifadeler bulunmaktadır. Bu ifadeleri tek tek okuyarak, ifadenin size ne derece uygun olduğuna karar veriniz. İfade size “tamamen uygunsa” cevap kağıdındaki (5); “çoğunlukla uygunsa” (4); “orta derecede uygunsa” (3); “biraz uygunsa” (2); “hiç uygun değilse” (1) numaralı boşluğun altına (X) işareti koyunuz. Lütfen tüm ifadelere boş bırakmadan cevap veriniz.

	Tamamen Uygun (5)	Çoğunlukla Uygun (4)	Orta Derecede Uygun (3)	Biraz Uygun (2)	Hiç Uygun Değil (1)
1. Geleceğe yönelik planlar yapmaktan hoşlanırım.					
2. Yaşamımda zevk alarak yaptığım etkinlik sayısı azdır.					
3. Genel olarak kendimi neşeli hissediyorum.					
4. Geriye dönüp baktığımda istediklerimin çoğunu elde edemediğimi görüyorum.					
5. Kişilik özelliklerimden genel olarak memnunum.					
6. İstedğim nitelikte ve sayıda arkadaşım olmamasına üzülüyorum.					
7. Günlük yaşamımdaki sorumluluklarımı başarıyla yerine getiririm.					
8. Ulaşmak istediğim ideallerim var.					
9. İlgi ve yeteneklerime uygun etkinliklerin yaşamımdaki yeri istediğim ölçüdedir.					
10. Küçük sorunları bile büyütürüm.					
11. Kendimi genel olarak canlı ve enerjik hissedirim.					
12. Yakın gelecekte yaşamımda güzel gelişmeler olacağına inanıyorum.					
13. Kişilerarası ilişkilerde sıklıkla hayal kırıklığı yaşıyorum.					
14. Yaşamıma beni ona bağlayacak anlamlar katmakta zorlanmam.					
15. Beni eğlendiren faaliyetlere yeterince katılmıyorum.					
16. Umutlarımın gerçekleşeceğine inanıyorum.					
17. Mümkün olsa geçmiş hayatımı değiştiririm.					
18. Ailemle olan ilişkilerimden memnunum.					
19. Genelde hüzünlü ve düşünceliyim.					
20. Yaşamımda yapmam gerekenleri düşünmek hoşuma gider.					
21. Kendimi yalnız hissediyorum.					
22. Amaçlarıma ulaşmak için çevremdeki olanakları etkili bir şekilde kullanabilirim.					
23. Genel olarak kendimi huzurlu hissediyorum.					

24. Başkalarının mutlu görüldüğü kadar mutlu olmayı isterdim.					
25. Sorunları yaşamın öğretici ve doğal bir parçası olarak görürüm.					
26. Çevremdeki insanların yaşamlarına imreniyorum.					
27. Amaçlarıma ulaşmak için yeterince kararlı davranabilirim.					
28. Yaşamımı genel olarak monoton ve sıkıcı buluyorum.					
29. Sosyal ilişkilerimdeki girişkenlik yanımdan hoşnutum.					
30. Kendime hedefler koymakta zorlanıyorum.					
31. İç dünyanın zaman geçtikçe zenginleştiğini hissediyorum.					
32. Tanıdığım insanların çoğundan daha fazla sıkıntım var.					
33. Yaşamın zorluklarıyla baş etme gücüne güveniyorum.					
34. Sevilen ve güvenilen biri olduğumu hissediyorum.					
35. Geçmişte yaptığım hatalardan dolayı yoğun suçluluk duygusu yaşıyorum.					
36. Serbest zamanlarımda zevkle vakit geçirecek bir uğraşı bulurum.					
37. Yaşamım başarısızlıklarla dolu.					
38. Güçlükler karşısında çabuk pes ederim.					
39. Çevremde ihtiyaç duyduğumda destek alabileceğim insanlar var.					
40. Sıklıkla ümitsiz ve çöktün hissediyorum.					
41. Okumak ve çalışmak benim için zevkli uğraşlardır.					
42. İsteklerime ve değerlerime uygun bir hayat sürüyorum.					
43. Ailemle olan ilişkilerimde sorunlar yaşıyorum.					
44. Yaşama iyimser bir açıyla bakabilme yönümden memnunum.					
45. Arkadaşlarıma kendimi istediğim gibi ifade edemiyorum.					
46. Başkalarına yardım edebilme ve onlara destek olma becerimden hoşnutum.					

EK-3 BAKIM VERME YÜKÜ ÖLÇEĞİ

1. Yakınınızın ihtiyacı olduğundan daha fazla yardım istediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
2. Yakınınıza harcadığınız zamandan dolayı, kendinize yeterince zaman ayıramadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
3. Yakınınıza bakım verme ile aile ve iş sorumluluklarınızı yerine getirme arasında zorlandığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
4. Yakınınızın davranışları nedeniyle rahatsızlık duyuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
5. Yakınınızın yanındayken kendinizi kızgın hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
6. Yakınınızın diğer aile üyeleri ya da arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
7. Geleceğin yakınınıza getirebileceklerinden korkuyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
8. Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
9. Yakınınızın yanındayken kendinizi gergin hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
10. Yakınınızla ilgilenmenin sağlığını bozduğunu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
11. Yakınınız nedeni ile özel hayatınızı istediğiniz gibi yaşayamadığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
12. Yakınınıza bakmanın sosyal yaşamınızı etkilediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
13. Yakınınızın bakımını üstlendiğiniz için rahatça/kolay arkadaş edinemediğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
14. Yakınınızın sizi tek dayanağı olarak görüp, sizden ilgi beklediğini düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
15. Kendi harcamalarınızdan kalan paranın yakınınızın bakımı için yeterli olmadığını düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
16. Yakınınıza bakmayı daha fazla sürdüremeyeceğinizi hissediyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
17. Yakınınız hastalandığı zaman yaşamınızın kontrolünü kaybettiğinizi düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
18. Yakınınızın bakımını bir başkasının üstlenmesini ister miydiniz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
19. Yakınınız için yapılması gerekenler konusunda kararsızlık yaşıyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
20. Yakınınız için daha fazlasını yapmak zorunda olduğunuzu düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
21. Yakınınızın bakımında yapabileceğiniz işin en iyisini yaptığınızı düşünüyor musunuz?
0 Hiçbir zaman 1 Nadiren 2 Bazen 3 Oldukça sık 4 Hemen her zaman
22. Yakınınıza bakarken genellikle ne kadar güçlük yaşıyorsunuz?
0 Hiç 1 Biraz 2 Orta 3 Oldukça 4 Aşırı

EK-4 İLETİŞİM BECERİLERİ ÖLÇEĞİ

EK-4. İLETİŞİM BECERİLERİ ÖLÇEĞİ

		Hiç Uygun Değil	Çok Uygun	Az Uygun	Kısmen Uygun	Çoğunluk la Uygun	Tamamen Uygun
1	İnsanlara eksiklerini söylerken/iletirken olumlu özelliklerinden de söz ederim.						
2	İnsanlara başarısızlıklarını ifade ederken başarılı yönlerine de muhakkak değinirim.						
3	Çevremdeki insanların yanlış ya da hatalarını onları incitmeden dile getiririm.						
4	Karşımdaki insanın kişiliğini ve benliğini hedef almadığım için konuşmalarım gerginlik yaratmaz.						
5	Karşımdakine önce olumlu özelliklerinden bahsederek olumsuz yönlerini değiştirmesi için cesaret veririm.						
6	Günlük yaşamımda insanlarla iletişimimde kullandığım ifadelere ve kelimelere onları incitmek için çok dikkat ederim.						
7	Biri benimle konuşurken onunla göz teması kurmaya çalışırım.						
8	Biri benimle konuşurken onu anladığımı gösteren iletiler veririm.						
9	Karşımdaki kişi konuşurken beden diline ve yüz ifadesine dikkat ederim.						
10	Karşımdaki kişi konuşurken, onu anlamak için kullandığı ipuçlarına dikkat ederim.						
11	Biriyle iletişim halindeyken söylediklerini bütün halinde anlamaya çalışırım.						
12	Karşımdakini anlamaya çalışırken ihtiyaç duyduğumda soru sorarım.						
13	Konuşurken etkili göz teması kurarım.						
14	Konuşmaları dinlerken arkasındaki duyguları da anlamaya çalışırım						
15	Düşüncelerimi tanımda/fark etmede/anlamada zorluk çekerim						
16	Genellikle duygularımı tanımda/fark etmede/anlamlandırmada zorluk çekerim						
17	Kendini rahatlıkla ifade edebilen bir bireyim						
18	Üzüntülerimi, endişelerimi karşımdaki insana rahatlıkla ifade edebilirim						
19	Düşüncelerimi başkalarına iletmede zorluk çekmem						
20	Karşımdakinin duygu ve düşüncelerini doğru anlayabilirim						
21	Karşımdaki kişinin neye ihtiyacı olduğunu anlar ve onu yargılamadan bu durumu ona iletebilirim						
22	Kendimi karşımdaki kişinin yerine koyarak, olaylara onun bakış açısıyla bakabilirim						
23	Karşımdaki kişinin ne düşündüğünü fark edebilirim						
24	Karşımdaki kişinin yaşadığı duyguların neler olduğunu fark edebilirim						
25	Genellikle karşımdaki insanı anlarım						
26	Karşımdaki kişiye genellikle uygun/yerinde tepkiler veririm						
27	Karşımdaki kişinin beklentilerinin neler olduğunu fark edebilirim						
28	Karşımdakinin olumsuz davranışını değiştirmek için onu suçlayıcı bir dille uyarırım						
29	Karşımdakinin olumsuz davranışları karşısında hissettiğim duyguları ona uygun bir dille iletebilirim/yansıtabilirim.						
30	Karşımdakinin olumsuz bir davranışını, bendeki etkilerini ona yansıtarak göstermeye çalışırım						
31	Bir başkasının davranışlarının sonuçlarını görebilmesi için hissettiğim olumsuz duyguları ona iletebilirim.						
32	İnsanlar "sinirli/huysuz/agresif" gibi özelliklere sahipse onları bu kelimelerle nitelendirmede sakınca görmem						
33	İnsanların olumsuz davranışlarını gördüğümde hatasını düzeltmesi için gerekirse kötü konuşurum						
34	İnsanların yanlışlarını düzeltirken kişiliklerine saygı gösterilmesi gerektiğine inanırım						

EK-5 KATILIMCI GRUP DENEYİM FORMU

EK-5 Katılımcı Grup Deneyim Formu

Sayın Katılımcı;

Bu formda yer alan sorular ile sekiz haftalık iletişim becerileri odaklı psikoeğitim programının sonunda programla ilgili deneyimlerinizi ve görüşlerinizi öğrenmek istiyoruz. İçten paylaşımlarınız için teşekkür ederiz.

1. Kendiniz açısından katıldığınız bu grup deneyimini nasıl tanımlarsınız? (olumlu-olumsuz)

2. İletişim Becerilerine Dayalı Psikoeğitim programı boyunca duygusal açıdan neler hissettiniz? (olumlu-olumsuz)

3. Şimdi ne hissediyorsunuz?

4. İletişim Becerilerine Dayalı psikoeğitim programının yararlı olduğunu düşünüyor musunuz? Evet ise nedenini açıklayınız.

Hayır ise nedenini açıklayınız.

ETİK KURUL İZİN YAZISI

Uyarı: Canlı denekler üzerinde yapılan tüm araştırmalar için Etik Kurul Belgesi alınması zorunludur.

☒ Etik Kurul izni gerekmektedir.

☐ Etik Kurul izni gerekmemektedir.

şirin HARKIN GEMİCİOğLU
(İmza)



EK-6 ETİK KURUL KARARI



KURUM İZNİ YAZILARI

Uyarı: Canlı ve cansız deneklerle yapılan tüm çalışmalar için kurum izin belgelerinin eklenmesi zorunludur. Gizlilik ve mahremiyet içeren durumlarda kurum adı kapatılmalıdır.

☒ Kurum izni gerekmektedir.

☐ Kurum izni gerekmemektedir.

Şirin HARKIN GEMİCİOĞLU
(İmza)



EK-7 ÇALIŞMA KURUM İZNİ

**EK-8 ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN SAYISI VE İLETİŞİM BİLGİLERİ
KURUM İZNİ YAZISI**



EK-9.1 GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Grubu için)

EK-7. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTA YAKINI – İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitim Grubu- İÇİN)

Sayın

Sizi ZBEÜ Uygulama Ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Polikliniği'nde yürütülen “İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitimin Şizofreni Tamlı Bireylerin Bakım Vericilerinin Öznel İyi Oluşu Üzerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmanın yürütücüleri, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Şirin Harkın

Araştırmanın Amacı:

Şizofreni hastalarına bakım veren bireylere verilen iletişim becerileri odaklı psikoeğitim programının öznel iyi oluş düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Bu araştırma kapsamında, herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Bu çalışma kapsamında sizden anket formu ve ölçekleri doldurmanız istenecektir. Anket ve ölçeklerde isim-soyisim beyanı olmayacak ve elde edilen veriler sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Daha sonra size uygun olan haftanın bir günü, iletişim becerileri odaklı psikoeğitim programı planlanacaktır. İletişim becerileri odaklı psikoeğitim programı 10-12 kişilik küçük gruplar halinde, sekiz hafta olarak gerçekleştirilecektir. İletişim becerileri odaklı psikoeğitim programının bitiminden itibaren birinci ve üçüncü ayda anket ve ölçek değerlendirmeleri tekrar edilecektir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer: ZBEÜ Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Polikliniği

Araştırmanın Süresi: 18 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 40

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

- Hastanızla olan iletişiminizde artma,
- İyi iletişim becerileri kazanma,
- Stresle başetme becerilerinizde artma,
- Şizofreni hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilerinizde artma,
- Diğer aile üyeleri ve bakım verenler ile paylaşımlarda bulunma,

- Hastanıza bakım verme becerilerinizde artma.

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:

Bu araştırma kapsamında katılımcıda meydana gelebilecek risk ya da rahatsızlık yoktur.

Çalışmaya Katılan Araştırmacılar:

- Prof.Dr. Hülya Bilgin

- Öğr. Gör. Şirin Harkın

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde nolu telefondan Öğr. Gör. Şirin Harkın 'a ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben.....[göntüllütün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Göntüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, göntüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya göntüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasimin bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Göntüllütün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): / /

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl): / /

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl): / /

EK-9.2 GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (Genel Psikoeğitim Grubu için)

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTA YAKINI - Psikoeğitim Grubu- İÇİN)

Sayın

Sizi ZBEÜ Uygulama Ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Polikliniği'nde yürütülen “İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitimin Şizofreni Tanılı Bireylerin Bakım Verenlerinin Öznel İyi Oluşu Üzerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsizsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izleminizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmanın yürütücüleri, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Şirin HARKIN

Araştırmanın Amacı:

Şizofreni hastalarına bakım veren bireylere verilen iletişim becerileri odaklı psikoeğitim programının öznel iyi oluş düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Bu araştırma kapsamında, size herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Bu çalışma kapsamında sizden anket formu ve ölçekleri doldurmanız istenecektir. Anket ve ölçeklerde isim-soyisim beyanı olmayacak ve elde edilen veriler sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Daha sonra size uygun olan haftanın bir günü, psikoeğitim programı planlanacaktır. Psikoeğitim programı 10-12 kişilik küçük gruplar halinde, beş hafta olarak gerçekleştirilecektir. Psikoeğitim programının bitiminden itibaren birinci ve üçüncü ayda anket ve ölçek değerlendirmeleri tekrar edilecektir.

Araştırmanın Yapılacağı Yer: ZBEÜ Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Polikliniği

Araştırmanın Süresi: 18 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 40

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

- Şizofreni hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilerinizde artma,
- Hastanızın hastalığının nüksünü erken tanıma,
- Hastanıza bakım verme becerilerinizde artma,
- Diğer aile üyeleri ve bakım verenler ile paylaşımlarda bulunma.

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:

Bu araştırma kapsamında katılımcıda meydana gelebilecek risk ya da rahatsızlık yoktur.

ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU
(HASTA YAKINI - Psikoeğitim Grubu- İÇİN)

Çalışmaya Katılan Araştırmacılar:

- Prof.Dr. Hülya Bilgin
- Öğr. Gör. Şirin Harkın

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde 0541 telefondan Öğr. Gör. Şirin Harkın 'a ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben,.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]
 Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasımın bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve eğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl): / /

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl): / /

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl): / /

EK-9.3 GÖNÜLLÜ ONAM FORMU (Kontrol Grubu için)

EK-7. ZONGULDAK BÜLENT ECEVİT ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (HASTA YAKINI - Kontrol Grubu- İÇİN)

Sayın

Sizi ZBEÜ Uygulama Ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Polikliniği'nde yürütülen “İletişim Becerileri Odaklı Psikoeğitimin Şizofreni Tanılı Bireylerin Bakım Vericilerinin Öznel İyi Oluşu Üzerine Etkisi” başlıklı araştırmaya davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın niçin ve nasıl yapılacağını, bu araştırmanın gönüllü katılımcılara getireceği olası faydaları, riskleri ve rahatsızlıklarını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. İsterseniz bu bilgileri aileniz, yakınlarınız ve/veya doktorunuzla tartışınız. Eğer anlayamadığımız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz. Katılmayı kabul ettiğiniz takdirde, gerekli yerleri siz, doktorunuz ve kuruluş görevlisi bir tanık tarafından doldurup imzalanmış bu formun bir kopyası saklamanız için size verilecektir.

Araştırmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan çıkma hakkında sahipsiniz. Ayrıca sorumlu araştırmacı gerek duyarsa sizi çalışma dışı bırakabilir. Çalışmaya katılmama, çalışmadan çıkma veya çıkarılma durumlarında bir ceza veya tedaviniz ve klinik izlemenizde hakkınız olan yararların kaybı kesinlikle söz konusu olmayacaktır.

Araştırma konusuyla ilgili ve sizin araştırmaya katılmayı devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde, siz veya yasal temsilciniz zamanında bilgilendirilecektir.

Araştırmanın yürütücüler, Etik Kurul Üyeleri, Sağlık Bakanlığı ve diğer ilgili sağlık otoriteleri sizin bu araştırmadaki tıbbi kayıtlarınıza doğrudan erişebileceklerdir; ancak kimlik bilgileriniz kesinlikle gizli tutulacaktır ve bu çalışmadan elde edilen bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

Araştırma Sorumlusu
Şirin Harkın

Araştırmanın Amacı:

Şizofreni hastalarına bakım veren bireylere verilen iletişim becerileri odaklı psikoeğitim programının öznel iyi oluş düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılacaktır.

İzlenecek Olan Yöntem ve Yapılacak İşlemler:

Bu araştırma kapsamında, herhangi bir ilaç veya tedavi yöntemi uygulanmayacaktır. Bu çalışma kapsamında sizden anket formu ve ölçekleri doldurmanız istenecektir. Anket ve ölçeklerde isim-soyisim beyanı olmayacak ve elde edilen veriler sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Araştırma süresince rutin kontrollerinizi ve tedavinizi düzenli olarak yaptırmaya devam etmeniz yeterlidir. Bu süre içinde araştırmacı tarafından izlem altında olup size herhangi bir girişim uygulanmayacaktır. Belli aralıklarla size anket ve ölçek değerlendirmeleri tekrar edilecektir. Araştırma tamamlandıktan sonra, iletişim becerileri odaklı psikoeğitim programına tamamen gönüllülük esasına dayalı olarak, istediğiniz takdirde katılabileceksiniz.

Araştırmanın Yapılacağı Yer: ZBEÜ Uygulama ve Araştırma Merkezi Psikiyatri Polikliniği

Araştırmanın Süresi: 18 ay

Katılması Beklenen Gönüllü Sayısı: 40

Size Getirebileceği Olası Faydalar:

-

Size Getirebileceği Ek Risk ve Rahatsızlıklar:

Bu araştırma kapsamında katılımcıda meydana gelebilecek risk ya da rahatsızlık yoktur.

Çalışmaya Katılan Araştırmacılar:

- Prof.Dr. Hülya Bilgin
- Öğr. Gör. Şirin Harkın

İletişim Kurulacak Kişi(ler):

Araştırma hakkında, kendi haklarınız hakkında veya araştırmayla ilgili daha fazla bilgi temin edebilmeniz veya meydana gelebilecek herhangi bir olumsuz durum için günün 24 saatinde nolu telefondan Öğr. Gör. Şirin Harkın 'a ulaşabilirsiniz.

Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde siz veya yasal temsilcisinin zamanında bilgilendirilebileceksiniz

Ben.....[gönüllünün adı, soyadı (kendi el yazısı ile)]

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen hekim tarafından yapıldı. Katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi ve kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi ve araştırmadan ayrıldığım zaman mevcut tedavimin olumsuz yönde etkilenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda;

- Söz konusu Klinik Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı (çocuğumun/vasımın bu çalışmaya katılmasını) kabul ediyorum.
- Gerek duyulursa kişisel bilgilerime mevzuatta belirtilen kişi/kurum kuruluşların erişebilmesine,
- Çalışmada elde edilen bilgilerin (*kimlik bilgilerim gizli kalmak koşulu ile*) yayın için kullanılma, arşivleme ve diğer gerek duyulursa bilimsel katkı amacı ile ülkemiz ve/veya ülkemiz dışına aktarılmasına olur veriyorum.

Gönüllünün (Kendi el yazısı ile)

Adı-Soyadı:

İmzası:

Adresi:

(varsa Telefon No, Faks No):

Tarih (gün/ay/yıl):/..../....

Onay Alma İşlemine Başından Sonuna Kadar Tanıklık Eden Kuruluş Görevlisinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Kişinin

Adı-Soyadı:

İmzası:

Tarih (gün/ay/yıl):.../.../.....

**EK-10 PSİKIYATRİDE PROFESYONEL İLETİŞİM BECERİLERİ EĞİTİMİ
KATILIM BELGESİ**



EK-11 ÖİÖÖ KULLANIM İZNİ

EK-12 İBÖ KULLANIM İZNİ

EK-13 BVYÖ KULLANIM İZNİ

EK-14 İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

İLETİŞİM BECERİLERİ ODAKLI PSİKOEĞİTİMİN ŞİZOFRENİ TANILI BİREYLERİN BAKIM VERENLERİNİN ÖZNEL İYİ-OLUŞ DÜZEYİNE ETKİSİ

ORJİNALLİK RAPORU

% 17	% 16	% 5	% 8
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	acikbilim.yok.gov.tr İnternet Kaynağı	% 4
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBITAK) Öğrenci Ödevi	% 2
3	gcris.pau.edu.tr İnternet Kaynağı	% 2
4	docplayer.biz.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	www.atilim.edu.tr İnternet Kaynağı	% 1
6	dergipark.org.tr İnternet Kaynağı	% 1
7	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
8	www.phdernegi.org İnternet Kaynağı	% 1

ÖZGEÇMİŞ



